

Standards de pratique de l'infirmière

Soins de proximité en périnatalité



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

TABLE DES MATIÈRES

Chapitre 3 Standard relatif aux activités de promotion de la santé 21

Standard 1	LA PROMOTION DE LA SANTÉ PAR L'ÉDUCATION À LA SANTÉ	21
1.	LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ	22
2.	L'INTÉGRATION DE L'ÉDUCATION À LA SANTÉ EN PÉRINATALITÉ	22
3.	LA RÉALISATION D'ACTIVITÉS D'ÉDUCATION À LA SANTÉ	22
3.1	Les cibles prioritaires pour la réalisation d'activités d'éducation à la santé	23

Chapitre 4 Standards relatifs à la prévention et à la protection de la santé 25

Standard 2	LE CONTRÔLE DES MALADIES INFECTIEUSES ET PARASITAIRES	25
1.	LES ACTIVITÉS LIÉES AU CONTRÔLE DES MALADIES INFECTIEUSES ET PARASITAIRES	26
2.	LA VACCINATION	30
2.1	Le programme provincial de vaccination	30
2.2	Immunisation contre certaines maladies infectieuses évitables par la vaccination	31

Standard 3	LES SERVICES PRÉVENTIFS ET LES DÉPISTAGES	33
1.	LE DÉPISTAGE PRÉNATAL ET POSTNATAL	33
2.	LE DÉPISTAGE DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG	35
3.	LE DÉPISTAGE DES SITUATIONS DE VULNÉRABILITÉ	36
4.	LA DÉPRESSION POST-PARTUM ET LA SANTÉ MENTALE	37
5.	LA PRISE D'ACIDE FOLIQUE	37
6.	L'ALLAITEMENT	38
7.	LA FEMME ENCEINTE AU TRAVAIL	40
8.	LA CONTRACEPTION	40

Chapitre 5 Standards relatifs aux activités liées au maintien et au rétablissement de la santé 41

Standard 4	LA PRISE EN CHARGE GLOBALE, LA COORDINATION ET LA CONTINUITÉ DES SOINS	42
1.	LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES DE L'INFIRMIÈRE LIÉES À LA PRISE EN CHARGE GLOBALE, LA COORDINATION ET LA CONTINUITÉ DES SOINS EN PÉRIODE PRÉNATALE ET POSTNATALE (MÈRE ET SON NOUVEAU-NÉ)	42
1.1	L'évaluation de santé et la surveillance clinique de la femme enceinte	42
TABLEAU 4	ÉVALUATION BRÈVE DE LA FEMME ENCEINTE	43
1.2	L'évaluation de santé et la surveillance clinique de la nouvelle accouchée et du nouveau-né	45
2.	LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES LIÉES À LA PRISE EN CHARGE GLOBALE, À LA COORDINATION ET À LA CONTINUITÉ DES SOINS DANS LE SUIVI PÉRIODIQUE DE L'ENFANT DE 0 À 5 ANS	46
2.1	L'évaluation de santé et la surveillance clinique de l'enfant de 0 à 5 ans	46
TABLEAU 5	ALGORITHME DE L'ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE L'ENFANT DE 0 À 5 ANS	48

Standard 5	LA GESTION DES PROBLÈMES DE SANTÉ COURANTS OU PONCTUELS	49
1.	LES PROBLÈMES DE SANTÉ COURANTS	49
1.1	Les malaises courants de la grossesse	50
1.2	Les malaises et problèmes de santé courants de la nouvelle accouchée	51
1.3	Les problèmes de santé courants du nouveau-né et de l'enfant de 0 à 5 ans	53
2.	LES PROBLÈMES DE SANTÉ PONCTUELS QUI PRÉSENTENT DES RISQUES ET LES DÉTÉRIORATIONS AIGUÈS OU SOUDAINES DE LA CONDITION DE SANTÉ	54
2.1	Suivi de la grossesse	55
2.2	Nouvelle accouchée	55
2.3	Nouveau-né	56
2.4	Suivi périodique de l'enfant de 0 à 5 ans	57
Standard 6	LA PRATIQUE DE COLLABORATION	58

Chapitre 6 Standard relatif à la qualité des services professionnels 61

Standard 7	LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES SERVICES	61
-------------------	---	-----------

Annexe A

Identification des femmes pouvant faire l'objet d'un suivi conjoint de la grossesse à faible risque par l'infirmière	63
--	----

Annexe B

Modèle-cadre pour le suivi de la grossesse	65
--	----

Annexe C

Modèle-cadre de l'évaluation de la nouvelle accouchée	77
---	----

Annexe D

Modèle-cadre de l'évaluation du nouveau-né	87
--	----

Annexe E

Directive clinique à l'intention de l'infirmière autorisée à prescrire un supplément vitaminique et de l'acide folique en périnatalité	97
---	-----------

Annexe F

Directive clinique à l'intention de l'infirmière autorisée à prescrire un médicament pour le traitement des nausées et des vomissements non incoercibles chez la femme enceinte	101
--	------------

Annexe G

Directive clinique à l'intention de l'infirmière autorisée à prescrire un médicament topique pour le traitement de l'infection fongique (<i>Candida</i>) de la peau ou des muqueuses chez le bébé et chez la mère qui allaité	105
--	------------

Annexe H

Liste des abréviations	111
---	------------

Références

Bibliographie	115
Outils cliniques ayant été consultés et/ou ayant servi de base aux modèles-cadres	123

INTRODUCTION

Un enfant en bonne santé a de meilleures chances de devenir un adulte en bonne santé. L'accès à des soins de santé adéquats et de qualité pour les mères et les enfants doit donc être prioritaire pour les sociétés. D'ailleurs, depuis bon nombre d'années, les systèmes de santé mondiaux tendent à réaliser le virage vers les soins de santé primaires et la première ligne pour améliorer l'accès qu'ils offrent, ainsi que leur efficacité et leur efficience.

Or, malgré cette assertion, le Québec connaît des problèmes d'accès aux soins et un manque de continuité dans les soins, qui sont liés à l'organisation des soins de santé. Les soins aux mères et aux enfants n'y échappent pas.

Tous les partenaires, qui travaillent dans le système de santé au Québec, s'entendent sur le fait qu'il y a de plus en plus de femmes enceintes qui peinent à obtenir des services dès le premier trimestre de la grossesse et qu'il y a un nombre élevé d'enfants qui ne sont pas pris en charge durant leur première année de vie.

Les infirmières bachelières en périnatalité sont donc conviées à jouer des rôles plus importants dans les soins de proximité, autant dans le suivi conjoint de la femme enceinte, dans l'évaluation de la nouvelle accouchée et du nouveau-né que dans la prise en charge et le suivi de l'enfant d'âge préscolaire. Elles assumeront de plus en plus de responsabilités en amont de l'intervention médicale, principalement lorsque la grossesse se déroule normalement ou que les enfants sont en bonne santé. Les infirmières joueront un rôle dans la promotion, la prévention et la protection de la santé comme dans le maintien et le rétablissement de la santé des familles.

Conscient de cette réalité et de ces pratiques en émergence, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) a adopté les *Standards de pratique de l'infirmière : soins de proximité en périnatalité*. Ces standards intègrent, dans une vision globale, l'ensemble des activités professionnelles de l'infirmière qui collabore aux suivis de la grossesse et qui assure la prise en charge et le suivi périodique de l'enfant en bonne santé de 0 à 5 ans. Les activités de l'infirmière relatives à l'évaluation de la nouvelle accouchée et du nouveau-né en font partie. Les présents standards visent à soutenir l'infirmière dans sa pratique et constituent des balises d'application concrètes.

D'ailleurs, l'application de ces standards de pratique et l'organisation des soins les entourant nécessitent l'engagement de diverses instances organisationnelles, administratives ou professionnelles, et l'indispensable leadership des directions de soins infirmiers en partenariat notamment avec les directions jeunesse.

Au-delà de ces standards de pratique, des mesures doivent être adoptées pour soutenir la pratique des infirmières dans des modèles de soins collaboratifs, notamment par la mise sur pied de partenariats et de trajectoires de services (orientation vers le médecin ou autres services) essentiels à la coordination, à la continuité et à la prestation sécuritaire des soins. La formation continue requise pour exercer les activités professionnelles qu'impliquent ces standards doit aussi être soutenue.

Enfin, les *Standards de pratique de l'infirmière : soins de proximité en périnatalité* constituent une référence importante pour préciser les interventions professionnelles de l'infirmière lorsqu'elle agit en étroite collaboration avec le médecin de famille ou le médecin spécialiste, ou avec les autres membres des équipes interdisciplinaires. Les standards mettent l'accent sur la collaboration interprofessionnelle et le partenariat en vue d'assurer que le suivi conjoint de la femme enceinte, l'évaluation de la nouvelle accouchée et du nouveau-né ainsi que la prise en charge et le suivi de l'enfant en bonne santé soient des expériences positives et sécuritaires. Les standards seront tenus à jour périodiquement, selon l'évolution des données scientifiques et des normes de meilleures pratiques reconnues.

Le présent ouvrage se divise en trois parties. La première correspond au chapitre 1, qui présente le contexte et les bases sur lesquelles s'inscrit le rôle de l'infirmière en périnatalité. La deuxième partie, qui correspond au chapitre 2, décrit avec précision le rôle de l'infirmière en périnatalité. La troisième partie, soit le cœur du document, comporte les chapitres 3 à 6 et détermine les standards de pratique sur lesquels l'infirmière pourra s'appuyer pour développer ses services professionnels et en assurer la prestation adéquate. Par rapport au mandat de protection du public de l'OIIQ, ces standards sont des normes de référence qui font autorité, car ils regroupent les directives cliniques qui définissent la pratique attendue des infirmières dans ce domaine. Enfin, les annexes proposent des modèles-cadres et des outils cliniques concrets guidant les activités professionnelles de l'infirmière sur le terrain.

Voici un tableau des standards de pratique pour les soins de proximité en périnatalité.

Standard relatif aux activités de promotion de la santé

Standard 1	La promotion de la santé par l'éducation à la santé
------------	---

Standards relatifs à la prévention et à la protection de la santé

Standard 2	Le contrôle des maladies infectieuses et parasitaires
Standard 3	Les services préventifs et les dépistages

Standards relatifs aux activités liées au maintien et au rétablissement de la santé

Standard 4	La prise en charge globale, la coordination et la continuité des soins
Standard 5	La gestion des problèmes de santé courants ou ponctuels
Standard 6	La pratique de collaboration

Standard relatif à la qualité des services professionnels

Standard 7	La qualité et la sécurité des services
------------	--



Chapitre 1

La santé de la femme enceinte et de l'enfant

1. **LES ENGAGEMENTS QUÉBÉCOIS POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT**

« Chaque naissance fait appel à la solidarité et à la responsabilité collective. Lorsqu'un enfant naît, c'est toute la société qui renaît. » *Politique de périnatalité*

Ce document n'entend pas faire une description exhaustive de l'ensemble des engagements politiques du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ou des rapports de différents groupes sur le sujet. Toutefois, certains éléments de ces politiques et de nombreux constats sont incontournables, car ils ont servi de points d'ancre et d'assise aux présents standards.

1.1 *La politique de périnatalité 2008-2018 du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec*

En 2008, le Québec s'est doté d'une troisième politique en périnatalité. Dans cette politique, le ministère de la Santé et des Services sociaux propose une vision de la périnatalité s'appuyant sur un ensemble de buts, de convictions et de valeurs partagées (MSSS, 2008c). Cette vision doit se traduire concrètement par l'adaptation des services aux besoins et aux situations particulières vécues par les parents et les enfants.

Les buts de la politique :

POUR LA FEMME ENCEINTE	Aider les femmes enceintes à vivre une grossesse saine et sereine, en accord avec leur désir.
POUR L'ENFANT	Favoriser la santé, le bien-être et le développement optimal de l'enfant. Pour atteindre ce but, il faut aussi considérer tous ceux et celles qui entourent l'enfant et qui influencent son présent et son devenir : d'abord ses parents, principaux maîtres d'œuvre de son développement, puis sa famille, sa communauté et toute la société qui l'accueille.
POUR SA MÈRE ET SON PÈRE	Soutenir les mères et les pères dans leur expérience périnatale, leur adaptation à leur nouveau rôle et, plus particulièrement, dans le développement de leurs habiletés parentales.
POUR SA FAMILLE	Contribuer à réduire les inégalités sociales entre les familles. En cas de situations particulières survenant au cours de la période périnatale, offrir une réponse adaptée aux besoins de chacun : fratrie, famille élargie, réseau naturel.
POUR SA COMMUNAUTÉ	Soutenir les initiatives locales en réponse aux besoins particuliers des communautés et reconnaître la contribution de celles-ci à la constitution d'un tissu social fort.
POUR LA SOCIÉTÉ	Contribuer à l'amélioration, à la cohérence et à la complémentarité des mesures et des programmes interministériels à l'égard des enfants et de leur famille, particulièrement en ce qui concerne la lutte contre la pauvreté.

Pour atteindre ces objectifs, le MSSS adapte l'organisation et la prestation de ses services de façon à assurer l'accès à une gamme de services de périnatalité de qualité, adaptés aux besoins d'aujourd'hui, et à garantir la continuité de ces services.

Le tableau 1 résume les convictions et les valeurs qui soutiennent la politique, justifient chacune de ses orientations et qui guident à la fois l'organisation des services et les interventions.

TABLEAU 1 CONVICTIONS ET VALEURS

LES CONVICTIONS	<ul style="list-style-type: none"> La grossesse, l'accouchement et l'allaitement sont des processus physiologiques naturels ; La parentalité constitue une réalité multidimensionnelle ; Les mères et les pères sont compétents ; La qualité de la relation d'attachement de l'enfant constitue un élément fondamental pour son développement social, affectif et cognitif ; Chaque naissance fait appel à la solidarité et à la responsabilité collective.
LES VALEURS	<ul style="list-style-type: none"> L'humanité ; La précocité ; La sécurité.

Plusieurs des aspects touchés par cette politique renvoient plus directement à la politique familiale du gouvernement du Québec. Les buts, convictions et valeurs présentés dans ces politiques ont guidé le processus d'élaboration des présents standards de pratique infirmière.

1.2

Le rapport du groupe de travail de la Table sectorielle nationale mère-enfant des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) et le rapport du Commissaire à la santé et au bien-être

La Table sectorielle nationale mère-enfant des RUIS a mandaté un groupe de travail pour évaluer la situation des soins de première ligne pour les mères et les enfants de 0 à 5 ans au Québec (2008 à 2010). Dans son rapport intitulé *Pour une amélioration dans l'offre de service en première ligne : périnatalité et petite enfance* publié en 2011, le groupe de travail a formulé plusieurs constats tant pour les femmes enceintes que pour les enfants de 0 à 5 ans et a proposé des leviers pour favoriser un meilleur accès aux soins et services dans ce domaine. En 2012, le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) présentait son rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux, *Pour une vision à long terme en périnatalité et en petite enfance*. Le quatrième volume de ce rapport formulait également plusieurs constats et proposait des recommandations pour améliorer l'offre de service. Les tableaux 2 et 3 résument les conclusions de ces rapports qui soutiennent les présents standards.

TABLEAU 2 COHORTE DES FEMMES ENCEINTES

Plus du tiers des femmes n'ont pas de première consultation avec un médecin au cours du premier trimestre de la grossesse.

La majorité des médecins de famille québécois n'offre pas de suivi de grossesse.

La majorité des femmes de la cohorte a bénéficié de dix à quinze visites médicales durant la grossesse.

L'offre de service d'évaluation de la nouvelle accouchée est déficiente.

TABLEAU 3 COHORTE DES ENFANTS DE 0 À 5 ANS

Chez les 0 à 5 ans, il y a un pourcentage important d'enfants sans suivi régulier avec un médecin et les chiffres augmentent avec l'âge.

Jusqu'à 30 % des nouveau-nés n'ont pas bénéficié de la visite postnatale à domicile par une infirmière.

De nombreux enfants de 0 à 2 ans n'ont eu aucun suivi médical régulier.

La majorité des médecins de famille québécois n'assure pas le suivi régulier des jeunes enfants.

L'accès limité aux ressources de première ligne restreint le suivi régulier, donc le dépistage des retards de développement et l'intervention précoce.

L'objectif global de la Table sectorielle nationale mère-enfant et du rapport du Commissaire est de proposer, en concertation avec les différents acteurs, des solutions et des recommandations pour accroître l'accès à des services de santé de qualité en première ligne aux mères et aux enfants âgés de 0 à 5 ans, et ce, dans toutes les régions du Québec. Selon le rapport du Commissaire, l'accès difficile au suivi de santé régulier entraîne diverses conséquences. En effet, les mères ou les jeunes enfants ne peuvent alors bénéficier ni de soins curatifs pertinents, ni de pratiques cliniques préventives, telles que le counseling sur l'adoption de saines habitudes de vie ou le dépistage de certains problèmes dont la violence ou les ITSS, ni de la sensibilisation à des mesures protectrices importantes comme la prise d'acide folique ou l'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois. L'absence de suivi régulier peut également amener une plus grande fréquentation des services des urgences et une utilisation inadéquate de l'ensemble des services offerts par le réseau de la santé et des services sociaux.

Les rapports de ces instances reconnaissent que certains leviers peuvent favoriser l'accès à des suivis réguliers pour les mères et les enfants de 0 à 5 ans. La section suivante en fait un résumé.

LEVIERS POUR ASSURER L'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ ET FAVORISER LA CONTINUITÉ DES SOINS

- La hiérarchisation des services en périnatalité et en petite enfance : consolidation de la prise en charge de ces clientèles par les médecins de famille en privilégiant un **suivi conjoint médecin-infirmière** aussi bien en prénatal qu'en postnatal ;
- La pratique de groupe et **l'interdisciplinarité** en première ligne ;
- L'élaboration de **guides de pratique** basés sur les données probantes facilitant le développement de consensus autour des trajectoires optimales de services en périnatalité ;
- La formation d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne et la **contribution des infirmières** au suivi et à la prise en charge des enfants ;
- Le ciblage des femmes enceintes et des enfants de 0 à 5 ans comme clientèle vulnérable et prioritaire ;
- L'inscription de cette clientèle au guichet informatisé d'accès pour clientèle orpheline sans médecin de famille ;
- L'informatisation et le dossier patient informatisé et partageable ;
- Les incitatifs financiers ;
- Les ordonnances collectives (OC) ;
- La **contribution des infirmières au suivi de première ligne**, non seulement dans les GMF, mais dans les cliniques médicales.

1.3

Le virage vers les soins de santé de proximité et la première ligne

Depuis bon nombre d'années, les systèmes de santé mondiaux tendent à réaliser le virage vers les soins de santé primaires et la première ligne pour améliorer l'accès, l'efficacité et l'efficience (Aggarwal et Hutchison, 2012; Organisation mondiale de la santé [OMS], 2008). Les pays les plus performants ont utilisé la contribution des infirmières pour effectuer ce virage et pour se hisser aux premiers rangs par rapport à ces trois indicateurs (OCDE, 2013).

L'organisation des services de première ligne doit, en premier lieu, être le reflet des besoins de la population. L'organisation des services de première ligne doit également reposer sur la concertation et la collaboration interdisciplinaires, ainsi que sur un partenariat avec les ressources du milieu. Cette organisation doit créer de petites équipes soignantes qui offrent des services de proximité accessibles, globaux, continus et coordonnés (Macinko, Starfield et Shi, 2003; OMS, 2008). L'offre de service pour les mères et les enfants de 0 à 5 ans ne fait pas exception à cette règle ; elle doit, en effet, faire l'objet d'un programme de soins de proximité intégrés et coordonnés qui permet d'adapter l'intensité et la diversité des soins et des services aux besoins de chacun.

Plus particulièrement, l'accès aux services de base doit être universel et toutes les femmes enceintes devraient être prises en charge dès le premier trimestre de la grossesse. De même, tous les nouveau-nés et tous les enfants de 0 à 5 ans devraient être pris en charge par un professionnel de la santé désigné (CSBE, 2012).

Pour ce faire, tous les professionnels doivent être mis à contribution dans une organisation basée sur le travail d'équipe en première ligne. Les professionnels concernés sont les médecins de famille, les gynécologues-obstétriciens, les pédiatres, les sages-femmes et les infirmières, y compris les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPSPL).

1.4

Les services de santé en périnatalité

1.4.1 La clientèle

La population des femmes en âge de procréer a diminué depuis les vingt dernières années. De plus, la proportion des naissances chez les mères plus jeunes, y compris les mères adolescentes, est en décroissance alors qu'il y a une augmentation des naissances chez les femmes plus âgées. Depuis de nombreuses années déjà, la vaste majorité des mères âgées de 25 à 44 ans est sur le marché du travail.

Il y a au Québec un peu plus de 410 000 enfants de 0 et 5 ans. Ces enfants ont en majorité des parents qui travaillent et ils fréquentent les services de garde (un enfant sur deux chez les enfants de 4 ans). La population d'enfants a augmenté l'an 2000 en raison d'une augmentation des naissances.

Une proportion significative d'enfants au Québec, soit de 15 à 20 %, vivent en contexte de vulnérabilité, soit à cause du très jeune âge de leurs parents, de leur sous-scolarisation ou de leur pauvreté. La monoparentalité est également un facteur de vulnérabilité et elle est synonyme de famille à faible revenu dans une proportion significative. Les femmes et la famille nouvellement arrivée au pays représentent aussi une clientèle vulnérable.

1.4.2 L'offre de service

Les services de première ligne servent d'assise au réseau local de services assurant l'accessibilité, la continuité et la qualité des services destinés à la population du territoire local. Leur raison d'être est d'améliorer l'état de santé et de bien-être des populations concernées, d'augmenter l'accès aux services de santé et d'assurer la prise en charge complète et continue des personnes, tant pour les besoins de santé que pour les besoins sociaux. Des trajectoires et des corridors de services ainsi que des partenariats médecin-infirmière formels sont donc essentiels pour assurer l'intégration et la continuité, particulièrement lorsque l'infirmière qui assure les évaluations et les suivis est allée au maximum de son champ d'exercice ou de son expertise, ou que la situation requiert la concertation et les services professionnels d'un médecin et/ou d'une équipe interdisciplinaire.

L'AVIS DE GROSSESSE

Pour les services de périnatalité et de petite enfance en première ligne, la prise de contact correspond, en général, à un appel de l'infirmière de périnatalité à la femme par suite de la réception de l'Avis de grossesse établi par l'équipe qui fait le suivi de grossesse. Toutefois, cet avis n'existe pas partout au Québec. Pour le médecin de famille, le gynécologue-obstétricien, l'infirmière praticienne, la sage-femme ou l'infirmière en suivi conjoint de la grossesse, cet avis ou une référence permet d'orienter systématiquement une femme enceinte vers les services de première ligne du territoire où elle habite afin qu'elle reçoive, selon sa volonté, des services appropriés à ses besoins ou à sa situation (infirmière clinique prénatale, services de la petite enfance, orientation vers un organisme communautaire [programme OLO], etc.). Idéalement, cet avis est donné durant le premier trimestre de la grossesse. Dans certaines régions, l'équipe du suivi donne l'Avis de grossesse à la femme et c'est cette dernière qui entre en contact avec les services de première ligne.

LES COURS PRÉNATAUX, LES PROGRAMMES OLO ET SIPPE

Les cours prénataux et le programme OLO sont deux services offerts aux femmes enceintes. Pour ce qui est des cours prénataux, l'offre varie selon le territoire. Le programme préventif OLO, pour sa part, est un programme de soutien alimentaire offert maintenant dans la majorité des services de première ligne au Québec. Il s'agit en général d'un suivi fait par une infirmière et une nutritionniste. Il cible les femmes enceintes qui sont dans une situation financière difficile. Les femmes enceintes sous-scolarisées vivant sous le seuil de pauvreté bénéficient également des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance, du programme SIPPE et d'autres programmes, selon l'offre de service, comme le Programme-services Jeunes en difficulté. Comme les différentes mesures à mettre en œuvre pour éliminer la pauvreté et les inégalités exigent temps et concertation, ce programme offre aux parents vivant en contexte de vulnérabilité le soutien nécessaire afin d'atténuer les effets potentiellement délétères de leur situation. Ces programmes ont précisément pour but de contribuer à diminuer la transmission intergénérationnelle des problèmes psychosociaux et des problèmes de santé chez les jeunes enfants, y compris les situations d'abus et de négligence dont ceux-ci peuvent être victimes, les retards de développement, ainsi que la mortalité et la morbidité périnatales. Ces services comprennent des visites à domicile faites par une intervenante qui assure un contact continu et privilégié avec la famille, des activités éducatives à l'intention des jeunes enfants et des actions qui visent la création d'environnements favorisant la santé et le bien-être des enfants et de leurs parents. La précocité, l'intensité et la durée des interventions sont cruciales, tant pour les jeunes parents que pour les familles vivant dans une situation d'extrême pauvreté.

L'AVIS DE NAISSANCE

À la suite de la naissance d'un enfant, les services de première ligne reçoivent un avis de naissance des centres hospitaliers et des maisons de naissance afin de leur permettre de planifier le suivi postnatal. Selon les normes du MSSS (2008c), toutes les familles devraient bénéficier d'un premier contact téléphonique par une infirmière dans un délai de 24 heures après la sortie de l'hôpital et d'une visite postnatale par une infirmière dans les 72 heures après le congé. L'infirmière pourra continuer à visiter la famille ou cette dernière peut être vue en consultation par l'équipe à quelques reprises selon l'offre de service disponible, les besoins de la famille et l'évolution des situations de santé, particulièrement lorsque la mère et son enfant ne sont pas pris en charge par un médecin de famille ou par une équipe comprenant une autre infirmière.

