

Nouvelles directives pour la prévention des allergies aux arachides

Par **Dalila Benhaberou-Brun**, B. Sc. inf., B. Sc., M. Sc.

Les professionnels de la santé recommandent généralement aux parents de ne pas donner d'aliments allergènes à leurs enfants pendant leurs premières années de vie afin de prévenir le développement de réactions allergiques sévères. Pourtant, cette consigne d'évitement n'a pas endigué le phénomène des allergies alimentaires, loin de là, puisque le nombre d'enfants allergiques aux arachides n'a cessé d'augmenter au cours des dernières années (Sicherer *et al.*, 2010). Or, une étude d'envergure publiée récemment dans *The New England Journal of Medicine* (NEJM) (Du Toit *et al.*, 2015) remet en cause les principes de précaution promulgués depuis des décennies à propos des allergies aux arachides et entraîne un important virage des recommandations en la matière.



Dr^e Nha Uyen Nguyen-Luu
Allergologue, Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval

« Nous espérons une stabilisation du nombre d'enfants allergiques aux arachides; pour l'instant, nous n'avons pas assez de recul. »



Claire Guay
Infirmière clinicienne, clinique d'allergie et d'immunologie, Hôpital de Montréal pour enfants

« Je rassure les parents sur leur capacité à gérer les situations d'urgence. »

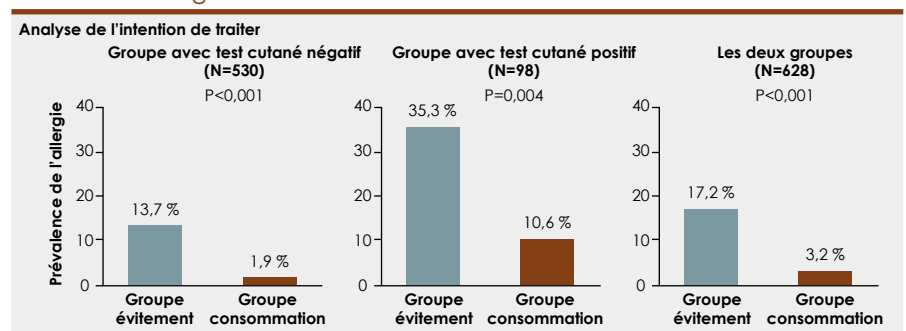
L'étude LEAP (*Learning Early about Peanut Allergy*), qui portait exclusivement sur l'allergie aux arachides, a été menée auprès de 640 bébés du Royaume-Uni âgés entre 4 et 11 mois (Du Toit *et al.*, 2015). Ces bébés étaient atteints d'eczéma sévère ou d'allergie aux œufs. Ils étaient donc exposés au risque d'avoir une allergie alimentaire. Ils ont été inscrits dans l'étude entre 2006 et 2009 et répartis en deux groupes selon le résultat qu'ils ont obtenu aux tests cutanés standards.

Le premier groupe, le plus nombreux, incluait les bébés dont le résultat aux tests d'allergie cutanés par scarification (*skin-prick tests*) avec extraits d'arachides lyophilisées était

négatif (N = 542), alors que le second groupe était formé des bébés chez qui ces mêmes tests ont occasionné l'apparition d'une papule mesurant

entre 1 et 4 mm, signe qu'ils sont susceptibles de développer une allergie dans l'avenir (N = 98). Dans chacun de ces deux groupes, la

Figure 1 Prévalence de l'allergie aux arachides selon le résultat aux tests d'allergie cutanés standards



Source : Du Toit *et al.*, 2015.

La pratique infirmière en allergologie

Claire Guay est infirmière à la clinique d'allergie pédiatrique du Centre universitaire de santé McGill (CUSM). Les jeunes enfants qui y sont suivis font partie des patients les plus à risque. « Nous voyons les enfants qui ont une allergie aux œufs confirmée ou un eczéma sévère, ou les deux, explique-t-elle. Ces enfants ont un risque plus élevé de présenter une allergie aux arachides. »

L'introduction d'arachides dans l'alimentation de ces enfants se fait sous supervision médicale. « On utilise le test de provocation orale qui consiste à donner à l'enfant de toutes petites quantités d'arachides placées sur le bout d'une cuillère à thé, et ce, à des intervalles déterminés, soit aux 20 minutes, en augmentant progressivement la dose selon la prescription médicale, explique Claire Guay. Nous observons les enfants pour détecter une réaction allergique. Les symptômes d'une telle réaction se manifestent par des picotements dans la bouche, de la rougeur ou de l'urticaire, des nausées, des maux de ventre, de la toux, de la congestion nasale et des éternuements. Nous faisons une injection d'épinéphrine au besoin. Pour les réactions mineures, on peut donner seulement un antihistaminique par voie orale. »

Le rôle de Claire Guay en tant qu'infirmière est de soutenir les parents tout au long du processus de prise en charge et de suivi de leur enfant, notamment en leur enseignant à reconnaître les différents symptômes d'allergie pouvant survenir chez leur enfant. Elle leur enseigne aussi comment utiliser l'auto-injecteur d'épinéphrine en cas de réaction.