LA VACCINATION

La vaccination est une mesure de prévention importante pour les enfants en bas âge. Au Québec, une grande partie des vaccins sont donnés dans les services de première ligne pendant des séances consacrées uniquement à cette intervention. Une récente enquête de l'INSPQ (2013) montre que la couverture vaccinale complète des enfants à 15 mois est de 85 %.



Chapitre 2

Les soins et les services professionnels de l'infirmière auprès de la femme enceinte, de la nouvelle accouchée et de l'enfant

1. L'INFIRMIÈRE

L'infirmière bachelière, par son champ d'exercice, sa formation et son expertise, a un rôle de plus en plus présent dans le suivi conjoint de la grossesse, dans l'évaluation de la nouvelle accouchée et du nouveau-né, ainsi que dans la prise en charge et le suivi des enfants en bonne santé de 0 à 5 ans. D'ailleurs, le Commissaire à la santé et au bien-être recommande dans son rapport de favoriser la participation des infirmières à la prise en charge de la clientèle de périnatalité et de la petite enfance en première ligne, en raison de leur nombre et de l'ampleur de leurs activités professionnelles. Ainsi, l'infirmière pourrait être à la fois le point d'entrée et l'intervenante pivot qui aidera les familles à s'y retrouver dans les services de périnatalité qui leur sont consacrés (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2006). En plus de son rôle d'évaluation et de surveillance clinique, l'infirmière joue un rôle crucial de coordination au sein des équipes multidisciplinaires de proximité. Elle oriente au bon endroit, au bon professionnel et au bon moment selon les besoins et contribue à hiérarchiser les services.

De plus, l'infirmière bachelière a un rôle primordial dans la gestion de la santé des populations et dans le soutien à l'autonomisation des familles à l'égard de leur santé. Elle s'occupe de prévention, de promotion et protection de la santé, ainsi que du maintien et du rétablissement de la santé de ces familles. Enfin, certains modèles et initiatives locales et régionales en matière de suivi conjoint de la grossesse et de suivi périodique des enfants de 0 à 5 ans ont démontré qu'il est possible d'améliorer l'accès pour ces clientèles en utilisant pleinement l'expertise et les compétences des infirmières.

2. LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES DE L'INFIRMIÈRE

Il est crucial de clarifier l'exercice professionnel de l'infirmière et les rôles de chacun des intervenants pour assurer une prise en charge de la clientèle et des suivis conjoints sécuritaires et de qualité. Il est de plus indispensable de bien définir les modalités de collaboration entre les infirmières et les médecins ou d'autres professionnels pour optimiser le suivi périnatal et le suivi régulier de santé des enfants. Cinq activités réservées sont au cœur de la pratique infirmière en ce qui concerne les présents standards de pratique :

- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne ;
- Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, y compris le monitorage et les ajustements du plan thérapeutique ;
- Contribuer au suivi de grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal ;
- Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes ;
- Évaluer un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins.

La portée de ces activités réservées et les modalités de collaboration prévues sont expliquées dans la section suivante.

Enfin, étant donné que ces activités de soins sont complexes et réalisées dans un contexte souvent peu encadré, il va sans dire que pour exercer les activités professionnelles nécessaires au suivi de la grossesse, à l'évaluation de la nouvelle accouchée et du nouveau-né et à la prise en charge du suivi périodique de l'enfant en bonne santé, l'infirmière doit avoir acquis les connaissances et développé les compétences requises. De plus, elle doit posséder l'expertise et la formation nécessaires pour assurer la pratique de ces activités de façon sécuritaire et selon les normes reconnues. Les soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants d'âge préscolaire en soins de proximité et le droit de prescrire relèvent de la compétence des infirmières détenant un baccalauréat. Ces disciplines sont étudiées uniquement à l'université et le *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier*¹ relativement à ces mêmes disciplines requiert le baccalauréat. Les soins en périnatalité dans la communauté ou en ambulatoire doivent donc être donnés par une infirmière bachelière. De plus, comme les modèles présentés ici sont flexibles, l'intensité de la contribution de l'infirmière pourra être adaptée au développement de l'expertise de l'infirmière et à son acquisition progressive des connaissances requises.

2.1 Contribuer au suivi de la grossesse

Cette activité réservée à l'infirmière reconnaît sa contribution, dans le domaine de la périnatalité, notamment au suivi de la grossesse normale ou à risque (OIQ, 2013). La formulation de cette activité vise principalement à prévenir tout problème d'interprétation quant à l'étendue de la pratique professionnelle de l'infirmière dans ce domaine par rapport aux activités réservées aux médecins, aux IPSPL et aux sages-femmes. En effet, l'infirmière est appelée à exercer plusieurs activités dans le suivi de la grossesse, mais elle n'a pas l'entièvre responsabilité du suivi médical de l'évolution de la grossesse. De ce fait, elle est habilitée à poser des actes complexes ou présentant des risques de préjudice en étroite collaboration avec le médecin ou l'équipe de médecins ayant pris en charge la femme enceinte, mais la portée de l'activité ne s'applique pas de façon pleinement autonome. Dans le cadre du suivi médical de l'évolution de la grossesse, c'est-à-dire pendant les visites d'un suivi régulier, la contribution de l'infirmière vise à évaluer et à surveiller l'état physique et mental de la femme enceinte et de son foetus, à déterminer les écarts entre ce qui est normal et ce qui ne l'est pas, ainsi qu'à transmettre ses constats au médecin, le cas échéant. Dans le cadre d'une grossesse normale ou à faible risque (voir l'annexe A), les présents standards prévoient que sa contribution va jusqu'à prendre entièrement en charge certaines visites du suivi régulier, responsabilité qu'elle ne peut assumer en cas de grossesse à risque. Par contre, elle exerce de façon autonome les activités professionnelles liées à la prévention, l'information, le counseling et la promotion de la santé qui sont des activités indissociables d'un suivi de grossesse.

1. Ce règlement, édicté récemment par le gouvernement, entrera en vigueur le 11 janvier 2016.

L’infirmière peut contribuer au suivi de la grossesse tant en ambulatoire qu’en centre hospitalier. Elle peut travailler dans le secteur public et être rattachée à un centre hospitalier ou à un CISSS, ou relever cliniquement d’une direction des soins infirmiers, mais d’un GMF pour ce qui est de l’organisation du travail. Elle peut aussi travailler dans le secteur privé et pratiquer dans le cabinet d’un médecin de famille ou d’un gynécologue-obstétricien.

L’infirmière peut procéder à l’évaluation des demandes de suivi de grossesse, à la priorisation de ces dernières, à la planification du calendrier des visites et, au besoin, elle peut diriger la femme et sa famille vers les ressources appropriées. Selon le niveau de risque maternel, foetal et néonatal, des algorithmes d’orientation et des cheminements cliniques pourraient être mis en place par l’équipe médicale pour soutenir l’infirmière.

L’infirmière peut ensuite assurer la première visite de grossesse normale ou à faible risque, pourvu qu’elle travaille en partenariat avec un médecin ou une équipe médicale qui prendra en charge le suivi de cette femme. Elle doit pouvoir les contacter ou les consulter au besoin, mais leur présence sur place n’est pas nécessaire pour cette première visite. Dans les cas où la prise de contact se voudrait tardive ou dans toute autre situation particulière, l’infirmière convient avec le médecin du cheminement pour ces femmes, selon le cas.

GROSSESSE NORMALE OU À FAIBLE RISQUE

Par la suite, l’infirmière peut assurer entièrement certaines visites du suivi de grossesse prévues au calendrier (voir l’annexe B), en alternance avec le médecin, et ce, jusqu’à la 32^e semaine de grossesse, pourvu que la grossesse se déroule normalement ou soit considérée comme à faible risque (voir l’annexe A). Toutefois, comme cette activité réservée est une activité de contribution à des activités médicales, l’infirmière doit avoir accès à un médecin répondant sur place afin de pouvoir répondre aux besoins de la patiente et de son fœtus lorsqu’une situation clinique l’exige et/ou lorsqu’elle constate un écart par rapport à la normalité. Dans ce cas, elle demande l’intervention du médecin. Une IPSPL ou une sage-femme ne peut pas servir de répondante médicale à l’infirmière pour les visites de suivi de grossesse en alternance avec le médecin selon les balises établies dans les présents standards.

GROSSESSE À RISQUE OU NE SE DÉROULANT PLUS NORMALEMENT

Dans le cas où une grossesse ne se déroule plus de façon normale ou dans le cas d’une grossesse à risque requérant en tout temps un avis médical (voir l’annexe A), le médecin et l’infirmière ont à convenir ensemble de la contribution de l’infirmière pour les visites de grossesse, pour chaque femme en particulier. En effet, dans ces cas-là, le calendrier des visites de suivi de grossesse peut être modifié, des consultations avec des spécialistes peuvent être indiquées et d’autres équipes doivent parfois intervenir ou prendre complètement la charge du suivi. L’infirmière ne peut assurer des visites en alternance de façon autonome comme dans le cas du suivi de la grossesse normale ou à faible risque. Elle peut toutefois continuer de contribuer, selon les modalités établies avec le médecin et l’équipe, aux suivis conjoints de grossesse, mais doit demander au médecin de compléter son évaluation. Elle peut aussi faire des visites à domicile pour évaluer des situations particulières ou pour réaliser certains tests. De plus, elle peut continuer ses activités autonomes de promotion, d’éducation et de prévention et maintenir son lien avec la famille, le cas échéant.

AU-DELÀ DE LA 32^E SEMAINE

En tout temps au-delà de la 32^e semaine de grossesse, l’infirmière qui a assuré certaines visites doit convenir avec le médecin de sa contribution au suivi, même dans le cas où la grossesse se déroule normalement. Comme les risques de complications sont plus importants et que l’examen est plus poussé (évaluation de la présentation foetale, de la dilatation et de l’effacement du col), une expertise et des compétences particulières sont nécessaires. C’est pourquoi seule l’infirmière ayant acquis une expertise précise et possédant une expérience poussée peut continuer d’assurer le suivi conjoint en alternance, jusqu’à concurrence d’une visite sur deux, non consécutives. Elle doit alors être en partenariat avec un médecin accoucheur ou une équipe de médecins accoucheurs qui doit être sur place pour répondre aux besoins. À ce stade, il est également possible que l’infirmière poursuive le suivi selon un modèle en duo prévoyant que le médecin complète chacune des visites faites par l’infirmière.

Contribuer au suivi de la grossesse ne veut pas dire que l’infirmière doit réaliser toutes les activités et offrir un service professionnel qui englobe nécessairement chacune des possibilités définies ici. Selon l’offre de service, l’organisation du travail, les besoins du milieu, ses compétences et l’équipe médicale, il pourrait être tout à fait possible de procéder à l’évaluation et à la priorisation des demandes et à la première visite de grossesse sans nécessairement procéder aux autres visites en alternance avec un médecin. Le chapitre 5 détaille de façon plus particulière les activités professionnelles de l’infirmière ; un modèle-cadre relatif à cette activité réservée pour le suivi conjoint de la grossesse est proposé à l’annexe B.

QUI PEUT ÊTRE MÉDECIN RÉPONDANT ?

- Le médecin traitant de la femme avec qui l'infirmière est en partenariat pour le suivi de grossesse.
- Un médecin de l'équipe, qui est de garde, autre que le médecin traitant de la femme, qui fait lui aussi des suivis de grossesse et qui est désigné comme le médecin répondant de l'infirmière.

2.2 Évaluer la nouvelle accouchée et le nouveau-né et en assurer la surveillance clinique

L'infirmière peut procéder à l'évaluation de l'état de santé physique et mentale de la nouvelle accouchée et du nouveau-né dans la communauté. L'énoncé de l'activité signifie que l'évaluation porte sur l'ensemble de la situation de santé de la mère et du nouveau-né, c'est-à-dire l'état de santé physique et mentale. Évaluer implique que l'infirmière porte un jugement clinique sur la situation de santé de la nouvelle accouchée et du nouveau-né, après avoir analysé l'ensemble des données dont elle dispose. Évaluer est un processus intellectuel complexe et dynamique, qui mobilise les compétences du professionnel pour l'analyse d'un ensemble de données, en vue de dresser le portrait de la situation clinique d'une personne et de poser un jugement clinique (OIIQ, 2013). Cette activité va donc au-delà de la collecte de données objectives et subjectives à l'aide d'un formulaire à remplir, puisqu'elle comprend la formulation de constats permettant d'établir les priorités en matière de soins, de surveillance et de suivi pour la mère et son bébé. De plus, la qualité de l'évaluation dépend de la disponibilité et de la fiabilité de l'information, ainsi que de la rigueur et de la justesse de l'interprétation.

Quant à la surveillance clinique, elle découle de l'évaluation en cours d'évolution de l'état de santé de la mère et du nouveau-né. Elle s'applique principalement aux familles dont l'état de santé présente des risques, peu importe le domaine clinique. La surveillance clinique consiste à évaluer de façon attentive et soutenue des paramètres cliniques de la condition physique et mentale de la mère et/ou du nouveau-né, ainsi que les facteurs qui peuvent les influencer, en tenant compte d'évaluations antérieures, ce qui permet de suivre l'évolution de l'état de santé et d'ajuster le plan thérapeutique infirmier (PTI) au besoin. La surveillance clinique s'avère essentielle pour préciser les alertes cliniques liées à la condition physique et mentale, et pour anticiper les réactions en fonction de la personne, en distinguant celles qui découlent de facteurs de risque de celles qui sont inhérentes aux interventions (OIIQ, 2013).

La surveillance clinique est également capitale pour déterminer les problèmes et les besoins de la mère et du nouveau-né qui requièrent un suivi clinique ou un ajustement du suivi en cours, ainsi que pour déceler rapidement toute complication ou situation requérant l'intervention urgente de l'infirmière, du médecin ou d'un autre professionnel. Cette activité permet aussi de juger de l'efficacité d'une intervention ou d'un traitement et d'adapter les interventions afin qu'elles soient appropriées à la situation de santé évolutive de la famille.

Ces activités mobilisent toutes les compétences professionnelles de l'infirmière, de même que son jugement et sa responsabilité professionnelle. Même si elle est imputable de ses actes dans l'exercice de ces activités réservées autonomes, l'infirmière qui évalue l'état de santé physique et mentale de la mère et du nouveau-né et qui assure la surveillance clinique de leur profil évolutif doit pouvoir exercer ces activités dans un contexte où des trajectoires de services et des mécanismes permettent d'assurer la continuité des soins et, au besoin, d'orienter rapidement la mère ou le nouveau-né vers le médecin ou les services requis. Ainsi, les activités professionnelles de l'infirmière s'inscrivent dans un modèle d'organisation des soins collaboratifs avec les médecins afin d'assurer une évaluation diagnostique par le médecin en présence d'écart constatés par l'infirmière.

Le chapitre 5 détaille de façon plus précise les activités professionnelles de l'infirmière relativement à ces activités réservées et propose un modèle-cadre pour l'évaluation de la nouvelle accouchée et du nouveau-né.

2.3

Évaluer l’enfant de 0 à 5 ans et en assurer le suivi

L’infirmière peut assurer des suivis périodiques auprès des enfants en bonne santé d’âge préscolaire et exercer l’activité réservée d’évaluer la condition physique et mentale de l’enfant. Comme pour la nouvelle accouchée et le nouveau-né, l’activité d’évaluation de l’enfant d’âge préscolaire porte sur l’ensemble de sa situation de santé, c’est-à-dire sur son état physique et mental. L’activité d’exercer la surveillance clinique et d’évaluer le profil évolutif du développement de l’enfant fait également partie intégrante du suivi périodique. Le suivi périodique de l’enfant en bonne santé, dont le développement se déroule normalement, peut être assuré par l’infirmière dans un modèle collaboratif où elle pourrait prendre complètement en charge les visites et orienter l’enfant au médecin ou à l’équipe de médecins au besoin, ou selon un modèle de visites en alternance avec un médecin.

Le suivi comprend en général l’histoire de santé, l’*ABCdaire du suivi périodique de l’enfant de 0 à 5 ans*, les examens paracliniques, la vaccination et le guide d’anticipation. L’infirmière évalue la croissance, le stade de développement de l’enfant selon son âge et détermine s’il y a des écarts. L’infirmière est donc susceptible d’exercer également l’activité réservée d’évaluer un enfant qui présente des indices de retard de développement dans le but de déterminer des services de réadaptation et d’adaptation répondant à ses besoins. Un écart observé qui situe l’enfant hors des limites considérées comme normales pour son âge constitue un indice de retard de développement (OIIQ, 2013). L’infirmière qui possède les connaissances, la formation et l’expertise nécessaire, évalue alors l’enfant de façon plus approfondie à l’aide d’outils validés, afin d’être en mesure de préciser la nature et de mesurer l’intensité des difficultés qu’il présente dans le but de déterminer les services de réadaptation et d’adaptation qu’il requiert. Cette évaluation cible les enfants chez qui on a observé des indices de retard de développement qui peuvent se manifester dans une ou plusieurs sphères de leur développement. Cette dernière activité est une activité réservée, mais partagée avec le travailleur social, le psychologue, le psychoéducateur, l’orthophoniste, l’audiographe, l’ergothérapeute et le médecin. L’infirmière qui ne possède pas l’expertise, les connaissances, les compétences et la formation pour procéder à une évaluation plus précise avec des instruments de mesure validés, peut quand même assurer le suivi périodique de l’enfant en bonne santé de 0 à 5 ans selon l’*ABCdaire du suivi périodique de l’enfant de 0 à 5 ans*, mais doit pouvoir diriger l’enfant vers le médecin et/ou une autre ressource si elle constate des écarts. Dans tous les cas, la pratique de l’infirmière dans ce domaine doit être exercée dans un modèle collaboratif avec un médecin ou une équipe de médecins. Les premiers mois et les premières années de la vie représentent une période cruciale pour le développement de l’enfant, tant sur les plans physique, psychologique que développemental. Il ne faut pas banaliser tout ce qui doit être recherché dans l’évaluation du nourrisson d’apparence normale ou à faible risque ou encore chez l’enfant en croissance. La collaboration interdisciplinaire est donc incontournable dans le continuum de l’évaluation et du suivi périodique des enfants. Cette collaboration rassure quant à la possibilité de ne pas passer outre un diagnostic qui pourrait avoir des répercussions sur le développement ou le bien-être des enfants.

Le chapitre 5 détaille de façon plus particulière la pratique infirmière relative à cette activité réservée.

2.4.

Normes relatives au suivi de grossesse et à l’évaluation et la prise en charge de l’enfant

Les constats découlant de l’état de situation montrent que les normes de suivi des mères et des enfants au Québec ressemblent à celles recensées ailleurs au Canada et dans le monde, même si elles diffèrent légèrement sous certains aspects (CSBE, 2012; Table sectorielle nationale, 2011). Les soins médicaux à offrir en période prénatale sont encadrés par de nombreuses normes professionnelles, mais il n’existe pas de lignes directrices nationales, de guides de pratique basés sur les données probantes ou d’aide-mémoire cliniques qui faciliteraient la pratique, la formation, le transfert de connaissances et la création de modalités organisationnelles conformes aux meilleures pratiques pour assurer un suivi de grossesse plus uniforme au Québec (CSBE, 2012). De plus, selon le même rapport, le suivi médical de l’évolution de la grossesse occupe généralement la majeure partie des visites, laissant peu de place aux suivis préventifs, à l’information, au counseling et à la promotion de la santé.

Selon les lignes directrices professionnelles, il est recommandé qu'il y ait au moins une première visite de suivi de grossesse au cours du premier trimestre, soit entre 5 et 12 semaines de grossesse (idéalement vers la 10^e semaine, puisque la patiente devra ensuite avoir le temps de prévoir un rendez-vous pour une échographie de datation et pour le dépistage prénatal, le cas échéant). L'obtention d'un premier rendez-vous avant 12 semaines de grossesse permet d'identifier rapidement les femmes qui présentent des facteurs ou des comportements à risque et de mieux les traiter et les encadrer pour que l'issue de la grossesse soit la plus positive possible. Le suivi d'une grossesse normale au Québec correspond en tout à une douzaine de visites en moyenne. Les gynécologues-obstétriciens et les omnipraticiens du Québec utilisent de façon générale les formulaires du dossier obstétrical (formulaires AH-266, AH-267, AH-268 et AH-269) disponibles sur le site Web du MSSS. Ces formulaires sont basés sur les lignes directrices d'associations professionnelles reconnues.

Aussi, il n'existe pas de lignes directrices provinciales ou nationales claires en ce qui concerne le suivi régulier des enfants (CSBE, 2012). En effet, il n'existe pas de données probantes sur ce que devrait être un suivi régulier afin de répondre, au moment opportun, à l'ensemble de leurs besoins de santé, développementaux et psychosociaux (Bergman, Plsek et Saunders, 2006). Le suivi régulier est pourtant considéré comme une occasion privilégiée d'écouter les préoccupations des parents et de réagir, mais aussi de prévenir de nombreuses situations problématiques pouvant s'aggraver si rien n'est fait (Radecki et al., 2011; Tanner et al., 2009). Toutefois, des guides de pratique et des outils pour la collecte des données cliniques ont été développés et sont largement utilisés pour guider la pratique. Une majorité de médecins et d'infirmières au Québec utilise l'*ABCdaire du suivi périodique de l'enfant de 0 à 5 ans*. La fréquence des consultations médicales recommandées pour les enfants en bonne santé varie avec l'âge. On recommande cinq visites entre 0 et 12 mois (à 2, 4, 6, 9 et 12 mois), deux visites entre 13 et 24 mois (à 18 et 24 mois) et une visite par année à 3, 4 et 5 ans. Depuis l'introduction du congé précoce des nouveau-nés, on recommande d'ajouter une consultation au cours du premier mois de vie des enfants. Les interventions recommandées à chaque visite tiennent compte de l'âge de l'enfant. Elles visent à immuniser les nourrissons, à dépister et à prévenir les problèmes de santé physique et les retards de développement, ainsi qu'à rassurer les parents, à leur donner différents conseils de promotion-prévention et à déceler les problèmes de compétence parentale.

Le rapport du Commissaire à la santé et au bien-être recommande qu'un consensus provincial soit établi à propos des éléments d'un suivi optimal pour les femmes enceintes, ainsi que pour la prise en charge et le suivi de l'enfant. Pour assurer un travail interdisciplinaire efficace, l'utilisation d'outils validés communs, pour l'évaluation et le dépistage, par exemple, est à privilégier. Cela facilite la complémentarité et la continuité des soins, évite la répétition d'interventions et favorise le transfert d'information ainsi que l'accès plus rapide aux services requis (Bergman et al., 2006).

PRISE DE POSITION DE L'OIIQ CONCERNANT LES NORMES ET LA DOCUMENTATION DEVANT ÊTRE UTILISÉES PAR L'INFIRMIÈRE POUR LES SOINS MATERNELS PÉRINATAUX

En plus des présents standards, l'OIIQ recommande l'adoption par les infirmières des formulaires du dossier obstétrical (AH-266, AH-267, AH-268 et AH-269) du ministère de la Santé et des Services sociaux comme outils de suivi. L'OIIQ recommande également qu'elles se servent des lignes directrices suivantes comme guides pour leurs activités professionnelles dans le suivi de la grossesse et pour l'évaluation de la nouvelle accouchée :

- *Obstetrics Guideline 19: Maternity Care Pathway* (Perinatal Services BC, 2010) ;
- *Obstetrics Guideline 20: Postpartum Nursing Care Pathway* (Perinatal Services BC, 2011) ;
- *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales* (Santé Canada, 2000, en cours de révision au moment de publier le présent document).

L'OIIQ suggère aussi les sources suivantes de données probantes et d'information pour guider les recommandations et les interventions de l'infirmière :

- Le portail d'information périnatale de l'Institut national de santé publique du Québec comme référence de base pour tout ce qui a trait à l'information prénatale et postnatale (www.inspq.qc.ca/information-perinatale) ;
- *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans : guide pratique pour les mères et les pères* (Institut national de santé publique du Québec, 2015) ;

- *Partir du bon pied : de la préconception à la naissance de votre bébé* (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2010) ;*Mémo-périnatalité : guide pratique de l’Université Laval, outil aide-mémoire* (Leclerc, Grégoire et Rheault, 2014; application mobile disponible) ;
- *Mémo-périnatalité : guide pratique de l’Université Laval, outil aide-mémoire* (Leclerc, Grégoire et Rheault, 2014; application mobile disponible) ;
- *Petit guide grossesse et allaitement* (CHU Sainte-Justine, 2013) ;
- *Guidelines for Nurse Practitioners in Ambulatory Obstetric Settings* (Cibulka et Barron, 2013) ;
- *Antenatal and Postnatal Mental Health: Clinical Management and Service Guidance* (National Institute for Health and Care Excellence, 2014) ;
- *Postnatal Care* (National Institute for Health and Care Excellence, 2014).

Les recommandations, les directives et les publications des sites Web de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), de l’Association des obstétriciens et gynécologues du Québec (AOGQ) et de l’Agence de la santé publique du Canada (ASPC).

PRISE DE POSITION DE L’OIIQ CONCERNANT LES NORMES ET LA DOCUMENTATION DEVANT ÊTRE UTILISÉES PAR L’INFIRMIÈRE POUR LES SOINS DES NOUVEAU-NÉS ET DES ENFANTS DE 0 À 5 ANS

Outre les présents standards concernant l’évaluation du nouveau-né et de l’enfant, l’OIIQ recommande l’adoption par toutes les infirmières de l’*ABCdaire du suivi périodique de l’enfant de 0 à 5 ans*. Lorsqu’un écart est constaté et qu’une évaluation plus poussée est nécessaire, l’OIIQ préconise l’utilisation de diverses échelles pour l’évaluation des retards de développement, présentées au chapitre 5.

L’OIIQ suggère aussi les sources suivantes de données probantes et d’information pour guider les recommandations et les interventions de l’infirmière :

- Le portail d’information périnatale de l’Institut national de santé publique du Québec comme référence de base pour tout ce qui a trait à l’information postnatale (www.inspq.qc.ca/information-perinatale) ;
- *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans : guide pratique pour les mères et les pères* (Institut national de santé publique du Québec, 2015) ;
- *Newborn Guideline 13: Newborn Nursing Care Pathway* (Perinatal Services BC, 2013) ;
- *Postnatal Care* (National Institute for Health and Care Excellence, 2014).

Les recommandations, les directives et les publications des sites Web de la Société canadienne de pédiatrie (SCP) et de l’Association des pédiatres du Québec (APQ).

Les présents standards de pratique et la prise de position concernant les directives, les lignes directrices et les documents de référence à utiliser constituent les ouvrages de référence pour toutes les infirmières qui sont appelées à intervenir en soins de proximité dans le domaine de la périnatalité. L’OIIQ demande donc à ses membres de s’y conformer et aux directions de soins infirmiers de s’assurer que la pratique des infirmières sous leur supervision respecte ces normes. De plus, les directions de soins infirmiers, de concert avec les directions concernées, doivent mettre en place les conditions de pratique et le soutien permettant la cohérence entre les rôles attendus et les normes de pratique, puisque ces directions sont responsables du respect des normes professionnelles.

Le contenu clinique des présents standards repose sur les sources de données probantes et les références précitées.

2.5. Normes concernant la documentation des activités professionnelles de l'infirmière de proximité en périnatalité

La documentation professionnelle sert avant tout à assurer la continuité des soins en périnatalité en plus de témoigner des soins et des traitements donnés ainsi que de l'évaluation physique et mentale de l'infirmière. De façon générale, le dossier du patient est défini comme l'ensemble des documents qui contiennent de l'information à son sujet et c'est l'analyse des composantes du dossier qui permet d'avoir une vision globale de l'état de santé du patient. De ce fait, l'OIIQ recommande aux infirmières qui contribuent aux suivis de la grossesse d'utiliser les formulaires du dossier obstétrical (AH-266, AH-267, AH-268 et AH-269) du ministère de la Santé et des Services sociaux comme outil de suivi, mais également comme outil de documentation légale pour favoriser la communication entre les professionnels et éviter les duplications. Ainsi, chaque professionnel qui utilise les formulaires communs devra clairement identifier la documentation qui lui est propre. De plus, comme le suivi de la grossesse comporte évidemment la notion de suivi et de surveillance clinique, un plan thérapeutique infirmier (PTI) doit être élaboré lorsque l'infirmière détermine un suivi infirmier particulier. Le PTI fait état des constats d'évaluation (problèmes et besoins prioritaires qui requièrent un suivi) et rend compte du suivi clinique, c'est-à-dire des directives infirmières. Enfin, les notes de l'infirmière rendent compte de l'évolution de la situation de santé du client : elles expliquent les décisions cliniques de l'infirmière, les justifient et explicitent les particularités et les exceptions qui ne sont pas consignées dans les formulaires du dossier obstétrical. En somme, dans ses notes, l'infirmière inscrit tout élément pertinent qui n'apparaît pas ailleurs.

Cette même norme s'applique pour l'évaluation de la nouvelle accouchée et de son nouveau-né, ainsi que pour celle de l'enfant de 0 à 5 ans, c'est-à-dire que les formulaires d'évaluation peuvent tenir lieu de documentation légale de l'infirmière dans la mesure où ils sont conservés au dossier. Un PTI est établi lorsqu'un suivi particulier est nécessaire et une note au dossier est inscrite pour tous les éléments pertinents qui doivent être précisés, dont la justification clinique des décisions de l'infirmière découlant des constats de son évaluation.

En résumé, l'infirmière utilise les outils de documentation, y compris les formulaires mis à sa disposition pour consigner l'information de façon pertinente, exacte, complète et structurée.



Chapitre 3

Standard relatif aux activités de promotion de la santé

Standard

1

LA PROMOTION DE LA SANTÉ PAR L'ÉDUCATION À LA SANTÉ

L'INFIRMIÈRE ÉLABORE DES STRATÉGIES DE PROMOTION DE LA SANTÉ ET DE PRÉVENTION PRIMAIRE ET SECONDAIRE À L'INTENTION DES FAMILLES, SELON LES ORIENTATIONS ÉTABLIES PAR LA DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET LE MSSS ET LES INTÈGRE À CHACUNE DES RENCONTRES.

Les activités professionnelles de l'infirmière en périnatalité relèvent en premier lieu du domaine de la promotion de la santé et du bien-être des familles. Elles impliquent des stratégies reconnues, dont l'éducation à la santé, qui favorisent chez les familles des prises de décisions éclairées en ce qui a trait à leur santé et à leur bien-être. D'ailleurs, dans son rapport, le Commissaire à la santé et au bien-être recommande de miser sur la promotion de la santé et sur la prévention pour réduire entre autres les problèmes de santé et de développement chez les enfants.

L'infirmière encourage la participation de la femme enceinte, de l'enfant et de sa famille, et met l'accent sur l'éducation à la santé. Elle maximise leurs capacités d'autosoins et elle intervient pour prévenir certains problèmes physiques et psychosociaux. Pour ce faire, l'infirmière tient compte des déterminants de la santé pour renforcer les facteurs de protection et agir sur les facteurs de risque.

1. LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Aujourd’hui, le concept de la santé fait référence à de multiples déterminants génétiques, biologiques, comportementaux, sociaux et économiques, qui évoluent dans le temps en fonction du développement et des expériences des personnes. On comprend également que les différentes trajectoires de santé et de maladies à l’âge adulte sont le produit des expériences des premières années de vie et du cumul graduel de facteurs de risque et de facteurs de protection qui programment le système de régulation biocomportementale.

Les caractéristiques individuelles et le milieu de vie sont les déterminants de la santé les plus importants que l’infirmière doit prendre en considération pour la clientèle visée par les présents standards. En effet, les habitudes de vie et les comportements des personnes en âge de procréer (avant la conception, en cours de grossesse et après la naissance), l’environnement placentaire du fœtus et les expériences des tout-petits durant leurs premières années de vie ont une influence déterminante sur la santé, les comportements et le développement des enfants (MSSS, 2012b; OMS, 2009).

Le Québec se situe avantageusement par rapport aux autres provinces canadiennes et à plusieurs pays dans le monde en ce qui concerne l’espérance de vie à la naissance et la mortalité infantile. Cependant, il reste beaucoup de chemin à parcourir pour améliorer plusieurs facteurs de protection et diminuer des facteurs de risque importants. En effet, le Québec ne fait pas bonne figure en ce qui concerne le tabagisme et la consommation d’alcool durant la grossesse, et la situation est comparable pour certains facteurs de protection, comme la prise d’acide folique en période périconceptionnelle et l’allaitement maternel exclusif jusqu’à l’âge de 6 mois.

2. L’INTÉGRATION DE L’ÉDUCATION À LA SANTÉ EN PÉRINATALITÉ

L’expérience de la grossesse s’accompagne souvent de nombreux questionnements. Les femmes enceintes et les futurs pères se préoccupent des soins à donner à leurs enfants. Toutes ces questions les poussent à s’informer. La période périnatale est un moment clé au cours duquel les parents sont habituellement réceptifs et prêts à recevoir de l’information. L’éducation à la santé vise divers apprentissages, porte sur des thèmes précis et entraîne une réflexion sur la santé. Composante incontournable de la pratique infirmière, l’éducation à la santé permet à l’infirmière de répondre aux besoins d’enseignement de la femme enceinte et de sa famille. Elle requiert la connaissance de divers modèles et la maîtrise des méthodes éducatives, ainsi que de leur application (Hagan, 2014). L’information prénatale et postnatale donnée par l’infirmière favorise une expérience positive, ainsi que l’adoption de saines habitudes, autant pour la santé de la femme que pour celle de l’enfant à venir (MSSS, 2008c).

3. LA RÉALISATION D’ACTIVITÉS D’ÉDUCATION À LA SANTÉ

L’infirmière reconnaît les compétences et les capacités des familles et de la communauté en matière d’autogestion de la santé et de la maladie. Elle applique les principes de la communication et de la dynamique familiale au cours de ses interactions avec la famille. Elle élabore des activités favorisant le développement des compétences parentales selon son évaluation des besoins. Elle informe la famille et l’aide à établir des stratégies en vue d’effectuer des changements de comportement et d’assurer un environnement sain et sécuritaire pour tous ses membres. Elle fixe des objectifs communs avec les membres de la famille et évalue par la suite les résultats des interventions d’éducation à la santé sur les changements de comportement. L’infirmière profite de toutes les occasions pour enseigner et éduquer tout au long du continuum de soins visés par les présents standards de pratique. De telles interventions ne demandent que très peu de temps et sont indispensables.

Le domaine de la périnatalité est cependant vaste et les sources d'information multiples, ce qui laisse place à des discours et à des affirmations de toutes sortes. Une information de qualité et validée, donnée par des intervenants qualifiés, est absolument nécessaire (CSBE, 2012; MSSS, 2008c). Elle doit être validée scientifiquement, standardisée par les professionnels et mise à jour périodiquement. Le matériel éducatif normalisé au Québec ou au Canada devrait être le premier choix de l'infirmière, par exemple le portail d'information périnatale de l'INSPQ qui propose aussi des ressources et des liens Internet intéressants. *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans* ou le *Guide alimentaire canadien* sont des exemples d'autres ressources validées.

De plus, l'infirmière doit consulter les publications, les directives et les lignes directrices officielles pour y trouver les programmes, les politiques, les plans de santé publique, les orientations et les cibles ministérielles. En plus d'outils et de matériel éducatif validés, normalisés et actualisés, elle y trouvera les priorités et les cibles retenues par les instances décrites de façon plus exhaustive que dans les présents standards. L'infirmière doit les connaître et les consulter régulièrement, puisqu'elles fournissent plusieurs balises pouvant guider ses interventions d'éducation à la santé.

3.1

Les cibles prioritaires pour la réalisation d'activités d'éducation à la santé

Le tableau suivant indique les cibles prioritaires en promotion de la santé dans le domaine qui nous intéresse ici, ainsi que les pratiques cliniques préventives pour la clientèle visée par les présents standards (MSSS, 2008c) :

CIBLES PRIORITAIRES	
<ul style="list-style-type: none">• Une saine alimentation• Un mode de vie actif et de l'activité physique durant la grossesse• Un environnement sans tabac• Le développement de la relation d'attachement• Zéro drogue, zéro alcool pendant la grossesse• Un comportement sexuel responsable• Adoption d'une bonne hygiène dentaire• La violence, les abus et la négligence	<ul style="list-style-type: none">• Le syndrome du bébé secoué• La santé mentale dont la dépression post-partum• La sécurité• Un environnement sain• La vaccination• L'allaitement exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois• La croissance et le développement de l'enfant



Chapitre 4

Standards relatifs à la prévention et à la protection de la santé

« Le sage ne s'afflige jamais des maux présents, mais emploie le présent pour en prévenir d'autres. » *William Shakespeare*

Les infirmières interviennent également dans le domaine de la prévention et de la protection de la santé. Elles visent ainsi à réduire ou à éliminer les risques pour la santé et à appliquer des stratégies de dépistage, de surveillance et de contrôle des maladies infectieuses et des situations à risque en plus de renforcer les facteurs de protection. Elles offrent des services de consultation de santé tout au long du continuum, de la période préconceptionnelle au suivi de grossesse, et jusqu'à l'évaluation périodique de l'enfant.

Standard

2

LE CONTRÔLE DES MALADIES INFECTIEUSES ET PARASITAIRES

L'INFIRMIÈRE PREND LES MOYENS POUR ASSURER LE CONTRÔLE DES MALADIES INFECTIEUSES ET PARASITAIRES EN PÉRINATALITÉ ET EN PETITE ENFANCE. ELLE RECOMMANDÉ DES STRATÉGIES PRÉVENTIVES, PAR EXEMPLE LA VACCINATION, ET PARTICIPE À LEUR MISE EN ŒUVRE.

1. LES ACTIVITÉS LIÉES AU CONTRÔLE DES MALADIES INFECTIEUSES ET PARASITAIRES

En période périnatale, certaines infections peuvent avoir des conséquences significatives sur la mère, le fœtus ou le nouveau-né. Les maladies infectieuses de l'enfant sont aussi chose courante. L'infirmière doit donc connaître les manifestations cliniques des diverses maladies infectieuses, les modes de transmission, ainsi que les recommandations quant aux mesures de prévention à appliquer, aux traitements et à la déclaration obligatoire de certaines maladies. Plusieurs guides du MSSS portant sur les maladies infectieuses en milieu de garde sont disponibles. De l'information pertinente sur le suivi de l'enfant de 0 à 5 ans et les maladies infectieuses est aussi présentée dans l'*ABCdaire du suivi périodique de l'enfant de 0 à 5 ans*, le guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans*, ainsi que sur les sites Web du CHU Sainte-Justine et du ministère de la Famille. C'est pourquoi nous ne traiterons ici que des maladies infectieuses de la période périnatale pouvant avoir des conséquences importantes pour la mère, le fœtus ou le nouveau-né et qui sont prioritaires dans le cadre des activités professionnelles de l'infirmière en suivi de la grossesse. L'information clinique résumée ici provient de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) et du portail d'information périnatale de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), outil incontournable pour l'infirmière. En le consultant, elle trouvera des conseils préventifs et anticipatoires plus détaillés sur les maladies infectieuses et la grossesse.

LA TOXOPLASMOSE

La toxoplasmose est une maladie infectieuse causée par un parasite, le *Toxoplasma gondii*, dont l'hôte principal est le chat. C'est une maladie relativement commune, qui passe souvent inaperçue. Lorsqu'une personne est infectée, elle développe habituellement une immunité contre la toxoplasmose. Bien que l'infection soit généralement sans gravité pour la santé de la femme enceinte, les conséquences sont plus importantes pour le fœtus lorsque la mère s'infecte. La gravité de l'atteinte fœtale est inversement proportionnelle à l'âge gestationnel : les conséquences pour le fœtus infecté tôt durant la grossesse sont habituellement plus sérieuses que s'il est infecté plus tardivement. Il existe des tests permettant de détecter la présence des anticorps de la toxoplasmose chez la femme enceinte. Cependant, dans la plupart des cas, la présence d'anticorps ne signifie pas qu'un traitement est nécessaire, puisque beaucoup de femmes auront développé des anticorps en raison d'une exposition antérieure. Des examens plus poussés seront donc nécessaires, mais le dépistage universel de toutes les femmes enceintes n'est pas recommandé.

LA LISTÉRIOSE

La listériose est une maladie d'origine alimentaire. Elle est causée par la *Listeria monocytogenes* (communément appelée *Listeria*), une bactérie largement répandue dans l'environnement (sol, végétation, eau) et qui peut, dans certains cas, contaminer les aliments. La listériose est relativement rare, mais le risque qu'une femme enceinte contracte la maladie est beaucoup plus élevé que chez tout autre adulte. En effet, la bactérie se propage par transmission intracellulaire, ce qui lui permet de traverser la barrière placentaire. Une fois colonisée, l'unité fœto-placentaire devient un milieu privilégié pour la reproduction de la bactérie. L'infection peut avoir des conséquences graves durant la grossesse : avortement, mort in utero ou accouchement prématuré. Quant au fœtus, il peut souffrir, plus tard, de la forme septicémique ou de la forme méningée de l'infection. Les femmes enceintes qui contractent la listériose ont majoritairement des symptômes bénins qui ressemblent à ceux de la grippe : des frissons, de la fatigue, des maux de tête et des douleurs musculaires et articulaires. Celles qui ont de la fièvre doivent consulter un médecin. S'il n'y a aucune cause apparente de fièvre, la listériose doit être suspectée. La maladie peut être traitée efficacement à l'aide d'antibiotiques. Un traitement précoce de la femme enceinte peut prévenir l'infection chez le fœtus et chez le nouveau-né. Au Canada, cette maladie est à déclaration obligatoire.

LES STREPTOCOQUES DU GROUPE B

Les streptocoques du groupe B (SGB) sont des bactéries communes qui se trouvent dans le vagin, le rectum et la vessie des femmes. Elles font partie des flores urogénitales et digestives normales : de 5 à 40 % des femmes enceintes sont colonisées par des SGB, c'est-à-dire que ces bactéries sont présentes dans leur organisme, sans qu'elles présentent de symptômes. On estime qu'environ 50 % des femmes colonisées par les SGB les transmettent à leur bébé pendant l'accouchement. Bien que la vaste majorité des bébés ne soit pas affectée par ces bactéries, un petit nombre d'entre eux, entre 1 et 2 %, contracteront une infection pouvant toucher le sang, le cerveau, les poumons et la moelle épinière. Les infections à SGB peuvent être dépistées pendant la grossesse et traitées afin de réduire la probabilité que le bébé en soit atteint.

Pour la prévention de l'infection néonatale à SGB d'apparition précoce, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (2013a) a publié les directives cliniques suivantes : offrir, à toutes les femmes, un dépistage de la colonisation par des streptocoques du groupe B entre 35 et 37 semaines de gestation au moyen d'une mise en culture effectuée à partir d'un écouvillonnage du vagin, en premier lieu, et du rectum par la suite (au-delà du sphincter anal). Ce dépistage peut être réalisé par l'infirmière avec une ordonnance individuelle ou collective. Cette approche s'applique également aux femmes pour qui on a planifié une césarienne en raison de leur risque de subir un travail ou une rupture des membranes avant la date prévue de la césarienne. Aussi, afin de prévenir l'infection néonatale à SGB d'apparition précoce, une antibioprophylaxie intraveineuse sera administrée dès le début du travail ou dès la rupture des membranes en cas de résultat positif des prélèvements urinaire et/ou vaginorectal, ou en fonction de certains facteurs cliniques indépendants (statut inconnu, prématurité, rupture prématurée des membranes, antécédents néonataux).

Depuis plusieurs années, les études ont montré que l'utilisation d'une antibioprophylaxie entraîne une baisse considérable des taux de colonisation maternelle et d'infection néonatale. Par contre, comme l'indiquent les directives cliniques de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) sur la prévention de l'infection néonatale à streptocoques B, la chimioprophylaxie administrée à la femme enceinte avant le début du travail ou avant la rupture des membranes est inefficace et mène, à terme, à une récurrence de la colonisation par des SGB dans plus de deux tiers des cas. On ne doit donc pas traiter l'état de porteuse durant la grossesse, mais plutôt donner des antibiotiques pendant le travail pour prévenir une infection chez le nouveau-né.

LE CYTOMÉGALOVIRUS

Le cytomégalovirus (CMV) appartient à une famille de virus qui comprend l'herpès, ainsi que la mononucléose et la varicelle. Une des caractéristiques de ces virus est qu'une fois qu'a eu lieu la primo-infection, ils s'établissent chez l'hôte sous une forme latente, mais un épisode de réactivation est possible et peut survenir pendant toute la vie, notamment pendant la grossesse. Le CMV est excrété dans plusieurs fluides corporels dont l'urine, la salive, le sperme, les sécrétions du col de l'utérus et le lait maternel. Jusqu'à 60 % des enfants qui fréquentent les garderies excrètent le CMV dans leur urine et leur salive. Chez les individus atteints, les symptômes sont habituellement légers et aspécifiques (malaise général « comme une grippe », fièvre, pharyngite, etc.), ou parfois absents. Environ 60 % des femmes enceintes ne possèdent pas d'anticorps contre le CMV et sont donc susceptibles de contracter une infection au CMV. Par contre, seulement 1 % de ces femmes la contractent pendant leur grossesse (primo-infection). Le risque de transmission de la mère au fœtus est d'environ 40 % à la suite d'une primo-infection, mais inférieur à 2 % s'il s'agit d'une réactivation. Des séquelles fœtales peuvent survenir, quel que soit le moment où l'infection a eu lieu. De plus, 90 % des nouveau-nés infectés pendant la grossesse sont asymptomatiques à la naissance ; la plupart d'entre eux restent normaux, mais de 10 à 15 % subissent notamment des séquelles neurologiques, hépatiques, hématologiques, auditives et oculaires. Le dépistage anténatal de l'infection au cours de la grossesse n'est pas systématique, mais s'il y a eu exposition, le dépistage par le médecin consiste en des prises de sang durant la grossesse. En cas de séroconversion, des échographies à la recherche de signes bien précis, et parfois une ponction amniotique (amniocentèse), sont réalisées. L'objectif principal du diagnostic anténatal est de détecter une infection asymptomatique de la patiente enceinte, de déterminer si le fœtus est infecté et s'il présente éventuellement des signes de séquelles graves, et d'en informer les futurs parents.

Dans les directives cliniques de la SOGC (2010a), le dépistage sérologique systématique du CMV chez les femmes enceintes n'est actuellement pas recommandé. Il peut être envisagé chez les femmes qui en viennent à présenter des symptômes grippaux pendant la grossesse ou à la suite de la détection de signes échographiques pouvant évoquer une infection à CMV. Les femmes séronégatives au CMV travaillant dans le domaine de la santé et des soins aux enfants peuvent se voir offrir par le médecin un suivi sérologique pendant la grossesse. Un suivi peut aussi être envisagé dans le cas des femmes enceintes séronégatives qui ont un enfant en bas âge en garderie.

LE PARVOVIRUS B19 (CINQUIÈME MALADIE)

De façon habituelle, la cinquième maladie est une maladie bénigne, sauf chez la femme enceinte, car elle met parfois le fœtus en danger. L'infection chez la femme enceinte peut se manifester par un syndrome grippal, qui peut être associé à des démangeaisons et à un rash cutané avec ou sans arthralgie. Le risque d'atteinte du fœtus est variable et est plus fréquent entre la 10^e et la 28^e semaine de grossesse. Le parvovirus B19 peut provoquer une anémie fœtale parfois grave, une anasarque fœto-placentaire, mais rarement des séquelles neurologiques. L'évolution de la maladie est susceptible d'être fatale pour le fœtus ou au contraire, peut être spontanément favorable. Ce virus se transmet par voie respiratoire, par des transfusions, ou de la mère à son fœtus. La cinquième maladie est particulièrement contagieuse. Par contre, 60 % de la population serait immunisée et les données actuelles indiquent que l'infection au parvovirus B19 donne une immunité à vie. Lorsqu'une femme enceinte a été exposée à une infection au parvovirus B19 ou en présente les symptômes, il faut déterminer si elle est immunisée par des tests des IgG et IgM spécifiques anti-parvovirus B19. Les IgM anti-parvovirus B19 apparaissent généralement après deux ou trois jours d'infection aiguë et peuvent subsister pendant six mois. Les IgG anti-parvovirus B19 apparaissent quelques jours après les IgM et demeurent généralement présents à vie. Il n'y a pas de traitement ou de vaccin spécifiques. Dans sa directive clinique récemment mise à jour (2014d), la SOGC est d'avis que le dépistage de l'immunité au parvovirus B19 n'est pas systématiquement recommandé dans le cas des grossesses avec exposition à faible risque. Les femmes enceintes qui sont exposées au parvovirus B19, ou qui présentent des symptômes de cette infection, devraient faire l'objet par le médecin d'un test pour déterminer la présence des immunoglobulines G et M du parvovirus B19. Ce test vise à établir si elles sont vulnérables à l'infection, c'est-à-dire non immunisées, ou si elles présentent bel et bien une infection. Lorsque les résultats sont négatifs à la fois pour les immunoglobulines G et M et que la période d'incubation est terminée, cela signifie alors que la femme n'est pas immunisée et qu'elle n'a pas contracté l'infection. Même s'il convient de lui conseiller de minimiser le risque d'exposition au travail et à la maison, rien n'indique que le retrait du milieu de travail atténuerait le risque de transmission.

L'HERPÈS SIMPLEX DE TYPE 1 ET 2

Cette infection virale très prévalente au Québec est causée par le virus de l'herpès simplex (VHS-1 ou VHS-2) : on estime que plus de 20 % de la population en est atteinte (Lévesque et Lefebvre, 2011). L'infection à VHS est souvent asymptomatique : la grande majorité des personnes infectées par l'herpès génital ne le sait pas. Le risque de contracter une infection à VHS serait plus élevé durant la grossesse et les récurrences seraient plus fréquentes chez les femmes enceintes.

Il existe deux types de transmission du virus de la mère à son bébé : la transmission néonatale (acquisition de l'infection au moment de l'accouchement ou, peu après, par l'intermédiaire d'une exposition au virus se trouvant dans le tractus génital maternel) ou congénitale (très rare phénomène attribuable à l'acquisition foetale du VHS in utero, par passage transplacentaire). Le risque de transmission est variable. Il dépend du stade de l'infection (premier épisode ou récurrence) et de l'état immunitaire de la mère (La femme avait-elle déjà des anticorps résultant d'une exposition précédente ?). En effet, si le virus est actif au moment de l'accouchement, il peut être transmis au bébé. Par contre, ce risque est très faible lorsqu'une mère a été infectée avant sa grossesse, car ses anticorps sont transmis à son foetus, ce qui le protège au moment de l'accouchement. En revanche, le risque de transmission est élevé si la mère a contracté l'herpès génital durant sa grossesse, particulièrement pendant le dernier mois. D'une part, elle n'a pas le temps de transmettre d'anticorps protecteurs à son bébé, d'autre part, le risque que le virus soit actif au moment de l'accouchement est élevé. L'infection d'un nouveau-né par le virus de l'herpès peut avoir des conséquences graves, car le bébé n'a pas encore un système immunitaire très développé. Les manifestations possibles chez le nouveau-né infecté sont :

- Infection cutanée, oculaire ou buccale ;
- Maladie touchant le système nerveux central ;
- Maladie disséminée.