Si l'enfant réussit le test de provocation orale, c'est-à-dire s'il n'a pas de réaction allergique, les parents devront continuer de donner, à la maison, de petites quantités d'arachides selon la prescription médicale, en commençant par la quantité tolérée lors de la provocation orale, ou une quantité moindre, dans les purées ou les céréales au moins trois fois par semaine. « Je les aide à dédramatiser et je les rassure sur leur capacité à gérer les situations d'urgence. »

moitié des enfants devaient manger des arachides précocement, soit avant l'âge d'un an, à raison de 6 grammes de protéines d'arachides par semaine, et ce, jusqu'à l'âge de cinq ans, tandis que l'autre moitié devait éviter tout contact avec les arachides.

L'objectif de l'étude consistait à déterminer quelle proportion des enfants présenterait une allergie aux

arachides à l'âge de cinq ans. Le suivi s'est prolongé sur plusieurs années, ce qui explique pourquoi les conclusions n'ont été divulguées que récemment à la communauté médicale. L'étude a démontré que plus les nourrissons à risque d'allergie étaient exposés tôt aux arachides, moins ils développaient une allergie à cet aliment. Seulement 3,2 % des bébés, tous groupes confondus, ayant commencé à

L'arachide, une légumineuse

- **Nom commun :** arachide
- **Nom scientifique :** *Arachis hypogaea*
- **Famille :** fabacées (synonyme : légumineuses ou papilionacées)

consommer régulièrement des protéines d'arachides de façon précoce, c'est-à-dire entre l'âge de 4 mois et de 11 mois, ont développé une allergie. Cette proportion s'élevait à 17,2 % chez ceux qui n'avaient pas été exposés aux arachides avant l'âge de 5 ans.

Des analyses plus ciblées comparant les deux groupes selon les résultats aux tests d'allergie cutanés standards sont présentées à la **figure 1**. Des 542 enfants dont le résultat aux tests d'allergie cutanés par scarification avec extraits d'arachides lyophilisées était négatif, 530 ont ainsi pu être évalués. Chez ces derniers, pour qui le risque d'allergie est faible, la stratégie d'évitement de l'arachide multiplierait par sept le risque d'avoir une allergie, alors que ce risque est relativement modeste chez les enfants qui ont mangé précocement des arachides (13,7 % contre 1,9 %).

Chez les enfants plus sévèrement à risque (N = 98), le fait d'éviter de manger des arachides triplerait la possibilité d'avoir une allergie, par rapport à une introduction dès la première année de vie (35,3 % contre 10,6 %).

Quelles sont les nouvelles recommandations?

À la suite de la publication de l'étude LEAP dans le *NEJM*, de nombreuses instances médicales à travers le monde ont proposé de nouvelles recommandations pour prévenir le développement d'allergies aux arachides chez les enfants. L'Association des allergologues et immunologues du Québec, pour sa part, appuie les recommandations de la Société canadienne d'allergie et d'immunologie clinique, conformes aux conclusions de l'étude LEAP (**Tableau 1**). Au Canada, l'allergie aux arachides concerne deux enfants sur 100 (Food Allergy Canada, 2015).

Pour les enfants souffrant d'eczéma grave ou d'allergie aux œufs, la Société canadienne d'allergie et d'immunologie clinique recommande que ce soit l'équipe soignante spécialisée en allergologie qui

Tableau 1 Trois recommandations pour l'introduction d'arachides dans l'alimentation des nourrissons

Critères	Recommandations	Âge de l'introduction des arachides
Eczéma sévère, allergie aux œufs ou les deux	On recommande fortement que des tests d'allergie soient pratiqués (dosages sanguins ou tests cutanés, et si nécessaire, une provocation orale ouverte). Selon les résultats de ces tests, l'équipe médicale ou les parents peuvent introduire les arachides dans l'alimentation.	Entre 4 et 6 mois
Eczéma léger à modéré	Introduire des aliments contenant des arachides dans l'alimentation.	Aux environs de 6 mois
Aucun eczéma ni aucune allergie aux œufs	Introduire des aliments contenant des arachides dans l'alimentation.	En fonction des préférences familiales et des pratiques culturelles

Source : Togias et al., 2017b.

procède à une évaluation en vue d'une introduction sécuritaire de l'arachide dans l'alimentation du bébé vers l'âge de 4 à 6 mois. Quant aux bébés dont l'eczéma est moins sévère, les parents peuvent leur donner des arachides vers l'âge de 6 mois. Pour les bébés n'ayant aucun problème de santé particulier, les parents agiront en fonction de leurs préférences et de leur culture.

La D^{re} Nha Uyen Nguyen-Luu, allergologue à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé, à Laval, a modifié sa pratique afin de s'adapter aux nouvelles recommandations de la Société canadienne d'allergie et d'immunologie clinique en matière d'allergie aux arachides. « La différence repose sur le fait que nous nous basons maintenant sur des données scientifiques qui établissent le bien-fondé de nos recommandations », explique-t-elle.

Discussion avec les parents

Les allergologues ont la responsabilité d'expliquer ces nouvelles recommandations aux parents d'enfants à haut risque et de répondre à leurs questions et à leurs inquiétudes. L'infirmière assure l'enseignement aux parents en leur apprenant à reconnaître les signes d'allergie; elle pratique également les tests d'allergie et au besoin, les tests de provocation par voie orale sous supervision médicale (lire l'encadré « La pratique infirmière en allergologie »). La D^{re} Nguyen-Luu réitère que l'introduction précoce d'arachides réduira la probabilité de développer une allergie.

Comme les arachides entières et la consistance du beurre d'arachides exposent les petits à des risques de suffocation, la D^{re} Nguyen-Luu recommande soit de diluer le beurre d'arachide dans de l'eau chaude pour le mélanger à des céréales, soit d'ajouter de la poudre d'arachides broyées à de la purée. L'allergologue conseille de donner alors de très petites quantités, soit l'équivalent d'une demi-cuillère à table de beurre d'arachides dilué dans des céréales, et ce, de façon régulière, par exemple trois fois par semaine, selon les indications contenues dans l'étude LEAP.

Au Québec, l'allergie aux arachides inquiète de nombreux parents puisqu'elle y est la plus fréquente, devant l'allergie au blé et au lait de vache (AAIQ, 2016a; Santé Canada, 2016; Allergies Québec, 2014). L'arachide fait partie du groupe des légumineuses et non de la famille des noix, comme on aurait tendance à le croire (**Tableau 2**). Une allergie aux arachides ne signifie pas qu'il faille éviter les autres légumineuses comme les pois chiches ou les haricots. Il est important de rassurer les parents inquiets sur ce plan, surtout si leur nourrisson est à risque élevé d'allergie aux arachides.

Enfin, environ 80 % des enfants allergiques aux aliments vont le demeurer à l'âge adulte (AAIQ, 2016a). « Cette statistique représente malgré tout un espoir puisqu'un enfant sur quatre verra son allergie aux arachides disparaître », souligne la D^{re} Nguyen-Luu. L'allergologue s'attend à ce que l'introduction précoce de l'arachide dans l'alimentation du bébé stabilise le nombre total de nouveaux cas sévères dans l'avenir. Elle demeure prudente considérant le peu de recul depuis l'application des nouvelles recommandations. Rappelons que l'étude LEAP, malgré ses conclusions encourageantes, ne concerne que l'allergie aux arachides et qu'il n'est donc pas possible d'extrapoler ces résultats à d'autres aliments pouvant occasionner des allergies, comme le blé ou le lait de vache. ■

Bibliographie

- Allergies Québec. « Les allergènes », 2014. En ligne : <http://allergies-alimentaires.org/fr/allergenes> (Page consultée le 10 mars 2017).
- Association des allergologues et immunologues du Québec (AAIQ). « Allergie aux arachides », 2016a. En ligne : http://www.allerg.qc.ca/information_allergique/3_3a_arachides.html (Page consultée le 10 mars 2017).
- Association des allergologues et immunologues du Québec (AAIQ). « Allergie alimentaire », 2016b. En ligne : http://allerg.qc.ca/information_allergique/3_1_aliments.html (Page consultée le 1^{er} juin 2017).
- Du Toit, G., G. Roberts, P.H. Sayre, H.T. Bahnson, S. Radulovic, A.F. Santos *et al.* « Randomized trial of peanut consumption in infants at risk for peanut allergy », *The New England Journal of Medicine*, vol. 372, n° 9, 26 févr. 2015, p. 803-813.
- Fleischer, D.M., S. Sicherer, M. Greenhawt, D. Campbell, E. Chan, A. Muraro *et al.* « Consensus communication on early peanut introduction and prevention of peanut allergy in high-risk infants », *Pediatric Dermatology*, vol. 33, n° 1, janv./févr. 2016, p. 103-106.
- Food Allergy Canada. « Fast facts: food allergies in Canada », 2015, 3p. En ligne : <http://foodallergycanada.ca/wp-content/uploads/Food-Allergy-Key-Facts-Sheet.pdf> (Page consultée le 14 mars 2017).
- Hildebrand, K.J., E.M. Abrams, T.K. Vander Leek, J.E.M. Upton, D.P. Mack, L. Kirste *et al.* « Primum non nocere-first do no harm. And then feed peanut », *Allergy, Asthma, and Clinical Immunology*, vol. 13, n° 7, 8 févr. 2017, p. 7.
- Santé Canada. « Arachide. Allergène alimentaire prioritaire 2016 », 31 août 2016. En ligne : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/rapports-publications/salubrite-aliments/arachide-allergene-alimentaire-prioritaire.html> (Page consultée le 10 mars 2017).
- Schirer, S.H., A. Munoz-Furlong, J.H. Godbold *et al.* « US prevalence of self-reported peanut, tree nut, and sesame allergy: 11-year follow-up », *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, vol. 125, n° 6, juin 2010, p. 1322-1326. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20462634>
- Société canadienne de pédiatrie. « L'exposition alimentaire et la prévention des allergies chez les nourrissons à haut risque », 1^{er} févr. 2016. En ligne : <http://www.cps.ca/fr/documents/position/prevention-des-allergies-chez-les-nourrissons-a-haut-risque> (Page consultée le 14 mars 2017).
- Togias, A., S.F. Cooper, M.L. Acebal, A. Assa'ad, J.R. Baker, L.A. Beck *et al.* « Addendum guidelines for the prevention of peanut allergy in the United States: Report of the National Institute of Allergy and Infectious Diseases-sponsored expert panel », *Journal of Pediatric Nursing*, vol. 32, janv./févr. 2017a, p. 91-98.
- Togias, A., S.F. Cooper, M.L. Acebal, A. Assa'ad, J.R. Baker, L.A. Beck *et al.* « Addendum guidelines for the prevention of peanut allergy in the United States: report of the National Institute of Allergy and Infectious Diseases-sponsored expert panel », *Allergy, Asthma and Clinical Immunology*, vol. 13, n° 1, janv. 2017b, p. 4. En ligne : <https://aacijournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13223-016-0175-4>