Il faut donc évaluer les antécédents d'herpès génital de façon précoce durant la grossesse, informer des risques de transmission et conseiller les mesures suivantes basées sur la directive clinique de la SOGC (2008) :

- Pour un couple composé d'une femme enceinte qui n'a jamais eu de crise d'herpès et de son conjoint porteur du VHS-1 ou 2 :
 - Abstinence recommandée pour contacts oraux/anogénitaux et anogénitaux/anogénitaux ;
 - Utilisation du condom ;
 - Dépistage sérologique spécifique en début de grossesse et répété entre la 32^e et la 34^e semaine de grossesse.
- Pour les femmes enceintes qui présentent des infections récurrentes :
 - Un traitement suppressif pourrait être envisagé dès la 36^e semaine pour réduire le risque de lésions et de transmission virale au moment de l'accouchement ;
 - Une césarienne devrait être recommandée si la femme souffre d'une récurrence au moment de l'accouchement.
- Pour les femmes enceintes qui présentent une infection génitale primaire au cours du troisième trimestre :
 - Offrir un counseling approprié et une césarienne.

D'autres maladies infectieuses peuvent présenter des risques pour la femme enceinte et son foetus. Certaines sont traitées dans la section suivante sur la vaccination et d'autres, dont les ITSS, seront traitées dans la section sur la prévention et le dépistage.

2. LA VACCINATION

« Se forger une carapace. » *Politique de périnatalité*

La *Loi sur les infirmières et les infirmiers* (LII) précise que l'infirmière peut « procéder à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la *Loi sur la santé publique* » [art. 36 (12°)]. Cette activité professionnelle vise la prévention et la protection de la santé. Qu'importe son lieu d'exercice, l'infirmière en périnatalité peut décider d'administrer, sans ordonnance et conformément aux recommandations du *Protocole d'immunisation du Québec* (PIQ), l'ensemble des produits immunisants (vaccins et immunoglobulines). Lorsque le PIQ l'exige, avant ou après la vaccination, l'infirmière peut effectuer des tests, par exemple le test cutané à la tuberculine, évaluer la réaction cutanée et l'interpréter, ou procéder à la recherche sérologique d'antigènes et d'anticorps et en assurer le suivi (OIQ, 2013). Une formation de base sur l'immunisation disponible en ligne sur le site Web de l'INSPQ s'adresse aux infirmières qui font leurs débuts dans la vaccination (www.inspq.qc.ca/e-formation-de-base-en-immunisation).

2.1 Le programme provincial de vaccination

Le calendrier de vaccination du Québec comprend les vaccins offerts gratuitement dans le cadre du Programme québécois d'immunisation. Ils sont recommandés à tous. D'autres vaccins peuvent être recommandés en raison de l'état de santé, des habitudes de vie, du travail, des activités ou d'un voyage. Avant d'administrer quelque vaccin que ce soit, l'infirmière procède à l'évaluation de santé requise, ce qui lui permet de poser un jugement sur le statut vaccinal et de formuler les recommandations qui en découlent. Elle se réfère aux dispositions du PIQ et respecte les conditions qui y sont énoncées relativement à l'organisation, l'approvisionnement, la surveillance et tout ce qui concerne l'activité clinique de vacciner. De plus, l'infirmière doit connaître les programmes de vaccination qui s'appliquent à sa clientèle, par exemple les enfants de 0 à 5 ans dans le cadre du suivi périodique préconisé dans l'*ABCdaire du suivi périodique de l'enfant de 0 à 5 ans* ; elle doit être au courant des diverses mises à jour et veiller à leur application. L'infirmière fait la promotion de la vaccination.

2.1.1 Les dispositions particulières pour l'infirmière travaillant dans le secteur privé

L'infirmière qui exerce dans une clinique médicale privée doit tenir compte du contexte particulier où elle pratique. Tout d'abord, il est essentiel qu'elle clarifie avec son employeur la portée des ententes applicables à cette activité clinique. Elle doit connaître et appliquer les modalités établies par la Direction régionale de santé publique (DRSP) pour se procurer les divers vaccins à administrer. Le PIQ prévoit en effet une procédure spéciale pour se procurer les produits immunisants offerts gratuitement à la population en vertu des programmes de vaccination. Ces modalités peuvent notamment porter sur les aspects suivants :

- L'inscription de l'infirmière comme vaccinatrice auprès de la DRSP ;
- La signature d'un contrat d'entente.

2.2

Immunisation contre certaines maladies infectieuses évitables par la vaccination

Le but de l'immunisation pendant la grossesse est de créer chez la femme enceinte un état d'immunité qui la protégera, de même que son fœtus, si elle est en contact avec un organisme infectieux. Certaines maladies sont particulièrement néfastes pour les femmes enceintes et leur bébé. Bon nombre de ces maladies peuvent être prévenues grâce à l'immunisation. L'immunité de la mère peut protéger son bébé pendant la grossesse et souvent au cours des six à douze premiers mois de la vie du bébé. Au moment de la planification de la grossesse et pendant celle-ci, les femmes consultent leur professionnel de la santé plus souvent qu'à tout autre moment de leur vie. C'est une bonne occasion pour l'infirmière d'évaluer le statut en matière d'immunisation et de recommander les vaccins pertinents. Comme la routine vaccinale de l'enfant est bien définie dans *l'ABCdaire du suivi périodique de l'enfant de 0 à 5 ans* et dans le PIQ, nous ne traiterons que des particularités pour la femme enceinte, que l'infirmière doit bien connaître pour contribuer au suivi de la grossesse, mais aussi dans les autres contextes où elle voit en consultation des femmes enceintes ou en âge de procréer. Sauf avis contraire, l'information clinique résumée ici provient de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) et du portail d'information périnatale de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), outil incontournable pour l'infirmière. En le consultant, elle y trouvera les conseils préventifs et anticipatoires pertinents.

LA GRIPPE

Les femmes qui présentent des complications de la grippe seraient davantage sujettes à des accouchements prématurés, des fausses couches et des morts fœtales. C'est la température corporelle élevée causée par la fièvre qui peut engendrer des risques de malformations plutôt que la grippe elle-même. La grossesse n'augmente pas le risque de contracter la grippe, mais les femmes enceintes, en raison de changements physiologiques et immunitaires, sont plus vulnérables aux complications de la grippe, particulièrement au troisième trimestre. L'incidence de la grippe chez la femme enceinte est comparable à celle de la population en général. En vue de prévenir la transmission au nouveau-né, elle suggère fortement le vaccin contre la grippe aux femmes dont la date d'accouchement ou les six premiers mois de vie de leur bébé chevauchent la période de la grippe saisonnière, ainsi qu'aux membres de la maisonnée et aux personnes qui seront en contact étroit avec le bébé (gardiennes, grands-parents, etc.). Grâce à cette mesure préventive, le nouveau-né acquiert une plus grande protection contre les risques de maladie et de décès liés à la grippe durant la première année de sa vie. Les nourrissons de moins de 6 mois ne peuvent pas recevoir le vaccin contre la grippe. D'après les observations faites sur plus de 2 000 fœtus exposés au vaccin de la grippe durant leur développement, le vaccin antigrippal présente plus d'avantages que de risques durant la grossesse (SOGC, 2009). Afin d'éviter le déclenchement d'une fausse couche, la vaccination peut être reportée au deuxième trimestre, sauf en présence d'un risque élevé de transmission.

LA VARICELLE

Une femme ayant déjà eu la varicelle est immunisée et ne risque pas de la contracter de nouveau pendant une grossesse. Par contre, une infection à la varicelle durant la grossesse est plus grave que chez une femme non enceinte et peut avoir des répercussions sur le développement du fœtus. En effet, bien que la plupart des bébés nés de mères ayant eu la varicelle durant leur grossesse soient en bonne santé, de 1 à 3 % de ces nouveau-nés présentent une ou plusieurs malformations congénitales attribuables à cette infection. Les risques de malformations sont plus élevés lorsque la varicelle est contractée durant le deuxième trimestre de la grossesse. Si la femme contracte la varicelle moins de cinq jours avant l'accouchement ou d'un à deux jours après l'accouchement, il y a une possibilité, relativement élevée que son bébé contracte aussi la varicelle. Cette varicelle congénitale peut avoir des complications importantes pour la santé du bébé. Le vaccin contre la varicelle ne doit pas être administré durant la grossesse, car il s'agit d'un virus vivant atténué. Dans le cas où la femme enceinte ne connaît pas son état d'immunisation, une analyse sanguine peut établir si elle a ou non des anticorps contre le virus de la varicelle. Il est d'usage que le vaccin RRO-Var (rougeole, rubéole, oreillons, varicelle) soit offert aux femmes après l'accouchement si elles n'ont pas déjà reçu les vaccins requis.

LA RUBÉOLE

Si une femme contracte la rubéole durant sa grossesse, le bébé pourrait être atteint du syndrome de la rubéole congénitale et manifester, à sa naissance, un ou plusieurs symptômes de cette maladie, dont des malformations congénitales. Le risque est essentiellement limité aux seize premières semaines de gestation. Le consensus actuel de pratique est de ne pas vacciner les femmes enceintes contre la rubéole. Idéalement, il faut attendre de un à trois mois après avoir reçu le vaccin contre la rubéole pour devenir enceinte. Le virus contenu dans le vaccin peut traverser la barrière placentaire et pourrait infecter le fœtus. Par contre, aucun cas important de rubéole congénitale n'a été observé dans des centaines de cas de vaccination non indiquée durant la grossesse. La vaccination non indiquée d'une femme enceinte ou d'une femme qui est devenue enceinte dans le mois suivant sa vaccination ne requiert pas d'interruption de grossesse.

LA COQUELUCHE

L'incidence de la coqueluche augmente dans le monde entier, y compris dans les pays industrialisés. Le fait d'avoir contracté l'infection ne protège pas à vie et la protection que donne le vaccin ne persiste que quelques années. En conséquence, l'agent pathogène continue de circuler. Chez la femme enceinte, la coqueluche ne présente pas de risque particulier, mais les quintes de toux peuvent être pénibles. Par contre, les jeunes nourrissons, chez qui l'évolution de la coqueluche peut être très grave, courrent un grand risque d'être infectés si la mère contracte la coqueluche dans les trois semaines précédant l'accouchement. Il existe donc un risque de transmission de la maladie de la mère au bébé, par voie respiratoire, au moment de la naissance. Un traitement antibiotique peut être prescrit avant l'accouchement pour réduire ce risque de transmission.

Afin de mieux protéger la population qui n'a été que partiellement vaccinée ou pas du tout en bas âge, plusieurs mesures ont été prises ces dernières années, à savoir la vaccination de rappel des adolescents et l'administration d'une dose du vaccin dcaT si la personne n'a pas déjà reçu ce vaccin à l'âge adulte (18 ans ou plus). Il faut promouvoir le vaccin contre la coqueluche particulièrement chez les adultes, de tout âge, qui sont en contact ou qui prévoient être en contact avec des nourrissons (p. ex., parents, grands-parents). L'Agence de la santé publique du Canada (2006) recommande de vacciner à 26 semaines de grossesse, ou plus tard, les femmes qui n'ont pas déjà été vaccinées à l'âge adulte. Pendant les éclosions de coqueluche, on devrait également envisager la vaccination de toutes les femmes enceintes d'au moins 26 semaines. Précisons que l'immunisation ne doit pas être administrée à un moment proche de l'accouchement étant donné que le délai pourrait être insuffisant pour le transfert optimal des anticorps et la protection directe du bébé contre la coqueluche. Le vaccin peut également être administré pendant l'allaitement.

VACCINATION ET ALLAITEMENT

Il n'y a pas de contre-indications à la vaccination durant l'allaitement lorsqu'il s'agit d'un vaccin inactivé. De même, les vaccins vivants atténués de la rubéole et de la varicelle peuvent aussi être donnés à la mère qui allait. Bien qu'ils puissent être excrétés dans le lait maternel et transmis à l'enfant, les vaccins n'infectent généralement pas le nourrisson.

Standard

3

LES SERVICES PRÉVENTIFS ET LES DÉPISTAGES

L’INFIRMIÈRE PROCÈDE AU DÉPISTAGE DES PROBLÈMES DE SANTÉ ET DES SITUATIONS À RISQUE ET EN ASSURE LE SUIVI EN PLUS DE RENFORCER LES FACTEURS DE PROTECTION CONTRE DE TELS PROBLÈMES OU DE TELLES SITUATIONS.

L’infirmière offre des services préventifs et de protection de la santé en appliquant des stratégies de dépistage et des moyens de renforcement des facteurs de protection. Elle informe et accompagne les parents dans la prise de décision éclairée concernant leur participation aux différents programmes de dépistage prénatal. L’infirmière profite de toutes les occasions pour dépister et évaluer les situations à risque chez la clientèle visée en vue de sensibiliser et d’orienter les parents vers les ressources requises au besoin. Les services préventifs et de dépistage jugés prioritaires sont le dépistage prénatal, le dépistage des ITSS, le dépistage des situations à risque et de la dépression post-partum. De plus, l’infirmière sensibilise les familles en vue de renforcer les facteurs de protection, par exemple sur des sujets comme la bonne santé mentale, le programme de maternité sans danger, la prise d’acide folique et l’allaitements maternel.

1. LE DÉPISTAGE PRÉNATAL ET POSTNATAL

L’infirmière informe les futurs parents sur les modalités de dépistage prénatal et postnatal et les accompagne dans les divers processus.

Les plus récentes découvertes scientifiques permettent l’identification génétique d’un nombre croissant de maladies. La pratique actuelle en génétique médicale prénatale s’intéresse principalement aux maladies monogéniques telles que la fibrose kystique ou la maladie de Huntington, c’est-à-dire des maladies dont l’apparition est provoquée par l’anomalie d’un seul gène qui se transmet d’une génération à l’autre selon des modes connus. Les services de dépistage des maladies monogéniques sont généralement offerts aux personnes qui ont des antécédents familiaux de maladies génétiques.

De plus, depuis des dizaines d’années au Québec, les femmes enceintes âgées de 40 ans ou plus peuvent choisir de subir une amniocentèse au deuxième trimestre de leur grossesse pour diagnostiquer le syndrome de Down ou d’autres maladies. Le syndrome de Down ou trisomie 21 est la plus commune des anomalies chromosomiques viables. Il s’accompagne dans tous les cas d’un certain degré de déficience intellectuelle. L’incidence augmente avec l’âge de la mère, graduellement jusqu’à l’âge de 35 ans, et très rapidement par la suite. Plus récemment, des techniques moins invasives de dépistage ont été mises au point (dosages sanguins et signes échographiques) qui permettent aux femmes enceintes, quel que soit leur âge, de connaître leurs risques statistiques de donner naissance à un enfant atteint de certaines anomalies chromosomiques, dont la trisomie 21. D’autres tests sont pratiqués dans le secteur privé. Lorsque le dépistage indique un risque élevé, des examens supplémentaires (amniocentèse ou autres) sont proposés pour préciser le diagnostic. Ces techniques comportent toutefois des enjeux éthiques liés à la décision de poursuivre ou d’interrompre la grossesse que les couples peuvent être amenés à prendre.

Il existe différents types de dépistage prénatal. Le type de tests dépendra de l’âge gestationnel au moment de la consultation. Plus tôt la femme consulte, plus il y a d’options disponibles. L’âge de la femme, ses antécédents génétiques ainsi que ceux de son conjoint, ses antécédents médicaux ou une grossesse multiple sont également des facteurs qu’il faut prendre en considération.

Le dépistage prénatal comprend au moins un des tests suivants (SOGC, 2012b) :

- La mesure de la clarté nucale prise au cours d'une échographie entre les 11^e 3/7 et 13^e 6/7 semaines de grossesse ;
- Un prélèvement sanguin entre les 10^e 0/7 et 13^e 6/7 semaines de grossesse ;
- Un prélèvement sanguin entre les 15^e et 20^e semaines de grossesse.

La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada a récemment recommandé que les Canadiennes enceintes de tout âge puissent avoir accès, par l'intermédiaire d'un processus de consentement éclairé, à un test de dépistage prénatal des aneuploïdies fœtales (SOGC, 2012b). Actuellement, la plupart des provinces canadiennes offrent un programme public de dépistage non invasif du syndrome de Down. Au Québec, le Programme québécois de dépistage prénatal de la trisomie 21 (PQDPT21) est gratuit et est offert dans plusieurs régions (MSSS, 2011).

Cette initiative vise à assurer l'accessibilité de ces services aux femmes qui souhaitent avoir recours au dépistage prénatal du syndrome de Down, après avoir reçu une information complète et non directive et signé un formulaire de consentement. Une formation en ligne gratuite est disponible pour les professionnels de la santé (<http://formation-depistage-prenatal.teluq.ca>).

Même si la femme et sa famille choisissent de ne pas subir de dépistage prénatal, les spécialistes canadiens recommandent que toutes les femmes passent une échographie au cours de la grossesse. Elle sert à confirmer la date prévue d'accouchement, à vérifier le développement normal du fœtus et à voir s'il y en a plus d'un. Certaines anomalies telles que la fente labiale, une malformation cardiaque ou une anomalie du tube neural peuvent être détectées pendant l'échographie. La majorité des femmes au Québec subit au moins deux échographies, une au premier trimestre et l'autre entre la 18^e et la 23^e semaine de grossesse.

Il pourrait également être recommandé de subir une échographie à d'autres moments au cours de la grossesse pour diverses raisons, par exemple :

- La détermination de la présentation du fœtus (céphalique ou siège) ;
- La position du placenta avant l'accouchement (prævia, marginé, bas inséré) ;
- L'estimation du volume de liquide amniotique ;
- L'évaluation de la croissance et du bien-être du fœtus ;
- Le dépistage des signes d'un possible problème génétique, malformatif ou infectieux.

L'infirmière en suivi de la grossesse joue un rôle d'accompagnement important auprès de la femme et sa famille dans la décision de subir un test de dépistage prénatal. Elle peut contribuer aux réflexions des parents en posant les questions suivantes :

- Si vous obteniez des résultats « positifs » au test de dépistage, voudriez-vous subir d'autres tests ?
- Savez-vous qu'il peut y avoir des marges d'erreur dans les résultats des tests ?
- Voudriez-vous savoir si votre bébé présente une anomalie chromosomique ou une anomalie de la moelle épinière ?
- Si le test diagnostique indiquait que votre bébé présente une maladie grave, la connaissance de ces résultats vous aiderait-elle à prendre des décisions ?
 - Poursuivriez-vous votre grossesse ? Y mettriez-vous fin ? Donneriez-vous le bébé en adoption ?
 - Aimeriez-vous disposer de ces renseignements pour vous préparer à la naissance d'un bébé qui pourrait nécessiter des soins particuliers ?
 - Connaissez-vous les examens supplémentaires qui vous seraient proposés, les risques et les avantages de ces examens ainsi que les délais pour y avoir accès (p. ex., l'amniocentèse) ?

- Si les résultats du test de dépistage sont positifs, en quoi ces renseignements influenceront-ils vos états d'âme pendant votre grossesse ? Vous causeraient-ils trop d'inquiétudes ?
- Que connaissez-vous de la trisomie 21 et des autres syndromes recherchés au cours d'un dépistage prénatal ?
- Vous sentez-vous en mesure de faire un choix ÉCLAIRÉ au moyen de l'information reçue ?
- Avez-vous besoin de ressources ou d'information supplémentaire pour prendre une décision au sujet du dépistage prénatal ?

Les conseillers en génétique répondent aux besoins d'information et d'accompagnement des futurs parents placés devant les choix complexes du dépistage et du diagnostic prénatals. Les parents ont besoin d'information et de soutien pour prendre une décision libre et éclairée sur les options qui leur sont proposées, quelle que soit la raison motivant le recours à ces options, quelle que soit l'étape où ils sont rendus dans le continuum de services en génétique et quelles que soient leurs valeurs ou leurs décisions antérieures. Les conseillers en génétique travaillent généralement dans une clinique relevant d'un établissement public ou privé du secteur de la santé, et en collaboration avec des généticiens et d'autres médecins spécialistes. Ils sont une source d'information pour les professionnels de la santé et le grand public.

L'infirmière intervient également lors du dépistage postnatal du bébé qui vise à déceler des maladies peu fréquentes requérant un suivi ou des traitements immédiats, car elles peuvent avoir des conséquences importantes pour la santé d'un enfant. En effet, les maladies dépistées exigent souvent de commencer des traitements avant même que les symptômes de la maladie apparaissent. C'est pourquoi on propose le dépistage dès les premiers jours de vie. Ce sont habituellement les infirmières des hôpitaux qui amorcent ces dépistages. *L'ABCdaire du suivi périodique de l'enfant de 0 à 5 ans* contient l'information pertinente pour que l'infirmière en soins de proximité puisse faire un rappel aux familles pour le dépistage urinaire à 21 jours de vie, par exemple.

L'infirmière peut initier des examens de laboratoire et des tests diagnostiques, ainsi que le PQDPT21 et d'autres dépistages, selon une ordonnance individuelle ou collective.

2. LE DÉPISTAGE DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG

Il est recommandé à toutes les femmes enceintes de passer les tests de dépistage du VIH, de l'hépatite B, de la syphilis, de la chlamydia et de la gonorrhée parce que ces maladies présentent des risques pour la mère et le fœtus et qu'il existe des traitements très efficaces pour réduire le risque de transmission de ces infections à l'enfant. Il est donc possible, par un dépistage précoce et un traitement adéquat, de réduire la menace que constituent certaines ITSS tant pour la femme et son partenaire que pour l'enfant à qui elle pourrait transmettre une infection (MSSS, 2008c). Un bilan prénatal comprenant le dépistage des ITSS doit donc être systématiquement offert par le professionnel de la santé (MSSS, 2014a). Les facteurs de risque liés aux habitudes sexuelles viendront par la suite influencer la fréquence des dépistages des ITSS pendant la grossesse. Le test de dépistage du VIH fait partie d'un bilan prénatal complet, au même titre que les tests de dépistage de l'hépatite B, de la syphilis, de la chlamydia et de la gonorrhée. Environ 0,2 % des femmes enceintes (2 femmes sur 1 000) sont séropositives au VIH. De ce nombre, près du tiers, soit une femme sur trois, aura transmis le virus à son enfant avant la naissance si l'on n'offre aucun traitement. Le virus peut être transmis de la mère à l'enfant par le placenta dès huit semaines de grossesse. De plus, une mère séropositive peut transmettre le virus à son enfant pendant l'échange de liquides organiques qui se produit au cours de l'accouchement. Il est possible de réduire de façon considérable la transmission du VIH de la mère à l'enfant par la prise de médicaments tels que les antirétroviraux. En l'absence d'indication obstétricale, l'accouchement le plus sécuritaire (voie vaginale ou césarienne) pour l'enfant à naître dépend principalement de la charge virale pendant la grossesse. En effet, lorsque le traitement est optimal, le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant est d'environ 0,20 % (MSSS, 2012a).

En vertu de la LII, l'infirmière peut procéder au dépistage des ITSS dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la *Loi sur la santé publique* (OIQ, 2013). L'activité de dépistage des ITSS consiste à déceler une infection chez une personne asymptomatique. Ainsi, l'infirmière procède aux prélèvements chez une femme enceinte asymptomatique et demande des analyses de biologie médicale. L'infirmière doit se conformer aux directives énoncées dans le protocole provincial *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang* (MSSS, 2014a), notamment pour l'identification des risques et les recommandations quant aux périodes ciblées des dépistages, dont la répétition de certains dépistages à la 28^e semaine de grossesse et autour de l'accouchement. Lorsqu'elle reçoit des résultats positifs, l'infirmière dirige la femme enceinte vers le médecin, sauf dans le cas de la gonorrhée ou de la chlamydia que l'infirmière peut traiter conformément au *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier*.

Le gouvernement rend disponible des documents pour outiller les professionnels de la santé et pour aider la femme et son conjoint à prendre une décision éclairée par rapport au choix de faire ces tests (www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/itss) :

- *Enceinte ou vous pensez le devenir... et les infections transmissibles sexuellement et par le sang ?*
- *Que doit savoir une femme enceinte à propos des tests de dépistage du VIH et des autres ITSS ?*
- *Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse.*

Une ressource peut également être utile pour l'orientation éventuelle du suivi de la grossesse ou pour répondre aux questions sur l'infection par le VIH : le Centre maternel et infantile sur le sida du CHU Sainte-Justine. Le MSSS (2012a) précise qu'il est très important d'avoir une preuve, dans le dossier médical, que le test de dépistage du VIH a bel et bien été passé ou refusé. Même si une femme dit avoir déjà passé ce test, la bonne pratique est de le lui faire repasser si le résultat ne se trouve pas dans son dossier médical.

3. LE DÉPISTAGE DES SITUATIONS DE VULNÉRABILITÉ

Plusieurs enfants naissent et grandissent au sein de familles vulnérables dans lesquelles ils sont plus exposés à la maladie et à d'autres difficultés en raison de plusieurs facteurs. En effet, certaines caractéristiques des parents principalement la pauvreté, la sous-scolarisation, le jeune âge, la monoparentalité et l'isolement social sont associées à un risque accru d'avoir un enfant présentant des problèmes de santé physique à la naissance (MSSS, 2008c). Ces parents sont également plus susceptibles d'éprouver des difficultés à éduquer leur jeune enfant et à lui fournir les soins essentiels. Souvent, plusieurs de ces caractéristiques sont présentes simultanément. Or, c'est surtout le cumul des facteurs de risque menaçant la santé, la sécurité et le développement de l'enfant qui le met à risque d'abus et de négligence. C'est ce même cumul de facteurs de risque qui menace également l'intégrité de la femme enceinte et la met à risque de subir de la violence conjugale. D'ailleurs, la période périnatale constitue une période difficile pour le couple et il arrive que des manifestations de violence fassent leur apparition durant cette période, ou s'intensifient si elles étaient déjà présentes avant la grossesse. Selon le MSSS (2010), 18 % des femmes maltraitées durant la grossesse font une fausse couche ou subissent d'autres traumatismes internes à la suite d'actes de violence.

L'accès limité aux biens et aux services essentiels, soit le logement, l'alimentation et les vêtements, les tensions qu'entraînent la gestion d'un budget limité et précaire, un accès restreint à l'éducation et à la culture créent, chez les familles défavorisées sur le plan socioéconomique, un contexte peu favorable à leur santé et à leur développement (MSSS, 2008c). L'infirmière doit donc être à l'affût des situations à risque. Elle fait systématiquement l'évaluation des indices de violence, d'abus ou de négligence et utilise des outils de dépistage lorsque les premiers indices laissent entrevoir la présence de violence. Elle sait reconnaître de façon précoce les signes d'abus, de négligence ou de violence et, le cas échéant, dirige la famille vers la bonne ressource, par exemple les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Dans certaines situations, l'infirmière doit prendre les mesures appropriées pour protéger le jeune enfant contre toute forme de négligence, de cruauté, d'exploitation ou d'abus (MSSS, 2008a, 2008b). En pareil cas, elle applique les procédures adoptées par l'établissement, notamment pour signaler de telles situations à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ).

4.

LA DÉPRESSION POST-PARTUM ET LA SANTÉ MENTALE

Bien que nous ne connaissons pas encore les meilleurs moyens de prévenir la dépression post-partum, on peut penser que la réduction des facteurs de risque psychosociaux durant la grossesse et un soutien postnatal adéquat constituent de bonnes pistes d'action (MSSS, 2008c). L'infirmière, qui assure le suivi de la grossesse et évalue la nouvelle accouchée, dépiste par le fait même les facteurs de risque de cette femme. Elle est ainsi en mesure d'offrir un soutien personnalisé aux femmes à risque, et de renforcer, chez toutes les femmes, les facteurs de protection en les sensibilisant à l'importance d'un soutien social fort et en les renseignant sur le fait que beaucoup de femmes montrent des signes de détresse ou de troubles mentaux dans les semaines suivant l'accouchement. L'Association canadienne pour la santé mentale estime que de 50 à 80 % des mères sont atteintes du syndrome du troisième jour (baby-blues) et que de 3 à 20 % des mères souffrent de dépression post-partum (MSSS, 2008c). La détection précoce des symptômes permet d'administrer un traitement rapidement, ce qui réduit grandement les effets négatifs de la dépression, voire sa chronicisation potentielle. L'organisation actuelle des services ne facilite pas toujours le contact avec la nouvelle mère dans les périodes cruciales où les symptômes surviennent généralement, soit de quatre à six semaines après l'accouchement. La dépression post-partum peut avoir des conséquences négatives à long terme tant pour la mère que pour l'enfant, le conjoint et le couple. L'infirmière se doit donc d'informer les proches, y compris le père, des éléments à surveiller. Elle doit profiter de toutes les occasions pour dépister de façon systématique les manifestations de la dépression post-partum à l'aide d'un outil validé, l'échelle d'Édimbourg, dont l'usage est facile et rapide. Par la suite, elle pourra diriger la mère vers le médecin pour l'évaluation du trouble mental, le cas échéant. Le suivi de la grossesse, l'évaluation de la nouvelle accouchée, le suivi périodique de l'enfant de 0 à 5 ans et la vaccination sont des occasions propices de s'enquérir des préoccupations parentales et de procéder au dépistage de la dépression post-partum chez la mère. De plus, comme la période périnatale est caractérisée par une grande labilité émotionnelle qui peut favoriser l'apparition de troubles mentaux autres que la dépression post-partum, l'évaluation de l'état mental de la femme et la surveillance clinique qui en découle sont indissociables des activités professionnelles de l'infirmière en périnatalité. De plus, selon Lacombe, Dubé et de Montigny (2009), l'évaluation de l'état psychologique du père fait partie des préoccupations de l'infirmière, particulièrement si ce dernier est anxieux, stressé ou présente des symptômes dépressifs. La dépression postnatale chez le père peut également être dépistée au moyen de l'échelle d'Édimbourg dans le continuum des soins de l'infirmière en périnatalité.

5.

LA PRISE D'ACIDE FOLIQUE

L'acide folique, également connu sous le nom de folate ou de vitamine B9, est une vitamine qui aide à faire croître et à protéger les cellules de l'organisme. Les cellules qui se développent et se multiplient rapidement ont besoin d'acide folique. Ce phénomène a lieu pendant la grossesse lorsque l'utérus prend de l'expansion, que le placenta grossit, qu'une quantité de sang plus élevée circule dans l'organisme et que le fœtus se développe. Tous ces aspects font en sorte que l'acide folique est important pour une grossesse saine. Des habitudes alimentaires saines et un apport approprié de vitamines et de minéraux, y compris d'acide folique, avant la conception et pendant la grossesse, aident à diminuer le risque d'anomalies congénitales (SOGC, 2015). L'acide folique atténue le risque d'anomalies congénitales telles que les anomalies du tube neural (ATN), du cœur, des membres, des voies urinaires, du tube digestif inférieur et des fissures labiopalatines. Au début de la grossesse, l'acide folique joue un rôle important dans le développement précoce du tube neural du fœtus. Les ATN résultent d'un défaut de fermeture du tube neural. Au nombre de ces anomalies, il y a le spina bifida occulta (la colonne vertébrale est recouverte), l'anencéphalie (absence d'une partie du cerveau), la méningocèle (protrusion d'une partie des méninges hors de la colonne vertébrale) et l'encéphalocèle (une partie du cerveau se développe hors de la boîte crânienne).

S'assurer d'ingérer quotidiennement de l'acide folique en quantité suffisante constitue un défi. C'est pourquoi les spécialistes canadiens recommandent à la mère de prendre des multivitamines contenant de l'acide folique pour obtenir la quantité nécessaire pour elle et son bébé. D'ailleurs, puisque l'acide folique est si important au début d'une grossesse, il est recommandé de commencer à prendre des multivitamines contenant de l'acide folique en période préconceptionnelle, idéalement trois mois avant la grossesse, et de continuer à en prendre tout au long de la grossesse (Santé Canada, 2009), puis pendant au moins quatre à six semaines après l'accouchement, et même pendant l'allaitement (SOGC, 2015). Selon certains facteurs de risques, les doses recommandées en acide folique sont variables.

Les femmes qui prennent des multivitamines contenant de l'acide folique selon les recommandations et qui s'alimentent de façon équilibrée en suivant le *Guide alimentaire canadien* n'ingéreront pas de doses excessives d'acide folique. La quantité excédentaire sera éliminée par les voies urinaires. Toutefois, la consommation de doses de vitamines supérieures à celles qui sont recommandées peut être néfaste.

Au Québec, l'infirmière peut prescrire des multivitamines contenant de l'acide folique à la femme enceinte en conformité avec le *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier*. L'infirmière doit informer la femme de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée et de lire l'étiquette sur le contenant des vitamines lorsqu'elles sont achetées ailleurs qu'à la pharmacie de manière à les compléter par des comprimés d'acide folique, au besoin. Il est recommandé également de choisir des multivitamines contenant de la vitamine A sous forme de bêta-carotène, plutôt que de rétinol, puisqu'un apport excessif en rétinol peut causer des anomalies congénitales. Pour la prescription de multivitamines contenant de l'acide folique, l'infirmière consulte la *Directive clinique à l'intention de l'infirmière autorisée à prescrire un supplément vitaminique et de l'acide folique en périnatalité* en annexe E. Il est important de ne pas perdre de vue que l'apport en acide folique devrait être effectué selon la posologie efficace et sûre la moins élevée. Toutefois, compte tenu des difficultés pour assurer la posologie recommandée en fonction du mode de distribution des produits (ordonnance, vente libre, couvert par les assurances) et compte tenu des problèmes d'assiduité quant à la prise quotidienne de multiples comprimés oraux, la mise en œuvre d'un schéma posologique simplifié pourrait être envisagée selon la SOGC (2015). C'est cette option que l'OIIQ a préconisée dans sa directive clinique en annexe.

6. L'ALLAITEMENT

Le meilleur aliment pour le nourrisson et une priorité pour les infirmières.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'UNICEF, Santé Canada et plusieurs autres organismes nationaux et internationaux recommandent un allaitement exclusif pendant les six premiers mois de vie du nourrisson. Les bienfaits de l'allaitement, tant pour la santé du nourrisson que pour celle de la mère, sont liés à sa durée ainsi qu'à son exclusivité. Ils recommandent donc également de poursuivre l'allaitement, en y ajoutant les aliments complémentaires appropriés, jusqu'à l'âge de 2 ans, et ensuite aussi longtemps que la mère et l'enfant le désirent. Le lait maternel constitue pour le nourrisson un aliment idéal pour sa croissance et son développement et répond, pendant les six premiers mois, à tous ses besoins nutritionnels. Les recherches montrent les nombreux avantages du lait maternel : il protège l'enfant contre les infections gastro-intestinales et respiratoires ; il réduit le risque d'otite moyenne ; il aurait un effet protecteur contre les allergies chez le bébé à risque en raison de ses antécédents familiaux ; il pourrait aussi protéger contre la mort subite du nourrisson ainsi que contre le diabète.

Au Québec, les lignes directrices ministérielles en matière d'allaitement vont dans le même sens que celles de l'OMS et de l'UNICEF. Pourtant, le taux d'allaitement au Québec, tant au moment de l'initiation que de la poursuite exclusive au-delà du premier mois de vie du bébé, reste plus bas que dans le reste du Canada (Institut de la statistique du Québec, 2011). L'allaitement exclusif signifie que le bébé ne reçoit que du lait humain (au sein ou prélevé du sein). Les vitamines, les minéraux et la majorité des médicaments n'interfèrent pas avec le caractère exclusif de l'allaitement. Le bébé n'est plus considéré comme exclusivement allaité dès qu'il consomme d'autres liquides (lait de vache, de chèvre, de soya, préparations commerciales pour nourrissons, eau, jus, tisane) ou des aliments. L'allaitement et le geste d'allaiter (contact peau à peau, portage) permettent non seulement de répondre à ses besoins de nutrition, mais aussi à ses besoins de proximité, de chaleur et de sécurité (Santerre et Fortin, 2011).

Le lait maternel est constitué de plus de 200 éléments qui agissent en synergie et qui se modifient constamment en fonction de l'âge et des besoins particuliers du bébé. Plus précisément, le lait maternel contient tous les éléments nécessaires pour :

- Répondre aux besoins nutritifs du bébé (p. ex., lactose comme carburant pour le cerveau, acides gras à longue chaîne pour le développement des neurones et de la vision, etc.) ;
- Fournir une protection immunitaire au bébé : le nourrisson naît avec un système immunitaire immature qui ne peut fabriquer certains anticorps avant plusieurs mois. Le lait maternel contient des anticorps, des globules blancs et d'autres éléments bioactifs qui tapissent les muqueuses intestinales et respiratoires du bébé et l'aident à lutter contre les infections. Cette protection immunitaire se poursuit pendant toute la durée de l'allaitement.

Certains facteurs peuvent interagir pour faciliter l'allaitement ou, à l'inverse, pour le rendre difficile. L'infirmière doit connaître ces facteurs dans le but de planifier des interventions ciblées pour favoriser l'allaitement chez la femme selon ses caractéristiques et facteurs d'influence propres. L'infirmière pourra consulter le portail d'information périnatale de l'INSPQ pour connaître ces facteurs d'influence.

Depuis plusieurs années, l'OIIQ estime que l'allaitement maternel doit être une priorité pour les infirmières sur les plans de la promotion, de l'intervention, de l'éducation et du soutien. Dans cette perspective, l'OIIQ encourage toutes les infirmières à promouvoir, à protéger et à soutenir l'allaitement maternel selon les recommandations présentées ci-dessus. L'infirmière doit se servir de sa position privilégiée afin d'influencer les politiques des établissements de santé et les attitudes de la communauté en vue de promouvoir l'allaitement. Pendant la période périnatale, le rôle de l'infirmière en ce qui concerne l'allaitement est de :

- Recommander l'allaitement aux futurs parents ;
- Fournir une information exacte et crédible sur le plan scientifique afin de leur permettre de prendre une décision éclairée en fonction de leur situation ;
- Être réceptive et respectueuse de la situation et du vécu de chaque famille ;
- Offrir un soutien, particulièrement au début de l'allaitement, puisque l'abandon est élevé pendant le premier mois.

Il est donc important que l'infirmière prépare les futurs parents à l'allaitement et leur présente, de façon réaliste, les difficultés possibles en début d'allaitement et les moyens de les surmonter. Pour plus de renseignements sur l'apprentissage de l'allaitement ainsi que sur les difficultés d'allaitement et leurs solutions, l'infirmière peut suggérer à la femme et à son conjoint le guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans*. On y trouve notamment de l'information sur différents moyens pour favoriser un bon démarrage de l'allaitement, tels que le contact peau à peau à la naissance, une première tétée dans l'heure qui suit la naissance, la cohabitation jour et nuit avec le bébé, l'allaitement à la demande, les positions confortables et la prise du sein. L'infirmière doit connaître également les ressources spécialisées en allaitement pour pouvoir orienter rapidement la femme lorsque la situation nécessite l'intervention d'une deuxième ligne.

7. LA FEMME ENCEINTE AU TRAVAIL

La femme peut-elle travailler pendant sa grossesse ? Jusqu'à quand peut-elle travailler ? La réponse dépend de la santé de la femme, de la santé du bébé et du type d'emploi que la femme occupe. L'infirmière doit être au courant des programmes existants et pouvoir orienter la femme enceinte vers les structures d'évaluation de la tâche et des risques par des professionnels habilités. Il faut noter que les équipes de santé et de sécurité au travail et les recommandations peuvent être différentes selon les régions et les programmes.

La plupart des emplois ne posent habituellement pas de risques de santé pour la femme qui vit une grossesse normale sans complications ou pour son bébé à naître. Cependant, certains emplois pourraient comporter des facteurs de risque qui sont en général regroupés en six grandes catégories :

- Risques liés à l'organisation du travail ;
- Risques liés aux contraintes ergonomiques ;
- Risques chimiques ;
- Risques biologiques ;
- Risques physiques ;
- Risques pour la sécurité et risques psychosociaux (agression, violence).

L'infirmière peut dépister les situations à risque et, de concert avec le médecin traitant, elle accompagne la femme dans ses démarches et peut notamment remplir le Certificat visant le retrait préventif et l'affectation de la travailleuse enceinte ou qui allaité. Une évaluation sera ensuite faite par le médecin de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) et des recommandations seront émises. L'employeur pourrait également avoir instauré des politiques pour protéger les femmes enceintes. Pour en savoir davantage sur les types de danger en milieu de travail et à la maison, l'infirmière peut consulter ou diriger sa patiente vers les sites Web de la CSST, l'INSPQ, la SGOC, ainsi que vers le site MOTHERISK (www.motherisk.org).

Le Québec est la seule province qui dispose d'un programme de prestations financières à l'intention des femmes dont la grossesse est normale, mais dont le travail ou le milieu de travail pose un risque pour elles ou pour leur fœtus, dans le cas où l'employeur ne peut pas les réaffecter temporairement à des postes sans danger. Il faut néanmoins distinguer retrait préventif, congé de maladie, assurance-salaire collective, assurance personnelle ou autre. Dans le suivi conjoint de la grossesse, l'infirmière ne peut autoriser un congé de maladie à la femme enceinte ni un retrait préventif.

8. LA CONTRACEPTION

La contraception fait partie des préoccupations de l'infirmière tout au long du continuum de soins en périnatalité. L'activité professionnelle de prescription de la contraception s'inscrit en continuité avec les activités qui sont réservées aux infirmières, notamment en matière d'évaluation de la condition physique et mentale, de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), de surveillance et de suivi de la situation clinique. Ainsi, l'infirmière autorisée à prescrire la contraception hormonale, le stérilet ou la contraception orale d'urgence en conformité avec le *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier* le fera sur la base de ses activités professionnelles en s'assurant que la prescription réponde le mieux aux besoins de la patiente, assurera le suivi requis par la situation clinique, et ce, en mettant à profit la collaboration interprofessionnelle. Pour ce faire, l'infirmière consulte le guide explicatif conjoint de l'OIHQ et du Collège des médecins du Québec, *Activités infirmières de prescription visées par le Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier, pris en application de la Loi médicale*, et se conforme au Protocole de contraception du Québec qui y est associé.



Chapitre 5

Standards relatifs aux activités liées au maintien et au rétablissement de la santé

L'infirmière assure le maintien et le rétablissement de la santé. Elle fait la planification des soins infirmiers à la suite de son évaluation de la situation et des besoins. Elle élaboré le plan de soins infirmiers et détermine les activités de soins, les coordonne et en assure la continuité. L'infirmière procède aux examens périodiques et elle assure la surveillance clinique de la clientèle. Elle évalue la croissance, le stade de développement et établit les écarts en tenant compte des recommandations courantes et des lignes directrices pertinentes. En collaboration avec les autres professionnels de la santé, elle assure les suivis conjoints ou oriente la clientèle selon les besoins. La collaboration interprofessionnelle est donc au cœur de ses activités professionnelles de maintien et de rétablissement de la santé. L'infirmière qui contribue au suivi des femmes enceintes, qui évalue la nouvelle accouchée et le nouveau-né, et qui assure le suivi périodique de l'enfant en bonne santé de 0 à 5 ans doit connaître l'offre de service en périnatalité pour être en mesure de mieux coordonner les soins et, au besoin, pour diriger, au bon endroit, au bon professionnel et au bon moment.

Trois standards concernent les activités liées au maintien et au rétablissement de la santé :

Standard 4	La prise en charge globale, la coordination et la continuité des soins
Standard 5	La gestion des problèmes de santé courants ou ponctuels
Standard 6	La pratique de collaboration

Standard **4**

LA PRISE EN CHARGE GLOBALE, LA COORDINATION ET LA CONTINUITÉ DES SOINS

L'INFIRMIÈRE PREND EN CHARGE LES SUIVIS EN PÉRINATALITÉ OU Y CONTRIBUE DANS LE CAS DE LA GROSSESSE. ELLE ÉVALUE LES BESOINS, DÉTERMINE LES ACTIVITÉS DE SOINS, LES COORDONNE ET EN ASSURE LA CONTINUITÉ.

1. LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES DE L'INFIRMIÈRE LIÉES À LA PRISE EN CHARGE GLOBALE, LA COORDINATION ET LA CONTINUITÉ DES SOINS EN PÉRIODE PRÉNATALE ET POSTNATALE (MÈRE ET SON NOUVEAU-NÉ)

L'infirmière fait l'évaluation de l'état de santé physique et mentale de la femme enceinte et en assure la surveillance en déterminant les écarts entre ce qui est normal et ce qui ne l'est pas. L'évaluation et la surveillance du développement fœtal sont indissociables de l'évaluation et de la surveillance maternelle (OIIQ, 2013). De même, l'évaluation et la surveillance de la nouvelle accouchée englobent les activités professionnelles de l'infirmière auprès du nouveau-né. Par suite de son évaluation, l'infirmière planifie les soins, élabore des interventions, coordonne les soins avec les autres intervenants et les différents services et en assure la continuité.

1.1 L'évaluation de santé et la surveillance clinique de la femme enceinte

L'infirmière peut procéder à l'évaluation des demandes de prise en charge des femmes enceintes et à la priorisation de ces dernières selon une première évaluation téléphonique, par exemple. Elle profite de cette occasion pour rappeler les facteurs de protection, les bonnes habitudes à adopter et pour dépister les situations à risque. Elle pourra aussi convenir avec la femme des modalités de transmission de la demande d'échographie de datation et toute autre prescription au besoin. Le tableau 4 présente les éléments pertinents de cette évaluation initiale brève.

TABLEAU 4

ÉVALUATION BRÈVE DE LA FEMME ENCEINTE

Date des dernières menstruations (fiable ou pas)

Cycle : _____ jours

Régulier ou irrégulier

Date prévue d'accouchement (selon date) / Date prévue d'accouchement (selon écho) :

Gravida _____ Para _____ Avorta _____

Grossesse : _____ semaines

Dépistage prénatal : PQDPT21 (remise du dépliant)

Autre : _____

Échographie de datation : _____

Clarté nucale : _____

Multivitamines prénatales : Oui Non Nom commercial : _____

Acide folique 1 mg : Oui Non

Antécédents, acide folique 5 mg : _____

Nausées et vomissements : Oui Non

Doxylamine/pyridoxine : Oui Non

Retrait préventif : Oui Non

Occupation : _____

Médicaments : _____

ATCD obstétricaux : _____

ATCD médicaux : _____

Alimentation : Adéquate Inadéquate

Tabac : Oui Non

Alcool : Oui Non

Drogue : Oui Non

Seuil de faible revenu / Indice de vulnérabilité : _____

Autres préoccupations : _____

Facteurs de risque et orientation du suivi : _____

L'infirmière procède également à la planification du calendrier des visites de grossesse et, selon les besoins établis au cours de son évaluation brève, elle oriente la femme vers le bon professionnel ou la bonne ressource, au bon moment (p. ex., cela pourrait être à un médecin de famille, un gynécologue-obstétricien, un travailleur social, une clinique GARE, une nutritionniste, au programme SIPPE, un organisme communautaire, etc.). Des organigrammes ou des protocoles pourraient être mis en place pour soutenir l'infirmière. Selon le contexte et l'organisation du service, il est possible que l'infirmière ne prenne contact avec la femme enceinte et son entourage qu'au moment de la première visite de grossesse qui devrait idéalement avoir lieu avant dix semaines. Cette première visite peut parfois comporter des segments en groupe ou être exclusivement individuelle, mais la toute première visite doit comprendre une partie individuelle. Ainsi, l'infirmière sera en mesure de bien évaluer la situation de santé et les facteurs de risque de chaque femme et de sa famille afin de répondre à leurs besoins propres.

Après avoir planifié les soins requis par la femme enceinte, l'infirmière en assure la coordination. Cette coordination commence par un travail de collaboration entre les intervenants, les ressources et les services visant à répondre aux besoins de la femme enceinte et de sa famille tout au long du processus de suivi conjoint.

PREMIÈRE VISITE DE GROSSESSE

L'infirmière qui assure la première visite de grossesse établit l'histoire de la grossesse actuelle (antécédents menstruels, symptômes évocateurs de grossesse, symptômes actuels, date prévue d'accouchement), les antécédents familiaux, les antécédents médicaux et obstétricaux, l'histoire psychosociale, l'immunisation, la consommation de drogues ou d'alcool, l'état nutritionnel, les antécédents génétiques, l'exposition à des pathogènes tératogènes potentiels et toute autre information pertinente. Elle fait l'évaluation des facteurs de risque maternel, paternel et foetal. Elle renseigne sur les différents dépistages prénataux ; elle doit donc les connaître et savoir pour quelle femme ils sont indiqués. Selon une ordonnance collective ou individuelle, elle initie des analyses de laboratoire et des examens d'imagerie médicale. À la première visite, elle pourrait rencontrer des femmes ayant des antécédents obstétricaux de prééclampsie ou de retard de croissance intra-utérin, par exemple. Comme ces antécédents demandent des interventions médicales préventives, dont la prescription d'aspirine ou de calcium, l'infirmière doit pouvoir contacter le médecin répondant pour la conduite à tenir, considérant que ces interventions doivent être entreprises avant la 16^e semaine pour être efficaces et que la femme n'aurait alors pas encore vu le médecin pour sa deuxième visite. Il en va de même pour des situations qui nécessitent d'autres examens de laboratoire que ceux du bilan initial, par exemple une hémoglobine glyquée ou une électrophorèse de l'hémoglobine.

L'infirmière prescrit les antinauséeux au besoin et les vitamines prénatales en conformité avec le *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier*. Pour ce faire, elle consulte la *Directive clinique à l'intention de l'infirmière autorisée à prescrire un médicament pour le traitement des nausées et des vomissements non incoercibles chez la femme enceinte* en annexe F ainsi que la *Directive clinique à l'intention de l'infirmière autorisée à prescrire un supplément vitaminique et de l'acide folique en périnatalité* en annexe E. Elle procède aux tests de dépistage requis, dont le dépistage du cancer du col utérin selon une ordonnance individuelle ou collective et le dépistage des ITSS selon son activité réservée autonome. Elle doit exercer les activités professionnelles pertinentes des standards 1, 2 et 3 traités précédemment. Elle fait de l'enseignement sur des sujets comme la nutrition, la sécurité des aliments, la prise de poids, les suppléments naturels, les médicaments, l'exercice, la sexualité, les choses à éviter, les malaises potentiels, les voyages et les signes de danger nécessitant une consultation urgente.

L'annexe B présente un modèle-cadre du contenu et des activités professionnelles de l'infirmière à la première visite de la grossesse.

VISITES SUBSÉQUENTES EN ALTERNANCE

L'évaluation et la surveillance clinique font partie de la pratique courante de l'infirmière et relèvent de ses compétences. L'infirmière doit évaluer et surveiller de façon attentive, systématique et soutenue les paramètres cliniques de la condition physique et mentale de la femme enceinte et de la condition clinique du fœtus, ainsi que les facteurs qui peuvent les influencer. Pour ce faire, elle doit tenir compte des évaluations antérieures, ce qui lui permet de suivre l'évolution de l'état de santé de la femme enceinte et d'ajuster le plan thérapeutique infirmier au besoin. Elle détermine les écarts entre ce qui est normal et ce qui ne l'est pas et transmet les constats à l'équipe médicale.

L'annexe B présente un modèle-cadre des activités professionnelles prévues au cours des différentes visites du calendrier de grossesse et détermine les visites qui pourraient être faites par l'infirmière, celles qui devraient être réservées au médecin, ainsi que celles qui pourraient être faites par l'infirmière, puis complétées par le médecin après la 32^e semaine de grossesse.