Périnatalité

Mieux comprendre les comportements du nouveau-né

Les comportements du nouveau-né prématuré ou à terme, mais qui est malade, peuvent être décodés et interprétés grâce à la théorie synactive développée par Heidelise Als, professeure de psychologie à l'Université Harvard. En quoi consiste cette théorie?

Par **Nathalie Bizier**, inf. clinicienne, **Emilie St-Pierre**, inf., IPSNN, **Isabelle Milette**, inf., IPSNN, et **Marie-Josée Martel**, inf., Ph. D.

La théorie synactive propose un modèle de développement de l'humain qui explique et différencie les comportements du nouveau-né, de la conception à l'état de fœtus jusqu'à trois mois post-terme (Als, 1986; 1989). Selon cette théorie, le nouveau-né adopte des comportements selon son temps de gestation et l'environnement auquel il est soumis. Par exemple, cet environnement peut être l'unité néonatale, avec les gens et les soins qu'elle comporte, tout comme la maison et les parents. Cette théorie est davantage utilisée dans le domaine de la néonatalogie avec des bébés nés prématurément (moins de 37 semaines de gestation) ou à terme, mais malades. Cependant, elle permet de comprendre les comportements des nouveau-nés à terme jusqu'à trois mois de vie. Elle est à la base de nombreux instruments d'évaluation dans le domaine de la néonatalogie (Gibbins et al., 2008).

Selon la théorie synactive, le développement du nouveau-né repose sur plusieurs sous-systèmes qui émergent séparément durant la vie fœtale, mais qui interagissent ensemble selon les réactions du nouveau-né face à son environnement (**Tableau 1**). En fait, il faut voir ces sous-systèmes comme un ensemble en évolution. Lorsqu'il atteint une certaine stabilité dans un sous-système, le nouveau-né peut passer

à un autre, mais il peut également régresser au sous-système précédent si les stimulations ou les soins sont trop agresseurs pour lui ou si son état se détériore.

En réponse à son environnement, le nouveau-né présentera des comportements issus des différents sous-systèmes. Quand cet environnement – et les stimulations offertes – est adéquat pour ses capacités, le nouveau-né montrera des signes d'adaptation. Cependant, face à des stimulations négatives (par exemple, une alarme), auxquelles il est incapable de s'adapter, l'équilibre sera rompu et le nouveau-né manifestera des signes de stress. La compréhension de ces comportements, détaillés plus loin, permet aux infirmières de reconnaître le sous-système de développement où se situe le nouveau-né et d'ajuster leurs soins en conséquence.

1 Sous-système autonome (ou physiologique)

Il est au centre du fonctionnement de base de l'organisme et il comprend, entre autres, les signes vitaux du nouveau-né. Les paramètres physiologiques à observer incluent le rythme cardiaque, la pression artérielle, la respiration, la coloration de la peau, la saturation d'oxygène cutanée, la température, les fonctions gastro-intestinales et la modulation hormonale. Les signes suivants sont associés au sous-système autonome/physiologique :

Signes d'adaptation : Respirations douces et régulières, rythme cardiaque stable, coloration rosée, digestion stable.