GESTION DES RÉSULTATS DE LABORATOIRE

Pour ce qui est de la gestion des résultats de laboratoire et d'examen, l'infirmière peut y contribuer, mais le médecin en demeure seul responsable. En effet, considérant la complexité de l'interprétation de certains résultats relatifs à l'état de grossesse, l'infirmière doit transmettre au médecin les résultats anormaux, douteux ou non conformes. Certains milieux peuvent élaborer, avec leur équipe médicale, des protocoles médicaux, des algorithmes décisionnels ou des ordonnances collectives pour une contribution supérieure de l'infirmière à la gestion des résultats de laboratoire, par exemple l'amorce par l'infirmière d'un supplément de fer ou l'ajustement du Synthroid. Cependant, en tout temps, l'infirmière est responsable des résultats de laboratoire qu'elle initie selon une ordonnance collective ou en vertu de la *Loi sur la santé publique*, ou du *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier*.

1.2 L'évaluation de santé et la surveillance clinique de la nouvelle accouchée et du nouveau-né

Tout comme pour l'évaluation de santé et la surveillance clinique de la femme enceinte et de son fœtus, l'infirmière qui fait l'évaluation de la condition physique et mentale de la mère et du nouveau-né dans la communauté et qui planifie, coordonne et assure la continuité des soins, doit exercer ces activités selon un processus structuré. La différence, c'est que l'infirmière exerce en toute autonomie ces activités professionnelles contrairement au suivi de grossesse où l'activité réservée en est une de contribution à des activités médicales. Ces activités engagent donc toute sa responsabilité professionnelle.

En effet, pour évaluer la condition physique et mentale, l'infirmière doit utiliser toutes les sources de données cliniques disponibles et pertinentes, notamment les facteurs de l'environnement physique, social, culturel et spirituel qui ont une incidence sur la situation de santé de la mère et du bébé. L'examen physique fait partie de l'examen clinique qui doit être fait autant pour la maman que pour le bébé. L'examen clinique comprend également l'histoire de santé et les données obtenues par l'observation ou à l'aide d'un appareil, de tests, d'outils de mesure et de questionnaires (p. ex., l'*ABCdaire du suivi périodique de l'enfant de 0 à 5 ans* pour le nourrisson, l'échelle de dépression post-partum pour la mère), ainsi que les échelles d'évaluation de la douleur ou des risques d'infection, d'accident, de violence et de dangerosité. L'entrevue est également un des moyens privilégiés pour obtenir des données cliniques sur la situation de santé de la famille. L'entrevue peut se faire, entre autres, à l'aide de la mnémotechnique PQRSTU-AMPLE qui permet à l'infirmière d'adapter ses questions à la situation de santé de la famille (Cloutier, Brûlé et Doyon, 2002; Jarvis, 2012; OIIQ, 2010b). À partir des constats d'évaluation et du jugement clinique qu'elle formule, l'infirmière détermine le niveau de priorité des soins à donner et les interventions à mettre en œuvre (p. ex., initier la mesure de la bilirubine sérique selon une ordonnance, prescrire de la nystatine, orienter la nouvelle accouchée vers le médecin traitant ou vers le service des urgences, contacter le gynécologue ou le pédiatre). L'infirmière doit donc s'assurer de disposer de toute l'information nécessaire sur l'état de santé en vue de porter un jugement clinique sûr, d'élaborer le plan de soins et de traitements infirmiers et, s'il y a lieu, de décider des éléments de surveillance requis, de préciser les interventions à réaliser, ainsi que de déterminer et d'ajuster les directives infirmières au PTI. Les activités professionnelles de l'infirmière dans ce contexte sont donc loin d'une simple collecte de données. Ses activités visent à s'assurer que la récupération de la nouvelle accouchée se passe de façon normale, à soutenir au besoin le processus d'adaptation au nouveau rôle de mère, ainsi qu'à évaluer et à surveiller la récupération et le développement du nouveau-né.

Le suivi débute par un appel téléphonique pour s'assurer de la sécurité de la mère et du nouveau-né dans les 24 premières heures suivant le congé du centre hospitalier. L'infirmière adapte par la suite l'intensité des interventions à son évaluation et aux besoins. Dans les 72 heures, elle procède à une visite à domicile pour évaluer et surveiller l'état de santé de la mère et de son bébé. Cette évaluation pourrait également être faite dans une clinique médicale ou de périnatalité, par exemple. Selon les besoins, des visites supplémentaires au domicile, des contacts téléphoniques de relance ou encore des consultations à la clinique de périnatalité, avec elle ou avec d'autres professionnels de l'équipe ou d'autres services du réseau, dont un médecin, pourraient être nécessaires. Une réelle intégration des soins et un partenariat avec des médecins doivent s'actualiser dans ce contexte pour que l'infirmière puisse orienter la mère ou son bébé formellement au besoin.

Il n'existe pas de lignes directrices cliniques précises au Québec pour l'évaluation de la nouvelle accouchée. Par contre, beaucoup d'outils cliniques, de grilles, d'aides à la décision, d'ordonnances collectives et de protocoles ont été élaborés. L'évaluation du nouveau-né, pour sa part, fait partie de l'*ABCdaire du suivi périodique de l'enfant de 0 à 5 ans* avec la grille d'évaluation de l'enfant âgé de moins de 1 semaine. Nous proposons un modèle-cadre pour l'évaluation et la surveillance de la nouvelle accouchée à l'annexe C et un modèle-cadre pour le nouveau-né à l'annexe D. L'*ABCdaire du suivi périodique de l'enfant de 0 à 5 ans* demeure l'outil de base recommandé aux infirmières lorsqu'elles font l'évaluation et l'examen clinique du nouveau-né. Le modèle-cadre proposé pour le nouveau-né se veut un outil complémentaire qui pourra être ajusté aux différents modèles collaboratifs développés localement.

2. LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES LIÉES À LA PRISE EN CHARGE GLOBALE, À LA COORDINATION ET À LA CONTINUITÉ DES SOINS DANS LE SUIVI PÉRIODIQUE DE L'ENFANT DE 0 À 5 ANS

Le suivi périodique pourra être assuré par un médecin, une infirmière praticienne ou une infirmière en soins de proximité, par exemple. L'infirmière qui prend en charge le suivi périodique d'un enfant en bonne santé de 0 à 5 ans peut le faire de façon autonome en assurant chacune des visites, ou en suivi conjoint selon un modèle en alternance ou en équipe interdisciplinaire en fonction de son expérience, de son expertise, des besoins du milieu et de l'organisation du travail au sein de son équipe et du réseau local de services.

Peu importe le modèle, il est primordial que l'infirmière qui prend en charge un enfant en bonne santé et qui assure le suivi périodique de ce dernier exerce dans un modèle collaboratif avec un médecin ou une équipe de médecins et puisse au besoin l'orienter, en temps opportun, vers d'autres professionnels de la santé selon des ententes préétablies.

2.1 L'évaluation de santé et la surveillance clinique de l'enfant de 0 à 5 ans

Chacune des visites du suivi périodique de l'enfant de 0 à 5 ans devrait être structurée selon le modèle suivant de l'*ABCdaire du suivi périodique de l'enfant de 0 à 5 ans* :

- Information pertinente et évolution récente ;
- Préoccupations parentales ;
- Nutrition ;
- Développement et comportement ;
- Examen physique ;
- Conseils préventifs et anticipatoires ;
- Impressions et conduites.

Dans le cadre de ce suivi, l'infirmière évalue la condition physique et mentale de l'enfant (OIIQ, s.d.). En plus de l'indispensable examen clinique de l'enfant, l'infirmière fait l'anamnèse pour dresser le portrait de santé de l'enfant à l'aide de diverses sources d'information, telles que l'histoire prénatale, l'histoire de l'accouchement, l'histoire néonatale, les maladies de l'enfance, les maladies chroniques, les allergies, les médicaments, l'hospitalisation, les interventions chirurgicales, les accidents, les blessures, les facteurs de risque et les problèmes de santé qui peuvent y être associés.

Selon l'âge de l'enfant, l'infirmière évalue divers paramètres, dont ceux qui sont énumérés dans l'outil de mesure de l'*ABCdaire du suivi périodique de l'enfant de 0 à 5 ans*. Cet outil évalue divers indicateurs de développement que l'enfant devrait avoir atteint selon son âge et son sexe. Par exemple, selon l'*ABCdaire du suivi périodique de l'enfant de 0 à 5 ans*, l'évaluation d'un enfant âgé de 9 mois concerne les développements récents dans l'évolution de l'enfant, son alimentation (quantité et type de lait, aliments solides, vitamine D, fluor, eau, etc.), son développement et son comportement (mobilité, sommeil, audition, etc.). De plus, l'infirmière procède à l'examen physique de l'enfant (fontanelles, forme de la tête, reflet rétinien et cornéen, poursuite oculaire, cœur, poumons, abdomen, tonus en position couchée, marche à quatre pattes, etc.) et vérifie son statut vaccinal. Comme le préconise l'*ABCdaire du suivi périodique de l'enfant de 0 à 5 ans*, la surveillance de la croissance doit être intégrée aux soins de tous les nourrissons et enfants canadiens (Société canadienne de pédiatrie et al., 2010). Afin de garantir des mesures exactes, l'infirmière doit utiliser du matériel de qualité et bien calibré, ainsi que des techniques de mesure normalisées.

L'infirmière encourage les parents à exprimer leurs préoccupations et leur donne des conseils à caractère préventif et anticipatoire selon l'étape de développement de l'enfant. Ces conseils peuvent concerner, par exemple, la sécurité de l'enfant par rapport à l'utilisation du siège d'auto, aux prises électriques, ou encore l'importance de la protection solaire et de la stimulation du développement, l'évitement de mauvaises positions assises ou couchées, le risque de chute et les soins d'hygiène dentaire de l'enfant.

Dans ce suivi, l'infirmière utilise des instruments de mesure normalisés et validés pour évaluer, mesurer et suivre le développement de l'enfant. Préalablement à leur utilisation, l'infirmière doit s'assurer de la pertinence d'y recourir et posséder les compétences requises pour les administrer et les interpréter. Cela requiert qu'elle ait suivi la formation recommandée ou exigée. Ces instruments ciblent différentes sphères du développement de l'enfant telles que la motricité fine, la motricité globale, les capacités cognitives, langagières et de communication, le degré d'autonomie, le développement socio-affectif, le concept de soi, etc.

Les outils de mesure suivants répondent aux besoins de surveillance du développement par l'infirmière et permettent de déceler des retards ou des troubles de développement et d'intervenir précocement. Les outils suivants ont été récemment répertoriés et analysés par l'Institut national de santé publique du Québec (2010) :

- La grille Ballon (grille d'observation du développement de l'enfant) a été conçue par l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. Cette grille permet de suivre le développement de l'enfant de 0 à 5 ans et de déterminer les stratégies d'intervention prioritaires à mettre en place. Elle est conçue pour être utilisée au cours de visites à domicile et permet de sensibiliser les parents au développement de l'enfant.
- Le Brigance (inventaire du développement de l'enfant âgé de 0 à 7 ans) est un outil créé par le Centre franco-ontarien de ressources pédagogiques (CFORP). Il permet de mesurer avec précision les changements rapides qui se produisent pendant la petite enfance. Comme cet outil établit des objectifs à atteindre entre les mesures, il peut guider la planification d'interventions.
- Le Nipissing (Nipissing District Developmental Screen) est un outil de dépistage précoce des retards de développement chez les enfants âgés de 0 à 6 ans. Il a été conçu par un organisme à but non lucratif pour être utilisé dans plusieurs contextes en tenant compte des différences culturelles.
- La grille d'évaluation du développement de l'enfant (GED) permet de déceler les retards de développement chez les enfants âgés de 0 à 5 ans sur les plans cognitif, langagier, moteur et socio-affectif. Elle a été créée par le Laboratoire d'étude du nourrisson de l'UQAM et l'Université de Montréal.

TABLEAU 5

ALGORITHME DE L'ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE L'ENFANT DE 0 À 5 ANS

ÉTAPES DE L'ÉVALUATION DE L'INFIRMIÈRE	ALGORITHME DE L'ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE L'ENFANT DE 0 À 5 ANS
	<ol style="list-style-type: none">1. S'enquérir des préoccupations parentales.2. Déceler les facteurs de risque et les problèmes de santé potentiels.3. Procéder à un examen physique et appliquer les paramètres décrits dans <i>l'ABCdaire du suivi périodique de l'enfant de 0 à 5 ans</i> en fonction de l'âge de l'enfant.4. Prévoir une visite plus rapprochée si des éléments de la surveillance développementale sont une source d'inquiétude.5. Proposer des solutions pour répondre aux préoccupations parentales.6. Donner des conseils de nature préventive ou anticipatoire.7. Mettre en place des interventions visant à remédier au retard de développement ou diriger l'enfant présentant des indices de retard de croissance ou de développement vers les ressources appropriées pour une intervention précoce.8. Documenter le suivi réalisé, y compris le résultat des évaluations, les demandes de consultations, les demandes d'évaluation particulière, le résultat des discussions en équipe multidisciplinaire et les résultats des grilles utilisées.

Source : OIIQ, 2013.

Standard

5

LA GESTION DES PROBLÈMES DE SANTÉ COURANTS OU PONCTUELS

DANS LE CADRE DE SES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES DE PROXIMITÉ EN PÉRINATALITÉ, L’INFIRMIÈRE DEVRA GÉRER LES MALAISES ET LES PROBLÈMES DE SANTÉ COURANTS, DÉPISTER LES ÉCARTS QUI REPRÉSENTENT DES RISQUES ET RECONNAÎTRE, EN TEMPS OPPORTUN, LES PROBLÈMES AIGUS ET LES DÉTÉRIORATIONS SOUDAINES NÉCESSITANT UNE INTERVENTION COMPLÉMENTAIRE OU AUTRE QUE LA SIENNE. ELLE ENSEIGNE AUX FAMILLES L’AUTOGESTION DES SYMPTÔMES ET EXPLIQUE LES ÉLÉMENTS DE SURVEILLANCE, AINSI QUE LES INDICATIONS DE CONSULTATION, Y COMPRIS LES CONDITIONS NÉCESSITANT UNE CONSULTATION URGENTE.

1. LES PROBLÈMES DE SANTÉ COURANTS

Dans le cadre de ses activités professionnelles, l’infirmière peut gérer de façon autonome ou à l'aide d'ordonnances collectives plusieurs malaises de la femme enceinte ou certains problèmes de santé courants de la nouvelle accouchée, du nouveau-né ou de l'enfant. Trois sources d'information facilement accessibles sont indiquées ici pour guider les interventions et les recommandations de l'infirmière, ainsi que pour établir les éléments de surveillance pour la clientèle : le guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans* de l'INSPQ, le portail d'information périnatale de l'INSPQ et le guide *Partir du bon pied : de la préconception à la naissance de votre bébé*, publié par la SOGC.

Cependant, l'infirmière doit consulter le médecin ou orienter la personne vers le médecin si son évaluation, y compris l'examen physique et certains tests diagnostiques, ne lui permet pas de déterminer clairement le malaise ou le problème de santé courant, si les critères pour prescrire un médicament (Diclectin ou nystatine) ou pour initier une ordonnance collective ne sont pas clairs, ou ne sont pas remplis, ou encore si la situation dépasse ses compétences. Elle doit également orienter la personne vers le médecin lorsqu'un malaise ou un problème de santé courant est persistant ou récurrent, ou s'il est accompagné d'un signe ou d'un symptôme clinique pouvant indiquer une détérioration ou un signal d'alerte. Également, tout malaise et tout problème de santé courant inexpliqués ou qui ne répondent pas aux traitements habituels et toute présentation atypique ou réaction inhabituelle aux traitements doivent faire l'objet d'une consultation médicale.

1.1 Les malaises courants de la grossesse

Dans ses activités professionnelles en suivi de la grossesse, l'infirmière aura, à la suite de ses évaluations, à gérer les malaises courants de la grossesse et à discuter de stratégies d'intervention avec la femme enceinte. De façon générale, les stratégies non pharmacologiques sont à privilégier et la femme enceinte ne devrait jamais prendre des médicaments ou produits naturels sans en avoir parlé avec son médecin, son pharmacien ou son infirmière. La grossesse est un processus normal de la vie, les malaises courants de la grossesse sont également normaux.

NAUSÉES ET VOMISSEMENTS

On ne connaît toujours pas les causes des nausées et des vomissements de la grossesse. Ils surviennent habituellement pendant les trois ou quatre premiers mois, mais ils durent parfois plus longtemps. Selon l'intensité de ce malaise, l'infirmière peut recommander des traitements non pharmacologiques reconnus et/ou prescrire le médicament Diclectin en conformité avec le *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier*. Le Diclectin est le seul médicament sous ordonnance reconnu et approuvé par Santé Canada pour le traitement des nausées et des vomissements de la grossesse. Il a été prouvé qu'il n'a pas d'effets nuisibles sur le bébé. Dans son évaluation des nausées et vomissements de la grossesse, l'infirmière pourra également initier des mesures diagnostiques selon une ordonnance collective pour assurer la surveillance clinique de la déshydratation, par exemple. Pour la prescription du Diclectin, l'infirmière consulte la *Directive clinique à l'intention de l'infirmière autorisée à prescrire un médicament pour le traitement des nausées et des vomissements non incoercibles chez la femme enceinte* à l'annexe F.

FATIGUE

Pendant les premiers mois de la grossesse, la fatigue est un symptôme courant. Le métabolisme est plus rapide et consomme de l'énergie, et l'hormone de la grossesse, la progestérone, donne envie de dormir. L'infirmière recommande à la femme enceinte d'augmenter ses périodes de repos et de sieste, d'éviter le surmenage, de revoir l'organisation du travail et de demander de l'aide pour les tâches et responsabilités ménagères. La fatigue se résorbe habituellement vers la 16^e semaine de grossesse.

PERTE DE CONSCIENCE ET LIPOTHYMIÉ

Les pertes de conscience (évanouissements) et la lipothymie (sensation de perdre connaissance) sont assez courantes durant la grossesse et peuvent être causées par plusieurs facteurs, dont le niveau élevé d'hormones, les changements dans le système circulatoire et l'hypoglycémie. L'infirmière recommande donc des stratégies liées à ces causes potentielles dans le but d'atténuer les symptômes.

REFLUX GASTRO-ŒSOPHAGIEN ET BRÛLURES GASTRIQUES

Les hormones de grossesse et la pression que l'utérus, de plus en plus gros, exerce sur l'estomac peuvent être des causes d'inconfort gastrique. L'infirmière privilégie des stratégies non pharmacologiques pour soulager ces malaises. Elle peut également initier une ordonnance collective dans le but de soulager les symptômes lorsque les traitements non pharmacologiques sont inefficaces.

ÉMOTIONS DURANT LA GROSSESSE

Il est normal pour la femme enceinte d'avoir des périodes de libilité émotive et de ressentir de l'ambivalence. Les hormones produites par la grossesse influencent l'humeur. Certaines femmes présenteront ces symptômes tout au long de leur grossesse, mais chez la plupart des femmes, ils sont plus fréquents entre la sixième et la dixième semaine, puis de nouveau au cours du troisième trimestre. L'infirmière accompagne la femme dans la gestion de ses émotions et de son stress par des stratégies renforçant les facteurs de protection de sa santé mentale.

AUTRES MALAISES COURANTS DE LA GROSSESSE

Voici les autres malaises courants sur lesquels l'infirmière doit se documenter pour pouvoir mieux intervenir et conseiller la femme enceinte ; le traitement de certains de ces malaises peut faire l'objet d'ordonnances collectives :

- Les maux de dos ;
- Les vaginites ;
- La constipation ;
- Les hémorroïdes ;
- Les douleurs à l'aine ;
- Les lipothymies en position couchée sur le dos ;
- L'œdème des jambes, des chevilles et des pieds ;
- Les crampes musculaires ;
- Les vergetures ;
- La peau sèche et les démangeaisons ;
- L'insomnie ;
- La pression pelvienne et la douleur liée au ligament rond ;
- La pollakiurie et l'urgence mictionnelle ;
- L'activité utérine normale (contractions de Braxton-Hicks).

1.2

Les malaises et problèmes de santé courants de la nouvelle accouchée

Après avoir procédé à ses évaluations, l'infirmière aura à gérer les malaises et les problèmes de santé courants de la nouvelle accouchée. Elle devra se documenter pour intervenir et conseiller la femme, ainsi que pour établir les éléments de surveillance. De façon générale, les stratégies non pharmacologiques sont encore une fois à privilégier principalement pour la femme qui allaite. Les malaises et problèmes de santé courants de la nouvelle accouchée sont principalement associés à la récupération normale après l'accouchement et à l'adaptation à son rôle de mère, notamment à l'allaitement. Certains malaises ou problèmes pourraient faire l'objet d'une ordonnance collective.

SAIGNEMENT

La plupart des femmes perdent environ 500 mL de sang pendant et après l'accouchement. Pour se préparer à cette perte, le corps produit du sang supplémentaire pendant la grossesse. Pendant un jour ou deux après la naissance, les pertes sanguines (lochies) sont plus abondantes que des menstruations. Elles diminuent ensuite et changent de texture et de couleur. Il pourrait y avoir des caillots, principalement le matin pendant une miction. Les lochies durent en général de trois à six semaines.

CONTRACTIONS

Certaines femmes ressentent des contractions intermittentes (tranchées) qui s'apparentent à des crampes et qui peuvent provoquer de la douleur surtout pendant l'allaitement en raison de la contraction de l'utérus. Elles sont plus fréquentes chez les femmes multipares ou qui ont accouché de jumeaux ou de triplés et elles diminuent généralement entre le 4^e et le 7^e jour post-partum, mais peuvent durer environ six semaines après l'accouchement.

PÉRINÉE

Après un accouchement vaginal, le périnée reste sensible quelque temps. L'aspect et les sensations au niveau des lèvres et de la vulve sont altérés. La guérison peut prendre de deux à trois semaines même s'il n'y a pas de points de suture.

PLAIE

L'infirmière aura à déterminer le plan de traitement lié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et à donner les soins et les traitements qui s'y rattachent, soit pour la plaie d'une césarienne, soit pour les sutures au périnée. L'infirmière devra donc gérer les malaises et inconforts qui y sont associés, notamment la douleur.

SELLES

Après l'accouchement, les intestins, toujours sous l'influence relaxante de la progestérone de grossesse, peuvent tarder à revenir à la normale. De plus, l'inconfort périnéal ou de la plaie abdominale, ainsi que les muscles abdominaux utilisés pour la défécation qui sont plus lâches et moins efficaces, contribuent à la constipation. Il est par contre normal de ne pas aller à la selle pendant deux à trois jours après un accouchement vaginal et de trois à cinq jours après une césarienne. Il faut favoriser l'usage de fibres et d'émollients afin d'éviter la constipation.

HÉMORROÏDES

Des hémorroïdes peuvent également être présentes, mais leur taille diminue en général dans les deux semaines suivant l'accouchement. L'inconfort causé par les hémorroïdes est parfois plus important que celui d'une déchirure périnéale ou d'une épisiotomie. Il convient de favoriser l'usage de fibres et d'émollients afin d'éviter la constipation. Les bains de siège et l'usage de corticoïdes topiques aident au soulagement.

URINE

Une sensation de brûlure peut être perçue au cours des premières mictions après un accouchement vaginal ou au retrait de la sonde urinaire après une césarienne. Cela dure en général moins de 24 heures. Au-delà de cette période, une infection urinaire doit être recherchée. Le retour de la fonction vésicale peut aussi être précédé d'une difficulté à commencer la miction ou au contraire à retenir les fuites d'urine. L'incontinence d'effort ou d'urgence est extrêmement fréquente après un accouchement. Les exercices de Kegel peuvent être commencés immédiatement après l'accouchement afin de rétablir le bon fonctionnement. Ces exercices aident également la femme qui a de la difficulté à retenir ses gaz.

FATIGUE ET BABY-BLUES

Pour récupérer de l'accouchement, toutes les femmes ont besoin de repos et de soutien. Après la naissance, il est normal d'avoir de la lassitude émotionnelle et de pleurer facilement. Beaucoup de nouvelles mères traversent une période de déprime passagère, qu'on appelle le baby-blues. Il survient dans les jours suivant la naissance du bébé et peut durer de quelques jours à deux semaines. Des changements hormonaux et la fatigue sont à l'origine de cette déprime passagère. Si celle-ci se poursuit plus de deux semaines, il est possible que la femme vive une dépression post-partum.

DÉPRESSION POST-PARTUM

Environ une femme sur dix vivra une dépression pendant la grossesse. Après l'accouchement, c'est jusqu'à deux femmes sur dix qui pourraient souffrir d'une dépression. Elle survient plus tardivement, soit de quatre à six semaines après la naissance. En plus des prédispositions personnelles de la femme, par exemple des antécédents de troubles psychologiques ou psychiatriques, la grossesse est en soi un facteur de risque élevé pour une dépression. Les hommes peuvent aussi souffrir de détresse psychologique ou d'une dépression à l'occasion de la grossesse de leur conjointe ou après l'arrivée du bébé. Au cours du suivi post-partum, l'infirmière s'intéresse au dépistage au moyen de l'échelle d'Édimbourg, de même qu'à l'adaptation de la famille à l'arrivée du nouveau-né et au développement du lien d'attachement (voir le standard 3 – Les services préventifs et les dépistages, section 4 – La dépression post-partum et la santé mentale).

DOULEUR AUX SEINS ET AUX MAMELONS

Il est possible que les mamelons soient sensibles la première semaine, surtout au début de la tétée. Après cette période d'adaptation, l'allaitement n'est généralement plus douloureux. Il n'est pas normal que la femme ressente de la douleur après les 30 premières secondes de tétée. La cause la plus fréquente de douleur est une prise incorrecte du sein qui blesse le mamelon. Dès que la cause est corrigée, la douleur diminue rapidement. Aussi, la montée laiteuse est une étape normale de la lactation, mais elle peut aussi causer des inconforts. Elle se produit généralement entre le deuxième et le cinquième jour après la naissance. Chez la plupart des femmes, la montée de lait peut être douloureuse surtout lorsque les seins deviennent gorgés de lait.

Plusieurs autres facteurs peuvent causer de la douleur aux mamelons et aux seins, notamment l'eczéma, une dermatite, un vasospasme ou une ampoule de lait. Le guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans* explique à la mère la gestion et la surveillance de ces affections. L'infirmière pourra prescrire au besoin une mesure préventive ou thérapeutique aux seins de la mère qui allait dont le bébé présente du muguet, que la mère ait ou non des lésions caractéristiques de la mycose cutanée aux seins. En effet, le traitement doit être concomitant à celui de son bébé. L'infirmière applique les modalités prévues dans le *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier*. Dans tous les cas, il est important de diriger la mère, en temps opportun, vers une ressource spécialisée en allaitement si la situation ne s'améliore pas malgré les interventions de l'infirmière. Pour la prescription d'un traitement antifongique pour la mère qui allait, l'infirmière consulte la *Directive clinique à l'intention de l'infirmière autorisée à prescrire un médicament topique pour le traitement de l'infection fongique (Candida) de la peau ou des muqueuses chez le bébé et chez la mère qui allait* en annexe G.

1.3

Les problèmes de santé courants du nouveau-né et de l'enfant de 0 à 5 ans

Dans son évaluation du nouveau-né, soit à l'occasion de la visite post-partum à domicile ou de la prise en charge et du suivi périodique de l'enfant en bonne santé d'âge préscolaire, l'infirmière aura à traiter des problèmes de santé courants et à conseiller les parents. Les problèmes de santé courants des enfants peuvent être multiples. Le but des présents standards n'étant pas d'en faire une description exhaustive, nous ne décrirons ici que ceux qui sont les plus fréquents chez le nouveau-né et le nourrisson et sur lesquels l'infirmière peut intervenir de façon autonome.

LE MUGUET ET L'ÉRYTHÈME FESSIER

Le muguet est une infection de la bouche due à un champignon, le *Candida albicans*. Des taches blanchâtres apparaissent dans la bouche du bébé, surtout à l'intérieur des lèvres et des joues. Ces plaques ne disparaissent pas lorsqu'on les frotte. De plus, les fesses du bébé peuvent devenir rouges. Ces rougeurs peuvent s'étendre aux cuisses, à la vulve ou au scrotum et présenter des lésions satellites au pourtour de l'érythème. Le bébé semble alors inconfortable et il est irritable, surtout lorsqu'il urine. Les rougeurs ne répondent pas aux crèmes protectrices habituelles. Ces symptômes sont compatibles avec une infection fongique de l'érythème fessier causée également par le *candida albicans*. Le bébé peut présenter l'un ou l'autre de ces problèmes de santé courants ou les deux en même temps. L'infirmière aura alors à prescrire une mesure thérapeutique pour traiter les lésions caractéristiques du muguet ou de l'infection fongique de l'érythème fessier. De plus, pour le muguet, elle devra traiter en même temps les seins de la mère qui allait. L'infirmière applique les modalités prévues dans le *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier*. Pour la prescription d'un traitement antifongique pour le bébé, l'infirmière consulte la *Directive clinique à l'intention de l'infirmière autorisée à prescrire un médicament topique pour le traitement de l'infection fongique (candida) de la peau ou des muqueuses chez le bébé et chez la mère qui allait* en annexe G.

L'OBSTRUCTION DU CANAL LACRYMAL OU DACYROSTÉNOSE

Si l'œil larmoie et est croûté au réveil, mais qu'il n'y a ni douleur, ni rougeur, ni enflure de la paupière, il se peut que le canal lacrymal de l'œil de l'enfant ne soit pas complètement ouvert. Quand le canal est bouché, les larmes, qui s'écoulent normalement vers le nez, s'accumulent et l'œil larmoie. S'il n'est pas déjà ouvert à la naissance, le canal s'ouvre la plupart du temps de lui-même au cours de la première année de vie. Un massage pourrait l'aider à s'ouvrir plus rapidement. Si le problème persiste au-delà de 12 mois, il faut diriger l'enfant vers le médecin, car une chirurgie ophtalmique pourrait être nécessaire.

PROBLÈMES CUTANÉS MINEURS

Boutons et taches. Des boutons et des taches (milium, érythème toxique, acné du nouveau-né, tache de vin, nævus simplex, etc.) apparaissent souvent dans les premiers jours de vie. Dans la majorité des cas, ces problèmes sont sans gravité. Ils disparaissent en quelques semaines sans nécessiter de traitement particulier.

Peau sèche. La peau de bébé est délicate et sensible. Elle peut devenir très sèche. Chez le nouveau-né, la peau peut peler et se fissurer aux articulations. Habituellement, ce problème rentre dans l'ordre par lui même en quelques semaines.

Boutons de chaleur. Les boutons de chaleur sont de petites rougeurs de forme arrondie, parfois surélevées, sur le front, autour du cou et dans les plis. C'est une réaction normale lorsqu'il fait chaud et humide, ou lorsque le bébé est fiévreux.

Croûtes sur le cuir chevelu. Plusieurs bébés présentent des croûtes jaunâtres ou grisâtres sur le cuir chevelu (chapeau, séborrhée). Elles ont la forme d'écailles ou de petites plaques qui pèlent et peuvent parfois causer des démangeaisons. Ces croûtes sont dues à un surplus de sécrétions grasses (séborrhée) ou à des shampoings mal rincés à répétition et augmentent à cause de la chaleur si le bébé est trop habillé ou porte un chapeau en tout temps.

Rougeurs. Des rougeurs dans les plis cutanés (intertrigo) peuvent apparaître. En effet, une irritation se produit quand deux surfaces de peau entrent en contact l'une avec l'autre. Cela peut être sous le menton, dans le cou, sous les bras, aux cuisses, sous le scrotum ou derrière les oreilles. Les rougeurs apparaissent aux endroits humidifiés par la sueur, les selles ou le lait où les microbes se développent.

2. LES PROBLÈMES DE SANTÉ PONCTUELS QUI PRÉSENTENT DES RISQUES ET LES DÉTÉRIORATIONS AIGUËS OU SOUDAINES DE LA CONDITION DE SANTÉ

L'infirmière connaît et reconnaît les signes ou symptômes qui requièrent sans tarder une orientation vers un médecin :

- Un signe ou un symptôme décelé pendant l'évaluation de la condition de santé physique et mentale ou un résultat d'examen diagnostique suggérant un risque, une anomalie ou une détérioration aiguë et soudaine dans le déroulement normal de la grossesse, de la récupération et de l'adaptation de la nouvelle accouchée, ou dans le développement normal du fœtus, du nouveau-né ou de l'enfant ;
- Un symptôme, un signe ou un résultat d'analyse montrant le déclin ou l'altération du fonctionnement d'un organe ou d'un système, ou suggérant une infection.

La liste suivante contient les principaux drapeaux rouges qui doivent être des signaux d'alerte indiquant à l'infirmière d'orienter la personne vers un médecin ou les services des urgences. L'infirmière doit donc rester vigilante et utiliser son évaluation et son jugement clinique afin de déceler la présence de signes ou de symptômes d'alerte, ou d'anticiper une détérioration de l'état de santé. Pour d'autres situations moins urgentes, l'infirmière pourra se référer à un protocole médical, à une ordonnance collective, à un autre professionnel ou service, ou décider d'une surveillance accrue. Les situations suivantes suivent les signes et symptômes d'alerte.

2.1 Suivi de la grossesse

Signes et symptômes d'alerte nécessitant sans tarder une orientation vers le médecin :

- Fièvre ;
- Signes vitaux anormaux pour une femme enceinte associés à un tableau clinique en développement ;
- Étourdissements soudains et graves, qui peuvent être accompagnés ou non d'une douleur pelvienne ou utérine ;
- Maux de tête intenses et soudains ;
- Signes et symptômes de travail prématuré ;
- Perte de liquide vaginal pouvant indiquer une rupture prématurée des membranes (couleur, odeur, consistance) ;
- Signes et symptômes de prééclampsie (hypertension gravidique) : prise rapide de poids, maux de tête constants ou intenses, troubles de la vision, vomissements, douleur épigastrique, irritabilité, augmentation du volume des urines (diurèse de plus de trois litres), œdème, protéinurie, oligurie (diurèse < 500 mL) ;
- Diminution de l'activité fœtale (moins de six mouvements en deux heures à partir de la 26^e semaine) ;
- Anomalie dans la fréquence cardiaque du fœtus (la fréquence cardiaque d'un bébé à naître varie habituellement de 110 à 160 battements par minute) ;
- Signes ou symptômes d'infection de l'arbre urinaire : dysurie, pollakiurie, mal de dos sévère, fièvre ;
- Signes ou symptômes anormaux constatés à l'examen physique ou au Doppler. Par exemple, hauteur utérine anormale, tracé atypique ou anormal du cœur fœtal, masse dans un sein ;
- Gestation multiple ;
- Résultats de tests de laboratoire anormaux ;
- Suspicion d'abus physique ou signes d'abus.

Situations où l'infirmière pourra se référer à un protocole médical, à une ordonnance collective, ou assurer une surveillance accrue :

- Douleurs abdominales : évaluer sans exclure la possibilité d'une grossesse ectopique ;
- Saignement vaginal (évaluer en fonction du nombre de semaines de grossesse) ;
- Nausées et vomissements excessifs durant plus de 24 heures.

2.2 Nouvelle accouchée

Signes et symptômes d'alerte nécessitant sans tarder une orientation vers un médecin :

- Urgence en présence de signes de choc : agitation, faiblesse, pâleur, peau moite et froide, chaleurs et palpitations ;
- Céphalées importantes ;
- Douleur épigastrique en barre ;
- Douleur non spécifique sévère ;

- Douleur, rougeur ou chaleur nouvelle à une jambe ou à un mollet ;
- Étourdissements et vertiges ;
- Fièvre ou frissons ;
- Essoufflement ;
- Bourdonnements dans les oreilles ;
- Trouble de la vision ;
- Discours incohérent ;
- Lochies anormales (malodorantes, en quantité nécessitant une serviette ou plus toutes les deux heures, caillots plus gros qu'un œuf, absence de lochies) ;
- Guérison anormale de la plaie d'une césarienne ou du périnée (plaie malodorante, signe d'infection, retard de guérison, douleur importante, déhiscence de la plaie au moment du retrait des sutures) ;
- Signe d'infection aux mamelons ;
- Douleur localisée au sein avec présence d'une masse ;
- Anurie ou oligurie (< 500 mL en 24 heures) ;
- Signes ou symptômes d'infection de l'arbre urinaire : dysurie, pollakiurie, punch rénal positif, douleur intense suspubienne, fièvre ;
- Impact important de la fatigue sur ses soins personnels et les soins au bébé ;
- Suspicion d'abus physique ou signes d'abus.

Situations où l'infirmière pourra se référer à un protocole médical, à une ordonnance collective, à un autre professionnel ou service, ou assurer une surveillance accrue :

- Pleurs, irritabilité excessive ;
- Engorgement important des seins ;
- Allaitement difficile ;
- Situation sociale préoccupante (suspicion de toxicomanie, isolement, etc.).

2.3 Nouveau-né

Signes et symptômes d'alerte nécessitant sans tarder une orientation vers un médecin :

- Altération triangle pédiatrique : aspect général-respiration-hémodynamie (difficulté respiratoire, peau et lèvres bleutées, cyanose péribuccale) ;
- Signes vitaux anormaux ;
- Fièvre (urgence) ;
- Signe d'infection et écoulement provenant du cordon ombilical ;
- Vomissements en jet ;
- Moins d'une miction par jour de vie ;
- Urine foncée ou avec des cristaux qui persiste après 72 heures de vie malgré les interventions sur les apports (allaitement, supplémentation, etc.) ;

- Méconium à cinq jours de vie ;
- Perte de poids de plus de 10 %, en progression malgré les interventions ;
- Somnolence excessive (ne s'éveille pas seul, s'endort au début du boire, amorphe et mou) ;
- Irritabilité excessive (pleurs aigus continus) ;
- Douleur à la mobilisation ;
- Suspicion d'abus physique ou signes d'abus.

Situations où l'infirmière pourra se référer à un protocole médical, à une ordonnance collective, à un autre professionnel ou service, ou assurer une surveillance accrue :

- Présence d'un ictère ;
- Perte de poids de plus de 10 % ;
- Urine foncée ou avec cristaux ;
- Difficulté à prendre le sein ;
- Moins de six boires par 24 heures ;
- Boires inefficaces (pas de changement dans le volume des seins avant et après la tétée, pas de déglutition perçue, boit moins de 180 mL par jour).

2.4 Suivi périodique de l'enfant de 0 à 5 ans

Signes et symptômes d'alerte nécessitant sans tarder une orientation vers un médecin dans le cadre du suivi épisodique de l'enfant en bonne santé :

- Arrêt de croissance ;
- Cachexie ;
- Obésité ;
- Changements soudains dans le comportement (anxiété, dépression, agressivité, changements dans les habitudes alimentaires ou le sommeil) ;
- Suspicion d'abus ou de négligence.

Situations où l'infirmière pourra se référer à un protocole médical, à une ordonnance collective, à un autre professionnel de la santé ou service, ou assurer une surveillance accrue :

- L'infirmière constate que la croissance ou le développement d'un nourrisson ou de l'enfant est anormal, ou note la présence d'un signe ou d'un symptôme ou d'un écart entre la normalité et la manifestation clinique ;
- Insuffisance pondérale ;
- Embonpoint ;
- Écart de développement.

Standard 6

LA PRATIQUE DE COLLABORATION

L'INFIRMIÈRE APPLIQUE LES PRINCIPES DE LA PRATIQUE DE COLLABORATION EN TRAVAILLANT AVEC LES PATIENTS, LEUR FAMILLE, LES AUTRES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ET LES COLLECTIVITÉS, AFIN DE DONNER DES SOINS DE QUALITÉ EN PÉRINATALITÉ.

« Créer ensemble le futur, ce n'est pas gérer la rareté des moyens, mais c'est gérer l'abondance des idées et des buts. Il faut donc créer un climat où demeure le processus d'émerveillement et développer la confiance qui permet d'apprendre de la réalité des autres, comme facteur de réciprocité. » *Herman Wittockx*

Dans les services de première ligne, il est nécessaire de favoriser la concertation des divers professionnels par une pratique de collaboration interdisciplinaire afin d'améliorer l'accès et la complémentarité des services de santé en périnatalité (MSSS, 2008c; Table sectorielle nationale, 2011). L'objectif de la collaboration est de fournir des soins de santé adaptés qui répondent aux besoins particuliers de la population par une utilisation maximale des connaissances et des habiletés des professionnels en cause. En première ligne, la collaboration entre les infirmières et les médecins demeure l'élément central de la pratique interdisciplinaire visée par les présents standards principalement dans le suivi conjoint de la grossesse. De fait, la littérature montre à quel point il importe de faire passer l'offre de service par une diversité de professionnels, ce qui permet d'en améliorer l'accessibilité, mais aussi la continuité et la qualité en raison des diverses compétences ainsi mises à profit (CSBE, 2012).

Certaines conditions sont généralement reconnues comme essentielles pour qu'une véritable pratique de collaboration se développe. Le fait de se donner des objectifs communs à atteindre, de se faire mutuellement confiance et d'établir des modalités d'interaction constituent des éléments de base permettant de créer un environnement propice où la collaboration est réelle et valorisée. Il faut donner le temps à la pratique de collaboration de s'installer adéquatement. Elle ne saura exister sans le désir des professionnels concernés de travailler ensemble dans un même but : celui d'améliorer les services à la clientèle. Chacun doit reconnaître qu'il fait partie d'une même équipe.

Pour que la collaboration se réalise pleinement dans une perspective de partenariat, il doit exister un lien de confiance entre les professionnels et un partage des responsabilités dans un respect mutuel. La formalisation des fonctions et des processus constitue également une condition pour parvenir à une pratique de collaboration. Le climat de confiance est possible si les rôles, les responsabilités et les domaines d'imputabilité respectifs sont explicites et clairement définis dans une démarche commune et mutuellement complémentaire. L'élaboration de processus de transmission de l'information et de prises de décisions cliniques permet d'obtenir davantage de fluidité dans les relations interprofessionnelles.

La notion de collaboration interprofessionnelle se définit comme « un partenariat entre une équipe de professionnels de la santé et une personne et ses proches dans une approche participative, de collaboration et de coordination, en vue d'une prise de décision partagée concernant l'atteinte de résultats optimaux en matière de santé et de services sociaux. » *Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (2010)*

Selon Aubin et al. (2007), cette notion implique :

- Des objectifs et des résultats de santé semblables et partagés pour les patients ;
- Des actions concertées et orientées vers un même but ;
- Le partage de l'information, de l'expertise et de la prise de décision ;
- Des modes de communication efficaces, prévus et organisés ;
- Une bonne connaissance des besoins de la clientèle ;
- Des discussions cliniques concernant les profils des usagers et les priorités de suivi ;
- Une bonne connaissance, des discussions, un respect du champ d'exercice de l'autre ;
- Une prise de conscience de l'interdépendance ;
- Le développement et la mise à jour d'une expertise diversifiée nécessaire en première ligne ;
- La perspective de rendre toute action plus efficace et efficiente ;
- Des rencontres d'équipe planifiées dans l'horaire ;
- Des stratégies d'intervention novatrices ;
- Des ordonnances collectives et des règles de soins découlant de données probantes ;
- Des discussions sur les conditions matérielles favorisantes ;
- Des champs de compétence exclusifs et partagés.

Des études portant sur les pratiques de collaboration montrent qu'il s'agit d'un modèle de pratique clinique efficient, tant pour les patients que pour les professionnels de la santé. Chacun y trouve de nombreux avantages, notamment :

- Une augmentation de l'accès aux services de santé ;
- Des soins de santé de proximité et orientés vers la clientèle, notamment par des stratégies de promotion de la santé et de prévention de la maladie ;
- Une qualité et une sécurité des soins supérieures menant à l'amélioration de la santé des populations ;
- Le développement de son expertise professionnelle par l'influence de l'expertise de l'autre.

La collaboration interprofessionnelle n'est donc plus une vertu, mais une nécessité. « Les innovateurs doivent mettre en relation différents univers pour donner naissance à des idées nouvelles et doivent nouer des partenariats à la fois solides et ciblés. » (Hargadon, 2003).



Chapitre 6

Standard relatif à la qualité des services professionnels

Standard

7

LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES SERVICES

L'INFIRMIÈRE ADOpte UNE APPROCHE D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DES SERVICES ET L'APPLIQUE À SA RELATION AVEC LA CLIENTÈLE, AUX EXIGENCES D'ORGANISATION DE SES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES ET AU DÉVELOPPEMENT DE SA PRATIQUE.

En premier lieu, l'infirmière assume la responsabilité de développer et d'améliorer ses compétences pour intervenir adéquatement auprès des familles. Cet aspect de l'amélioration de la qualité des services professionnels vise aussi la promotion d'une pratique clinique de qualité. Le personnel infirmier doit posséder un bagage de connaissances, d'habiletés intellectuelles, professionnelles et personnelles, de valeurs et d'aptitudes nécessaires à la pratique auprès des familles requérant des soins infirmiers prévus dans le champ d'exercice infirmier et dans les présents standards de pratique. L'infirmière exerce de manière autonome et sécuritaire. Sa pratique professionnelle s'appuie sur de solides connaissances scientifiques continuellement mises à jour. Elle reconnaît l'importance de l'interdisciplinarité et la nécessité de collaborer avec les organismes du milieu (OIIQ, 2010a). La compétence professionnelle désigne les connaissances, les habiletés, les attitudes et le jugement nécessaires à l'infirmière pour exercer sa profession ainsi que la capacité de les appliquer dans les situations cliniques. C'est un élément essentiel de la qualité des soins et des services (Truchon, 2005). Elle doit tenir compte des limites de ses habiletés et de ses connaissances. Pour exercer pleinement son rôle, l'infirmière en périnatalité doit avoir des compétences et des connaissances spécifiques.

En effet, elle doit posséder non seulement des connaissances et des habiletés en périnatalité, mais aussi en sciences biomédicales, en anatomophysiologie du système reproducteur, en pharmacologie, en nutrition et en psychologie du développement pour être en mesure de répondre aux besoins particuliers de cette clientèle. Elle doit maîtriser les concepts de l'évolution normale de la grossesse, de l'accouchement, du travail, du post-partum immédiat et de l'évolution normale du nouveau-né dans la communauté en post-partum immédiat. Elle doit aussi maîtriser les concepts de l'évolution du développement et de la croissance d'un enfant de 0 à 5 ans, de dépistages multiples de la petite enfance, ainsi que les principes de la vaccination et de l'immunisation de sa clientèle. Elle doit bien connaître et être capable de faire l'examen physique de la mère et du bébé dans le continuum de périnatalité et reconnaître un écart par rapport à la normalité. Pour ce faire, l'intensité de sa contribution pourrait être progressive pour ainsi parfaire et développer son expérience et son expertise. La flexibilité des modèles de partenariat et de pratiques de collaboration présentés dans les présents standards permet l'ajustement des rôles infirmiers au continuum des apprentissages et du développement des compétences de l'infirmière.

L'infirmière a une approche holistique, globale et centrée sur la santé des familles. Elle comprend les différences ethnoculturelles et en favorise le respect. Elle possède les connaissances requises sur les aspects légaux, éthiques et moraux liés au contexte de la périnatalité. En outre, elle est capable d'enseigner et de transmettre des connaissances. Elle doit être en mesure de comprendre et de reconnaître les manifestations cliniques, d'intervenir de façon efficace, adéquate et sécuritaire et de détecter les signes annonciateurs d'un problème. Elle doit donc tenir à jour ses compétences afin d'exercer ses activités professionnelles selon les résultats probants de recherche et selon les normes et guides de meilleures pratiques généralement reconnues. L'infirmière maintient une pratique clinique de qualité en demeurant au fait des travaux, des rapports d'étude ou de recherche et des principaux développements cliniques liés à la santé des familles. Les standards ou normes de pratique, les lignes directrices ou guides de pratique, les protocoles nationaux ou toute autre forme d'orientations émises par des organismes officiels influent aussi sur la pratique infirmière. À cet effet, elle doit respecter la norme professionnelle de formation continue adoptée par l'OIIQ (2011).

Qu'elle exerce dans le secteur privé ou dans le secteur public, l'infirmière organise ses services professionnels en respectant les exigences de qualité et de sécurité. Elle devrait donc pouvoir compter sur la collaboration des équipes médicales avec qui elle travaille, ainsi que sur celle des instances administratives et professionnelles des établissements qui devraient l'appuyer en ce sens. Les présents standards précisent les diverses exigences professionnelles susceptibles d'orienter les décisions et les actions en la matière. Ainsi, la mission, le rôle, les compétences attendues, les modalités de collaboration interprofessionnelle et les activités de l'infirmière dans les différents contextes en périnatalité devront être énoncés clairement et communiqués aux partenaires, notamment aux équipes médicales. À cet effet, un document pourra être élaboré par les équipes partenaires, de concert avec la direction des soins infirmiers lorsque l'infirmière relève d'un établissement, et mis à jour régulièrement. De plus, comme les services de première ligne doivent s'appuyer sur les meilleures pratiques cliniques reconnues et sur l'utilisation d'outils de dépistage validés, il faudra favoriser l'accès des infirmières aux guides de pratique et aux revues de qualité et les soutenir dans le maintien et le développement de leurs habiletés cliniques.

L'infirmière et son équipe sont invitées à consulter les publications de l'OIIQ qui traitent de l'amélioration continue des compétences, de la norme de formation continue, des standards de pratique de l'infirmière travailleuse autonome pour les guider dans la démarche d'amélioration continue de la qualité et la sécurité, principalement lorsque l'infirmière ne relève pas d'une direction des soins infirmiers.

ANNEXE A

Identification des femmes pouvant faire l'objet d'un suivi conjoint de la grossesse à faible risque par l'infirmière

GROSSESSE À FAIBLE RISQUE	AVIS MÉDICAL NÉCESSAIRE (Voir chapitre 2, 2.1)
ÂGE À L'ACCOUCHEMENT ET STATUT DE GESTATION (G.P.A.)	
<ul style="list-style-type: none">Toutes les femmes de 15 ans et plus et de moins de 40 ans ;Toutes les femmes ayant une première grossesse évolutive pour leur première visite d'évaluation (G1 ou G2A1 ou G3A2) et qui sont sans ATCD médicaux significatifs ;Toutes les femmes ayant déjà eu une ou des grossesses évolutives sans complications obstétricales majeures et qui n'ont pas d'ATCD médicaux.	<ul style="list-style-type: none">Toutes les femmes de moins de 15 ans et de 40 ans et plus ;Toutes les femmes ayant bénéficié d'un programme de fertilisation in vitro (FIV) ;Toutes les femmes immigrantes ou réfugiées nouvellement arrivées ou première grossesse au Québec (bilan, dépistage ou évaluation particulière).
ATCD OBSTÉTRICAUX	
<ul style="list-style-type: none">Sont incluses toutes les femmes ayant eu des grossesses normales ET des accouchements par voie vaginale ou par césarienne.Sont incluses les femmes ayant eu des complications médicales légères :<ul style="list-style-type: none">Diabète gestationnel traité par régime alimentaire (Db A1) ou intolérance aux glucides ;Trouble hypertensif léger de la grossesse [hypertension (HTA) gravidique ou prééclampsie légère (PEL)].Sont incluses les femmes ayant eu des complications obstétricales légères :<ul style="list-style-type: none">Accouchement prématuré à 34 semaines et plus lors d'une précédente grossesse ;Décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI) sans autres complications de la grossesse.	<ul style="list-style-type: none">Toutes femmes ayant eu des complications médicales importantes :<ul style="list-style-type: none">Diabète gestationnel traité par insuline ou hypoglycémiants oraux (Db A2) ;Trouble hypertensif sévère de la grossesse [toxémie ou prééclampsie sévère (PES), hémolyse, enzymes hépatiques élevées et thrombocytopénie (HELLP)].Toutes les femmes ayant eu des complications obstétricales sérieuses :<ul style="list-style-type: none">Accouchement prématuré de moins de 34 semaines lors d'une précédente grossesse ;Retard de croissance intra-utérin (RCIU) à terme (37 semaines et plus) : bébé de moins de 2500 g ;Mort fœtale in utero (MFIU) ;Décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI) avec ou sans complications associées (RCIU, MFIU) lors d'une précédente grossesse.