Signes de stress : Changements du rythme cardiaque (bradycardie, tachycardie), hypo/hypertension artérielle, changement du rythme respiratoire (apnées, pauses respiratoires, tachypnée), désaturation en oxygène, changement de la coloration de la peau (pâle, mar-

brée, cyanose, pléthorique), réponses digestives variables (hoquet, haut-le-cœur, régurgitations).

Plus le nouveau-né est prématuré ou malade, plus il canaliserait ses énergies pour maintenir un équilibre au sein de ce sous-système et tenter de garder ses signes vitaux dans les paramètres normaux. Il n'est pas rare de voir un nouveau-né très prématuré ou très malade manifester des comportements de stress presque exclusivement dans ce sous-système. Avant de passer au sous-système suivant, il doit d'abord avoir stabilisé ses signes vitaux.

2 Sous-système moteur

Il inclut les comportements associés à la posture, au tonus musculaire et aux mouvements généralisés du corps. Dans ce sous-système, on observe les signes suivants :

Signes d'adaptation : bébé qui adopte une position de flexion des membres, mains et/ou pieds enlacés, il peut agripper, téter et porter ses mains à sa bouche (mouvements qui rappellent ceux d'un nouveau-né à terme et en santé).

Signes de stress : hypotonie et/ou hypertonicité des muscles du corps, protrusion de la langue, doigts en éventail, manœuvre de protection avec ses bras, gigotements, mouvements saccadés, sursauts, extension des membres inférieurs et/ou supérieurs et extension axiale.

Un nouveau-né qui tète sa sucette d'amusement a assurément des signes vitaux stables. Cependant, un événement tel un bruit soudain peut faire en sorte qu'il cesse de téter et régresse au sous-système autonome en manifestant un signe de stress, par exemple une désaturation en oxygène. Il est donc possible d'observer l'enchaînement des divers sous-systèmes et l'influence des uns sur les autres.

Tableau 1 Les cinq sous-systèmes du développement du nouveau-né selon la théorie synactive d'Als

- Autonome (ou physiologique)
- Moteur
- États de veille/sommeil
- Attention/interaction
- Autorégulation/retour au calme

Tableau 2 Méthodes de retour au calme du nouveau-né

- Lui donner une sucette d'amusement ou un autre objet à téter (ses doigts, le petit doigt du parent)
- Lui permettre d'agripper (un doigt, une tubulure)
- Approcher ses mains près de sa bouche
- Le placer en position fœtale
- L'emmailloter

3 Sous-système des états de veille/sommeil

Il comprend six états de conscience (Brazelton, 1979) :

- Sommeil profond
- Sommeil léger
- Somnolence
- Éveil alerte
- Éveil avec mouvements actifs
- Pleurs

Dans ce sous-système, on peut observer les signes suivants :

Signes d'adaptation : états de sommeil et d'éveil clairement définis, par exemple le nouveau-né s'endort ou se réveille doucement, transition douce entre les états, cris vigoureux lorsqu'il est éveillé.

Signes de stress : changements des états d'éveil (passages brusques entre les états de veille et de sommeil), gémissements, grimaces, froncement des sourcils, sommeil agité, cris, pleurs, irritabilité.

Un nouveau-né capable de s'endormir et de s'éveiller doucement a atteint une stabilité de ses sous-systèmes autonome et moteur. Lors d'une ponction capillaire au talon, le nouveau-né éveillé pourrait, s'il n'est pas réconforté, régresser au sous-système moteur (visible par l'apparition d'une hypotonie, par exemple) puis au sous-système autonome (manifestation de bradycardie, par exemple). On constate ici l'enchaînement des sous-systèmes et leur influence les uns sur les autres.

4 Sous-système de l'attention/interaction

Il désigne l'habileté du nouveau-né à maintenir un contact et à interagir avec les gens qui l'entourent. Dans ce sous-système, on observe les signes suivants :

Signes d'adaptation : Disposition à interagir (visage détendu, regard brillant et clair), émission de petits sons doux,

recherche active de la provenance des sons, capacité à diriger son attention et capacité à maintenir une interaction avec les intervenants et les parents.

Signes de stress : Bas niveau d'attention, regard hagard (vide), yeux grands ouverts en attente de quelque chose, regard paniqué, fuite du regard.

Pour qu'il soit capable d'interagir, le nouveau-né doit d'abord avoir atteint une stabilité dans les sous-systèmes autonome et moteur de même que dans le sous-système des états de veille/sommeil. Si ses signes vitaux sont instables, le nouveau-né n'aura pas la capacité d'interagir. Il est important d'informer les parents à ce sujet afin que leurs attentes à cet égard soient recadrées.

5 Sous-système d'autorégulation/méthodes de retour au calme

Il est en périphérie des quatre sous-systèmes décrits précédemment. Il s'agit de stratégies et de comportements que le nouveau-né peut adopter en cas de stimulation négative (changement brusque de position ou bruit soudain qui engendre un sursaut par exemple) afin de retrouver un certain équilibre et d'éviter la désorganisation. Ces comportements représentent ce qu'il a connu dans le ventre de sa mère puisqu'il s'exerçait à téter, à agripper le cordon ombilical et des parties de son corps, approchait les mains près de sa bouche et adoptait une position fœtale. Ces comportements sont surtout présents chez les nouveau-nés presque à terme, qui ont atteint une maturité développementale et une stabilité physiologique. Par exemple, un nouveau-né de 37 semaines de gestation, né sans complications, en train de téter au sein peut être dérangé par un bruit soudain. En réaction, il pourra arrêter quelques secondes de téter, agripper les vêtements de sa mère ou

le sein et reprendre où il en était. En quelques secondes, l'agrippement lui a permis de se sécuriser et de retrouver son calme.

L'infirmière appliquera des méthodes de retour au calme afin d'aider le nouveau-né à s'autoréguler (**Tableau 2**). En d'autres mots, elle lui montrera comment s'apaiser et éviter la désorganisation. Au fil du temps, le nouveau-né assimilera le fait que ces gestes lui apportent du réconfort et il pourra les exécuter seul, sans aide. Plus il les apprendra tôt, plus vite il fera des connexions cérébrales en ce sens. Ainsi, il assimilera : « lorsque quelque chose me dérange, j'approche les mains à ma bouche et cela me calme. »

Conclusion

Lorsque le nouveau-né manifeste des signes de stress dans l'un ou l'autre des sous-systèmes du développement, l'infirmière peut appliquer les méthodes de retour au calme afin de le rassurer et d'éviter ainsi une désorganisation et une cascade de signes de stress. De même, l'infirmière qui protège le nouveau-né en structurant son environnement (en atténuant le bruit, en tamisant la lumière, etc.) et en appliquant les méthodes de retour au calme lui donne la chance d'atteindre le sous-système suivant, si son état de santé le lui permet. La connaissance des comportements du nouveau-né par les infirmières peut ainsi faire une énorme différence dans les soins qui lui sont prodigués. ■

NDLR Cet article est le deuxième d'une série de huit sur les meilleures pratiques en périnatalité appuyées par les données probantes. Il s'agit d'une idée originale de l'infirmière Marie-Josée Martel. Cette série aborde différentes thématiques en lien avec les soins aux nouveau-nés admis en unité néonatale, soins pouvant très souvent s'appliquer aux bébés nés sans complications.

Suite à la page 45 ►

20 ET 21 NOVEMBRE
CONGRÈS OIIQ
2017

Profession infirmière
Profession affirmée

► Épargnez 15 % avant le 23 octobre

PRATIQUE CLINIQUE

MIEUX COMPRENDRE LES COMPORTEMENTS DU NOUVEAU-NÉ (suite de la page 43)

Les auteures



Nathalie Bizier est infirmière clinicienne à l'unité néonatale du CHU Sainte-Justine. Elle est membre représentante des infirmières au sein de l'équipe qualité en soins du développement. Elle commence une maîtrise en pratique avancée à l'automne 2017.



Emilie St-Pierre est infirmière praticienne spécialisée en néonatalogie à l'unité néonatale du CHU Sainte-Justine. Elle est membre représentante des IPSNN dans l'équipe qualité en soins du développement et des intérêts, principalement en réanimation néonatale, en simulation, en soins du développement et en cardiologie.



Isabelle Milette est infirmière praticienne spécialisée en néonatalogie et spécialiste en soins du développement à l'unité néonatale du CHU Sainte-Justine. Elle mène aussi l'équipe qualité et le projet d'implantation des soins du développement de l'unité. Elle est membre clinicienne du RRISIQ.



Marie-Josée Martel est professeure au Département des sciences infirmières de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Elle est aussi chercheuse régulière au Centre d'études interdisciplinaires sur le développement de l'enfant et de la famille de l'UQTR et chercheuse associée au Centre de recherche du CHU Sainte-Justine. Elle est membre chercheuse du Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ).

Références

Als, H. « Self-regulation and motor development in preterm infants », in J. Lockman et N. Hazen (ss la dir. de), *Action in Social Context: Perspectives on Early Development*, New York (NY), Plenum Press, 1989, p. 65-97.

Als, H. « A synactive model of neonatal behavioral organization: framework for the assessment of neurobehavioral development in the premature infant and for support of infants and parents in the neonatal intensive care environment », *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, vol. 6, n° 3-4, 1^{er} janv. 1986, p. 3-53.

Brazelton, T.B. « Behavioral competence of the newborn infant », *Seminars in Perinatology*, vol. 3, n° 1, janv. 1979, p. 35-44.

Gibbins, S., S.B. Hoath, M. Coughlin, A. Gibbins et L. Franck. « The universe of developmental care: a new conceptual model for application in the neonatal intensive care unit », *Advances in Neonatal Care*, vol. 8, n° 3, juin 2008, p. 141-147.

Services d'injection supervisée : des infirmières expliquent leur rôle

Trois centres ouverts à Montréal, dont la première unité mobile en Amérique

Par **Nathalie Boëls**

Alors que les gouvernements fédéral et provincial cherchent une solution pour contrer l'augmentation des décès liés à la surdose d'opioïdes, le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL) a reçu l'autorisation de Santé Canada d'ouvrir trois services d'injection supervisée (SIS) à Montréal. Ces services destinés aux personnes qui consomment des drogues sont offerts conjointement depuis le 19 juin par les organismes CACTUS et Dopamine, situés respectivement dans les quartiers Ville-Marie et Hochelaga-Maisonneuve, et par l'organisme L'Anonyme, une unité mobile qui parcourt les rues des quartiers Centre-Sud, Sud-Ouest et Hochelaga-Maisonneuve pendant la nuit.

Il s'agit de la première unité mobile proposant un service d'injection supervisée en Amérique. Des SIS seront aussi offerts dans les locaux de l'organisme Spectre de rue, encore en attente de l'autorisation de Santé Canada. L'Anonyme intervient depuis 28 ans avec une unité mobile à Montréal en distribuant du matériel d'injection et d'inhalation dans divers quartiers de la ville. L'autorisation reçue permet à l'unité mobile d'offrir un endroit sécuritaire où des personnes peuvent s'injecter des drogues, qu'elles apportent elles-mêmes, dans de bonnes conditions d'hygiène ainsi que sous la supervision de personnel infirmier et d'intervenants qualifiés.

Selon Lucie Charlebois, ministre déléguée à la Réadaptation, à la Protection de la jeunesse, à la Santé publique et aux Saines habitudes de vie, ces services d'injection supervisée permettront de desservir entre 200 et 300 personnes quotidiennement.

Les services

La distribution et la récupération de matériel d'injection se poursuit toujours dans ces organismes. Les services d'injection supervisée sont disponibles sur place en complément pour les personnes qui veulent s'en prévaloir. Elles ont alors accès à de l'équipement stérile pour l'injection, tel que les seringues, les ampoules d'eau, les tampons d'alcool et le garrot. L'intervenant communautaire et l'infirmière clinicienne, présents dans la salle d'injection, sont associés pour l'ensemble de leur quart de travail. « C'est une nouveauté pour nous », souligne Marie-Annick Barbier, infirmière clinicienne et assistante au supérieur immédiat du programme pour les services d'injection supervisée

au CCSMTL. « Nous avons dû partager nos rôles et responsabilités et apprendre à travailler ensemble. »

Les infirmières sont disponibles pour renseigner les utilisateurs sur les soins de santé de base en vue de prévenir les infections et de s'assurer de l'utilisation adéquate du matériel.

« Quand la personne arrive, nous l'accueillons et lui demandons quelles sont les substances qu'elle a consommées dans les dernières 24 heures, afin de prévenir les risques de surdose », explique Marie-Annick Barbier. Les infirmières se tiennent prêtes à intervenir en cas d'urgence. La drogue utilisée lors des injections n'est pas fournie par l'établissement ou l'organisme communautaire et les infirmières ne procèdent pas à l'injection (**Encadré 1**).

Acquérir de nouvelles connaissances

Les infirmières utilisent plusieurs ordonnances collectives pour intervenir en cas d'urgence et pour



Marie-Annick Barbier

Infirmière clinicienne et assistante au supérieur immédiat du programme pour les centres d'injection supervisée au CCSMTL

« Nous donnons des conseils et faisons de l'enseignement selon les besoins et le rythme de la personne. »



Caroline Boislard

Infirmière clinicienne dans un service d'injection supervisée du CCSMTL

« Malgré une certaine inquiétude face à l'inconnu lors de l'ouverture, tout s'est bien déroulé. Notre jugement clinique a été rapidement utilisé autant pour intervenir en salle d'injection que pour offrir des soins de santé autres. »

Encadré 1 Trajectoire de l'utilisateur du SIS en trois étapes

1. Accueil

Des pairs aidants, qui connaissent la réalité des personnes venant aux SIS car elles ont arrêté de consommer des drogues par injection ou, parfois, en consomment encore, ainsi que des intervenants communautaires reçoivent la personne qui désire s'injecter, sans barrière, ni préjugé et en toute confidentialité. La personne est inscrite sous son nom, mais utilise par la suite un surnom qu'elle choisit.

2. Injection

Dans la salle d'injection, l'infirmière et l'intervenant communautaire donnent du matériel stérile à l'utilisateur et s'informent de sa consommation des dernières 24 heures et à venir. Ils offrent leur disponibilité pour répondre à ses questions.

3. Répit

Un moment de répit est proposé après l'injection pour permettre une surveillance de signes de surdose. Des intervenants et des pairs aidants sont présents pour du soutien, de l'écoute, des discussions ou des références au besoin. Du matériel d'injection stérile est également disponible pour ceux qui désirent en rapporter avec eux.

Encadré 2 La réduction de méfaits en quelques chiffres

Résultats obtenus par Insite à Vancouver, premier SIS au Canada, ouvert en 2003 :

- 30 % des utilisateurs de drogue injectable ont finalement adhéré aux programmes de lutte contre les dépendances
- Baisse du nombre de décès par surdose
- Diminution des visites aux urgences pour des surdoses
- Baisse de la transmission du VIH et du virus de l'hépatite C
- Peut favoriser une démarche des utilisateurs de drogue injectable vers l'abstinence
- Diminution du nombre d'injections dans les lieux publics

Source : Données présentées le 12 mai 2017 par le Dr Richard Massé, Directeur de santé publique du CCSMTL, lors du point de presse annonçant l'ouverture de SIS à Montréal.

traiter différentes problématiques. Elles doivent aussi détenir une attestation de prescription infirmière pour offrir notamment les traitements des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), les soins de plaies et la contraception.

Afin d'être outillées adéquatement, elles ont suivi une formation d'une durée de trois semaines qui comprenait, entre autres :

- La supervision et l'enseignement en vue d'une injection sécuritaire.
- Les interventions en situation d'urgence : surdoses, réanimation cardiorespiratoire, crise suicidaire, état de psychose, évaluation de la capacité à consentir.
- Des notions en toxicomanie : substances utilisées, risques liés à l'injection et aux mélanges de substances.
- Le dépistage d'ITSS, la contraception, la vaccination, les soins de plaies.
- Le partage des responsabilités entre infirmières et intervenants communautaires.

« Cette nouvelle pratique est un beau défi à relever, parce qu'elle fait une grande place à l'autonomie infirmière et met en valeur le droit de prescrire », explique Caroline Boislard, infirmière clinicienne qui travaille dans un SIS. « En mettant de l'avant l'autonomie infirmière, on donne plus de soins aux personnes qui utilisent des drogues par injection, en souhaitant qu'elles utilisent un jour les services du réseau de la santé », renchérit Laurie Mercure, infirmière clinicienne, chef de programme pour les SIS.

« Nous sommes très fières de notre nouveau rôle, témoigne Caroline Boislard. Malgré une certaine inquiétude face à l'inconnu lors de l'ouverture, tout s'est bien déroulé. Notre jugement clinique a été rapidement utilisé autant pour intervenir en salle d'injection que pour offrir des soins de santé autres. »

Réduction des méfaits

Le personnel des SIS met en pratique l'approche de réduction des méfaits couramment utilisée en santé publique (**Encadré 2**). Cette approche s'appuie sur deux principes : le pragmatisme et l'humanisme. « Les gens consomment des drogues depuis des millénaires et vont continuer à en consommer. De viser une société sans drogues, c'est utopique et irréaliste », explique Richard Cloutier, détenteur d'une maîtrise en sciences infirmières et agent de recherche et de planification au Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang au ministère de la Santé et des Services sociaux (AIDQ, 2017).

Dans l'approche humaniste, l'intervenant adopte une position moralement neutre. Il ne juge pas les personnes qui utilisent des drogues par injection et ne les force pas à faire des choix. La personne qui consomme peut cheminer vers



Aperçu d'un SIS.

© Nathalie Boëls

l'abstinence, mais ce n'est pas un objectif absolu (AICC, 2011). « Il ne faut pas aller plus loin que ses besoins; il faut respecter son cheminement », précise Caroline Boislard. Les interventions auprès des utilisateurs de drogue injectable sont basées sur des protocoles qui ont été mis au point en partenariat avec plusieurs instances. « Dans certaines situations, une évaluation infirmière doit être faite avant que la personne ne puisse accéder à la salle d'injection », précise Marie-Annick Barbier. Les mineurs de moins de 14 ans et les personnes qui ne peuvent s'injecter seules n'y sont pas admis. L'accent est mis sur une consommation moins dangereuse et sur la santé et la sécurité de la population (AICC, 2011), principalement en diminuant le nombre d'injections dans les lieux publics et la dispersion de matériel contaminé. ■

Références

Association des infirmières et infirmiers du Canada (AICC). « La réduction des méfaits et les drogues actuellement illicites : Implications pour les politiques, la pratique, la formation et la recherche en soins infirmiers. Document de travail », 2011, 86 p.

Association des intervenants en dépendance du Québec (AIDQ). « Vers une meilleure cohérence des interventions. Capsule 1 - Raisons de la consommation de drogues : témoignages et risques perçus » (vidéo), 2017. En ligne : <https://aidq.org/outils/outils-intervention/sante-securite-publique>