GROSSESSE À FAIBLE RISQUE	AVIS MÉDICAL NÉCESSAIRE (Voir chapitre 2, 2.1)
ATCD GÉNÉRAUX	
<ul style="list-style-type: none"> • Sont incluses les femmes atteintes d'une hypothyroïdie traitée et qui n'ont pas d'anticorps antithyroïdiens circulants de la maladie de Graves (TSI) ; • ATCD de trouble de la coagulation ne nécessitant PAS une anticoagulation prophylactique ou thérapeutique en grossesse, mais seulement en post-partum ; • Les femmes ayant des ATCD psychologiques ou psychiatriques stables ne nécessitant pas de traitement ou requérant seulement une monothérapie stable. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les femmes ayant une maladie chronique pouvant nuire à la grossesse ou altérer la santé de la femme enceinte : <ul style="list-style-type: none"> – Maladies endocriniennes (hyperthyroïdie, diabète prégrossesse de type 1 ou 2) ; – Maladies hypertensives prégrossesse ; – Maladies rénales (p. ex., greffe), sauf les ATCD de lithiasie et d'infection urinaire ; – Maladies cardiaques (p. ex., malformations limitant la fonction) ; – Maladies digestives traitées (p. ex., colite ulcéreuse et maladie de Crohn, bypass) ; – Maladies rhumatologiques traitées (p. ex., lupus (LED), arthrite rhumatoïde) ; – Maladies hématologiques (p. ex., purpura thrombocytopénique idiopathique (PTI) nécessitant un traitement, hémoglobinopathies) ; – Maladies neurologiques (p. ex., épilepsie, sclérose en plaques (SEP)) ; – Maladies infectieuses chroniques (p. ex., VIH, hépatite B ou C traitée) ; – ATCD de troubles de la coagulation [p. ex., thrombophilie, thrombophlébite profonde (TPP) extensive) et/ou embolie pulmonaire (EP)] nécessitant une anticoagulation prophylactique ou thérapeutique en grossesse et en post-partum ; – Les femmes ayant une autre maladie chronique non répertoriée et n'ayant pas reçu l'aval d'un médecin ; – Les femmes ayant des ATCD ou présentant des troubles mentaux sévères jugés instables, ou nécessitant une polythérapie ; – Les femmes ayant un problème de toxicomanie ou d'alcoolisme (consommation régulière et abusive de drogues dures, d'hallucinogènes, de hasch ou de pot, ou d'alcool).
PRISE DE MÉDICAMENTS	
	<ul style="list-style-type: none"> • Les femmes prenant un médicament en raison d'une maladie chronique, à l'exception de l'hypothyroïdie traitée, et qui n'ont pas d'anticorps antithyroïdiens circulants de la maladie de Graves (TSI), sauf les femmes traitées pour troubles mentaux stables en monothérapie.
AUTRES	
	<ul style="list-style-type: none"> • Les femmes ayant des antécédents de malformation congénitale ; • Les parents (femmes ou hommes) qui sont des porteurs connus d'une anomalie génétique ou qui ont une possibilité de gènes anormaux (p. ex., translocation) ; • Les femmes ayant une affection non répertoriée et n'ayant pas reçu l'aval d'un médecin.

ANNEXE B

Modèle-cadre pour le suivi de la grossesse

VISITE N° 1 **8-12 SEMAINES**
PAR L'INFIRMIÈRE

QUESTIONNAIRE À LA FEMME ENCEINTE	EXAMEN PHYSIQUE	PROMOTION ET PRÉVENTION	FORMULAIRES ET DOCUMENTATION
ANTÉCÉDENTS			
Antécédents familiaux Antécédents médicaux : <ul style="list-style-type: none">• Médicaments• Multivitamines et acide folique• Produits naturels• Statut vaccinal Antécédents obstétricaux			Dossier obstétrical Observations médicales Collecte des données : Fiches 1, 2, 3 et 4
GROSSESSE ACTUELLE			
Antécédents menstruels : <ul style="list-style-type: none">• Établir la date des dernières menstruations et la date approximative de l'accouchement (DPA). Symptômes ou inconforts : <ul style="list-style-type: none">• Nausées• Vomissements• Constipation• Saignements Évaluation du réseau de soutien, des facteurs psychosociaux et culturels. Questions et autres préoccupations.	Taille, poids, IMC Tension artérielle et signes vitaux Cœur fœtal Thyroïde/cou Auscultation cœur/poumons	Information sur les malaises courants de la grossesse. Introduire la notion de retrait préventif.	Dossier obstétrical Observations médicales Fiche 1 (Formulaire AH-266) Fiche 2 (Formulaire AH-267) Ordonnances collectives ou prescription : <ul style="list-style-type: none">• Diclectin• Acide folique et multivitamines• Ajustement du Synthroid (OC) Remettre le formulaire à la femme.

QUESTIONNAIRE À LA FEMME ENCEINTE	EXAMEN PHYSIQUE	PROMOTION ET PRÉVENTION	FORMULAIRES ET DOCUMENTATION
HABITUDES DE VIE			
		<ul style="list-style-type: none"> • Cigarettes • Alcool • Drogues • Alimentation • Infections d'origine alimentaire (listérose) • Autres risques (toxoplasmose) • Exercice et sport • Sexualité et facteurs de risque • Transport • Voyage 	Fiche 1 (Formulaire AH-266)
ALLAITEMENT			
Expérience antérieure de l'allaitement. Intention et intérêt pour l'allaitement. Changements observés aux seins.	Examen des seins	Information sur les ressources de soutien à l'allaitement dans le territoire.	Fiche 2 (Formulaire AH-267)
EXAMENS DE LABORATOIRE ET DE RADILOGIE			
Remplir et remettre les demandes d'analyses de laboratoire courantes en pratique obstétricale T1 et d'autres selon antécédents (OC). Remplir et remettre la demande d'échographie selon les besoins (clarté nucale, écho de datation, viabilité (OC).			Demandes : Échographie T1 (entre 9 et 11 semaines) Échographie T2 (entre 18 et 20 semaines)

QUESTIONNAIRE À LA FEMME ENCEINTE	EXAMEN PHYSIQUE	PROMOTION ET PRÉVENTION	FORMULAIRES ET DOCUMENTATION
DÉPISTAGE ET ORIENTATION			
<p>Orientation clinique de planning en cas de doute d'une grossesse non désirée.</p> <p>Indices de situations à risque :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adolescente • Faible revenu familial • Faible scolarité <p>Préparer les demandes de consultations à différents services, au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • SIPPE • OLO • Services psychosociaux • Nutrition • Avis de grossesse 	<p>Examen gynécologique pour prélevements cervicaux, si indiqués (OC).</p> <p>Dépistage gonorrhée, chlamydia et facteurs de risque ITSS.</p>	<p>Counseling génétique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dépistage de la trisomie 21 ; • Remplir le formulaire et le remettre à la femme. 	<p>Demande au programme québécois de dépistage prénatal de la trisomie (PQDPT21) (Formulaire AH-611)</p> <p>Brochure PQDPT21</p> <p>Demandes différents dépistages</p>
INFORMATION ET DOCUMENTATION			
		<p>Quoi faire en cas d'urgence ?</p> <p>Guides et publications pour les parents :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le plan de naissance • Le soulagement de la douleur • Le père • Autres <p>Bottins de ressources</p> <p>Ressources disponibles (cours prénataux, CSSS, organismes communautaires, autres)</p>	
PLANIFICATION DES SOINS			
<p>Déterminer si un avis médical est requis avant de terminer la visite.</p> <p>Déterminer le suivi médical et assurer la continuité des soins.</p> <p>Indication du professionnel ou du groupe de professionnels en suivi conjoint.</p> <p>Fixer le prochain RDV.</p>		<p>Expliquer l'organisation des RDV et l'alternance des soignants, s'il y a lieu.</p>	

À la suite de la première visite, l'organisation des visites subséquentes et la gestion des résultats des examens diagnostiques dépendent de plusieurs facteurs (prise de RDV, disponibilité de la patiente et des professionnels, etc.). L'infirmière peut contribuer à la gestion des résultats, mais le médecin en demeure responsable. Pour l'évaluation et la prise en charge du dépistage prénatal, la chronologie idéale pour toutes les femmes au premier trimestre est la suivante : première visite avec l'infirmière – visite avec le médecin – échographie T1. Il est par contre possible et probable que l'échographie soit faite avant la visite médicale si cela convient à la femme. La femme qui a des antécédents de maladies génétiques ou qui a besoin d'explications devrait pouvoir rencontrer le médecin avant le début du dépistage prénatal.

Le tableau suivant présente la liste des soins de routine à donner à chacune des visites du suivi de grossesse et la justification de ces procédures. On présente ensuite les particularités de chacune des visites et qui, de l'infirmière ou du médecin, devrait idéalement faire la visite.

LISTE DE SOINS PRÉNATAUX DE ROUTINE À EXÉCUTER À CHAQUE VISITE DU SUIVI DE GROSSESSE

INTERVENTION OU SOIN	JUSTIFICATION
MESURE DE LA TENSION ARTÉRIELLE	<ul style="list-style-type: none"> Recommandée pour la détection de tout changement qui pourrait indiquer une maladie hypertensive de grossesse.
DÉCOMPTE DES MOUVEMENTS FŒTAUX (DMF)	<ul style="list-style-type: none"> Recommander aux femmes sans facteurs de risque d'être vigilantes par rapport aux mouvements foetaux à partir du troisième trimestre et de compter le nombre de mouvements si elles ont la sensation qu'ils diminuent. Recommander aux femmes ayant des facteurs de risque d'issues défavorables de grossesse de commencer entre la 26^e et la 32^e semaine le décompte des mouvements foetaux plusieurs fois par jour.
ÉVALUATION DU CŒUR FŒTAL	<ul style="list-style-type: none"> Recommandée pour confirmer la viabilité du fœtus en plus de rassurer la mère en contribuant au développement de son attachement pour son bébé (après 10 semaines en général).
MESURE DE LA HAUTEUR UTÉRINE À PARTIR DE LA 24^E SEMAINE	<ul style="list-style-type: none"> Prendre la mesure avec un ruban à mesurer entre la symphyse pubienne et le fond utérin afin de déceler les variations de croissance. L'utilisation d'un graphique est utile. Avant 24 semaines, les repères sans ruban sont les suivants : <ul style="list-style-type: none"> À la hauteur de la symphyse à 12 semaines ; À mi-chemin entre la symphyse et l'ombilic à 16 semaines ; À l'ombilic à 20 semaines.

INTERVENTION OU SOIN	JUSTIFICATION
DÉPISTAGE ITSS	<ul style="list-style-type: none"> Proposer ce dépistage en début de grossesse à toutes les femmes enceintes avec explication de sa pertinence (une infection peut être asymptomatique, mais comporter des risques pour le bébé). Consigner au dossier le refus éventuel de la femme. Se référer au <i>Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang</i> (MSSS, 2014a), notamment pour l'identification des risques et les recommandations quant aux périodes ciblées des dépistages, dont la répétition des dépistages à la 28^e semaine de grossesse et autour de l'accouchement. Outre les cultures des sites précisés (rectovaginal), le dépistage sur prélèvement urinaire est à considérer.
BÂTONNETS RÉACTIFS POUR LA DÉTECTION DE LA PROTÉINURIE	<ul style="list-style-type: none"> Recommandé à toutes les femmes en début de grossesse pour le dépistage précoce des maladies rénales. Souvent fait par SMU qui indique les protéines dans l'urine (routine T1). Recommandé lorsque la possibilité de prééclampsie est faible. Lorsqu'il y a une suspicion plus importante de prééclampsie, des analyses de laboratoire sont alors recommandées (présence de protéines dans les urines, ratio créatinine ou collecte d'urine x 24 heures). À faire systématiquement pour les patientes à risque ou si on constate une augmentation de la TA lors des visites.
PRISE DE POIDS	<ul style="list-style-type: none"> Recommandé pour les femmes obèses ou de poids insuffisant. Les autres femmes apprécieront qu'on discute de la prise de poids et de l'exercice pendant la grossesse, mais les études ne prouvent pas qu'il y a des bienfaits en ce qui a trait à la prise de poids pour celles qui sont en bonne santé. Pour ces dernières, une valeur de base d'IMC en début de grossesse permet de discuter de la façon dont on envisage la prise de poids durant la grossesse, cette dernière étant calculée à partir du poids prégrossesse.
DOSSIER OBSTÉTRICAL	<ul style="list-style-type: none"> Remplir la feuille 4 et tenir la feuille 3 à jour. Revoir la section générale à chacune des visites. Parapher la feuille 4 à l'endroit prévu après chaque visite, surtout si le suivi de la grossesse est assuré par plusieurs intervenants.
ACTIVITÉS D'ÉDUCATION ET DE PROMOTION-PRÉVENTION	<ul style="list-style-type: none"> Se reporter aux standards 1, 2 et 3.

PARTICULARITÉS DE CHAQUE VISITE

VISITE N° 2

12-16 SEMAINES (IDÉALEMENT APRÈS L'OBTENTION DE LA « ROUTINE T1 ») PAR LE MÉDECIN

Validation « dossier obstétrical », feuilles 1,2, 3 et 4

Établissement des particularités nécessitant un suivi adapté à la condition

Nom des autres consultants PRN (médecine, anesthésiologie)

Conseils génétiques :

- PQDPT21 ou dépistage offert dans le secteur privé
- Autres selon ATCD

Vérification échographie T1, le cas échéant :

- DATATION OFFICIELLE de la grossesse
- Prise en charge des résultats anormaux
- Clarté nucale et PQDPT21

Vérification des analyses de laboratoire de la « Routine T1 »

- Prise en charge des résultats anormaux

Planification des autres RDV si la DATATION OFFICIELLE est connue

Analyses de laboratoire « Routine T2 » à prévoir :

- + 24 à 26 semaines si ATCD (DG A2) ou intolérance aux glucides
- + 24 à 28 semaines pour les autres

Échographie T2 (18-24 semaines)

WinRho si indiqué (après 28 semaines)

VISITE N° 3**16-20 SEMAINES****PAR LE MÉDECIN (APRÈS DÉPISTAGE GÉNÉTIQUE ANORMAL) OU
PAR L'INFIRMIÈRE (APRÈS DÉPISTAGE GÉNÉTIQUE NORMAL)**

Vérification échographie T1 (si elle a été faite entre la deuxième et la troisième visite)

Datation officielle de la grossesse :

- Prise en charge des résultats anormaux
- Clarté nucale
- Conseils génétiques selon les résultats du PQDPT21
- Autres, selon les résultats

Analyses de laboratoire « Routine T2 » :

- + 24 à 26 semaines si ATCD (DG A2) ou intolérance aux glucides
- + 24 à 28 semaines pour les autres échographies T2 (18-24 semaines)

WinRho lorsque indiqué (après 28 semaines)

Échographie 2^e trimestre (18 à 24 semaines)

VISITE N° 4**20-24 SEMAINES (IDÉALEMENT APRÈS L'ÉCHOGRAPHIE T2)****PAR LE MÉDECIN**

Dernière vérification pour finaliser le dossier obstétrical

Vérification de l'échographie T2

Prise en charge des résultats anormaux

Planification de l'échographie T3 si indiquée

Échographie 2^e trimestre (18 à 24 semaines)

VISITE N° 5**24-28 SEMAINES (IDÉALEMENT APRÈS LA « ROUTINE T2 »)
PAR LE MÉDECIN OU L'INFIRMIÈRE**

Mise à jour du dossier

Vérification échographie T2 si non faite à la visite n° 4

Vérification des analyses de laboratoire « Routine T2 » et hyperglycémie provoquée orale (HGOP)

Début de la discussion au sujet de l'accouchement (questions, craintes, etc.)

Entrée en période de viabilité :

- Évaluation maternelle et évaluation du bien-être fœtal (BEF)
- Explication du décompte des mouvements fœtaux (DMF)
- Notions de quelques événements obstétricaux fréquents et rappel des consignes quand appeler ou comment consulter :
 - Menace de travail prétermé (MTPT)
 - Saignements, perte de liquide, diminution ou absence de mouvements fœtaux, contractions utérines

Transfert à l'équipe GARE ou suivi par l'équipe de première ligne avec le soutien des équipes GARE (selon décision médicale)

Échographie 3^e trimestre (32 à 34 semaines) si indiquée

VISITE N° 6**28-31 SEMAINES
PAR LE MÉDECIN OU L'INFIRMIÈRE**

Mise à jour du dossier

Vérification des analyses de laboratoire « Routine T2 » et hyperglycémie provoquée orale (HGOP) si non faite à la visite précédente

WinRho lorsque indiqué

Évaluation à chaque visite de la protéinurie selon le milieu de soins

Administration de l'échelle d'Édimbourg (pourrait aussi être administrée à tout moment selon les besoins)

Dépistage des ITSS

Transfert à l'équipe GARE ou suivi par l'équipe de première ligne avec le soutien des équipes GARE (selon décision médicale)

Échographie 3^e trimestre (32 à 34 semaines) – si indiquée

VISITE N° 7

**31-34 SEMAINES
(APRÈS L'ÉCHOGRAPHIE T3, S'IL Y A LIEU)
PAR LE MÉDECIN OU L'INFIRMIÈRE**

Mise à jour du dossier

Vérification de l'échographie T3, s'il y a lieu

Planification d'une autre échographie selon résultats

Évaluation à chaque visite de la présentation fœtale

Transfert à l'équipe GARE ou suivi par l'équipe de première ligne avec le soutien des équipes GARE (selon décision médicale)

VISITE N° 8

**33-35 SEMAINES
PAR LE MÉDECIN OU PAR L'INFIRMIÈRE ET LE MÉDECIN**

Mise à jour du dossier

Vérification de l'échographie T3 si non faite avant

Planification d'une autre échographie selon résultats

Discussion sur la préparation à l'accouchement

Plan de naissance

Massage du périnée

Préparation à l'allaitement

Transfert à l'équipe GARE ou suivi par l'équipe de première ligne avec le soutien des équipes GARE (selon décision médicale)

Préadmission

Visite des lieux : en groupe avec les cours prénataux ou visite virtuelle, lorsque disponible

VISITE N° 9**35-36 SEMAINES
PAR LE MÉDECIN OU PAR L'INFIRMIÈRE ET LE MÉDECIN**

Mise à jour du dossier

Retour sur la préparation à l'accouchement

Évaluation de la présentation fœtale

Prélèvement rectovaginal pour la recherche des streptocoques du groupe B (SGB)

Identification de la clientèle requérant une prophylaxie pour l'herpès génital selon les critères d'inclusion

Autres prélèvements selon le milieu de soins et si indications : entérocoque résistant à la vancomycine (ERV), *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM)

Transfert à l'équipe GARE ou suivi par l'équipe de première ligne avec le soutien des équipes GARE (selon décision médicale)

VISITE N° 10**37 SEMAINES
PAR LE MÉDECIN**

Mise à jour du dossier

Confirmation clinique définitive de la présentation fœtale (manœuvre de Léopold +/- toucher vaginal PRN)

Prélèvement rectovaginal pour la recherche du streptocoque du groupe B (SGB)

Retour sur la préparation à l'accouchement si non fait

Vérification et prise en charge des résultats des prélèvements

Protocole de prévention des infections néonatales précoces par le SGB

Protocole d'isolement pour l'ERV et le SARM

Transfert à l'équipe GARE ou suivi par l'équipe de première ligne avec le soutien des équipes GARE (selon décision médicale)

VISITE N° 11**38 SEMAINES
PAR LE MÉDECIN OU PAR L'INFIRMIÈRE ET LE MÉDECIN**

Mise à jour du dossier

Évaluation du col à chaque visite : exception pour la femme qui refuse et pour laquelle vous n'avez pas d'indication clinique de faire le toucher vaginal (TV)

Massage ou balayage du col (*stripping*) pour les femmes qui le souhaitent (par le médecin)

Transfert à l'équipe GARE ou suivi par l'équipe de première ligne avec le soutien des équipes GARE (selon décision médicale)

VISITE N° 12**39 SEMAINES
PAR LE MÉDECIN OU PAR L'INFIRMIÈRE ET LE MÉDECIN**

Mise à jour du dossier

Massage ou balayage du col (*stripping*) pour les femmes qui le souhaitent (par le médecin)

Transfert à l'équipe GARE ou suivi par l'équipe de première ligne avec le soutien des équipes GARE (selon décision médicale)

VISITE N° 13**40 SEMAINES
PAR LE MÉDECIN OU PAR L'INFIRMIÈRE ET LE MÉDECIN**

Mise à jour du dossier

Massage ou balayage du col (*stripping*) pour les femmes qui le souhaitent (par le médecin)

Transfert à l'équipe GARE ou suivi par l'équipe de première ligne avec le soutien des équipes GARE (selon décision médicale)

Discussion du suivi de la grossesse prolongée et de l'éventualité d'un déclenchement médical (DM)

VISITE N° 14 **41 SEMAINES**
PAR LE MÉDECIN

Mise à jour du dossier

Évaluation du col

Massage ou balayage du col (*stripping*) pour les femmes qui le souhaitent (par le médecin)

Discussion et prise en charge de la grossesse prolongée :

- Planification du DM selon l'état du col et le souhait de la femme
OU
- Prise en charge de l'évaluation du BEF si conduite expectative :
 - Échographie pour le profil biophysique (PBP)
 - Test de réactivité foetale (TRF) ou « non-stress test » (NST)
 - Échographie pour mesure du liquide amniotique (LA) :
 - Index du LA
 - Mesure de la pochette maximale

ANNEXE C

Modèle-cadre de l'évaluation de la nouvelle accouchée

PREMIER CONTACT TÉLÉPHONIQUE	VISITE À DOMICILE OU CONSULTATION	
N ^{bre} de jours <input type="checkbox"/> ou d'heures <input type="checkbox"/> post-partum au moment de l'appel : _____	N ^{bre} de jours <input type="checkbox"/> ou d'heures <input type="checkbox"/> post-partum au moment de la visite : _____ Date de sortie CH : _____ <input type="checkbox"/> Gravida <input type="checkbox"/> Terme <input type="checkbox"/> Para <input type="checkbox"/> Avorta <input type="checkbox"/> Vivant	
HISTOIRE N ^{bre} de semaines de gestation : _____ Date et heure de l'accouchement : _____ Particularités de la grossesse : _____		
PROBLÈMES DE SANTÉ AU COURS DE LA GROSSESSE Diabète de grossesse <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Hypertension gravidique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Problèmes de santé connus : _____ Médicaments : _____ Hémoglobine : _____ Supplément fer <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Particularités : _____		
ACCOUCHEMENT Voie vaginale Épisiotomie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Déchirure <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Degré 1 2 3 4 Autres complications : _____		Césarienne <input type="checkbox"/> Élective <input type="checkbox"/> Urgente Agrafes <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Complications : _____

PREMIER CONTACT TÉLÉPHONIQUE	VISITE À DOMICILE OU CONSULTATION
<p>Douleur a/n périnée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, évaluer cette douleur : _____ / 10</p>	<p>Points de suture <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Diachylon de rapprochement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Agrafes <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
<p>Douleur plaie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, évaluer cette douleur : _____ / 10</p>	
<p>Particularités a/n du périnée ou de la plaie :</p> <hr/>	<p>Particularités a/n du périnée ou de la plaie :</p> <hr/>
<p>Ordonnances médicales/analgésiques :</p> <hr/> <hr/>	<p>Ordonnances médicales/analgésiques :</p> <hr/> <hr/>
ÉTAT GÉNÉRAL	
<p>Hyperthermie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Étourdissements <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	ÉTAT GÉNÉRAL <p>Signes vitaux</p> <p>TA : _____ Pouls : _____</p>
	<p>Étourdissements <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Œdème <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>T° (selon tableau clinique) : _____</p>
	<p>Utérus</p>
	<p>Hauteur utérine : _____</p> <p>Tranchées <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
	<p>Douleur à la palpation <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
	<p>Périnée</p>
	<p>Œdème <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Hémorroïdes <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Bain de siège <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Douleur <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
	<p>Conseils ou éléments de surveillance</p> <hr/> <hr/>

PREMIER CONTACT TÉLÉPHONIQUE	VISITE À DOMICILE OU CONSULTATION
<p>LOCHIES</p> <p>Quantité <input type="checkbox"/> ↑ <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>Caillots <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Grosseur : _____</p> <p>Odeur nauséabonde <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Couleur : _____</p>	<p>LOCHIES</p> <p>Quantité <input type="checkbox"/> ↑ <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>Caillots <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Grosseur : _____</p> <p>Odeur nauséabonde <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Couleur : _____</p>
<p>Particularités de la plaie</p> <p><input type="checkbox"/> césarienne et/ou <input type="checkbox"/> périnée</p> <p>Évaluation de la douleur (PQRST) _____ / 10</p> <p>Écoulement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Quantité : _____</p> <p>Couleur : _____</p> <p>Rougeur <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Chaleur <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Douleur <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Déhiscence <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Induration <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Hématome <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Particularités : _____</p> <p>Ordonnances médicales/soins de plaies :</p> <p>_____</p> <p>Conseils ou éléments de surveillance</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

PREMIER CONTACT TÉLÉPHONIQUE	VISITE À DOMICILE OU CONSULTATION
ALLAITEMENT	
Allaitement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Allaitement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Expérience antérieure <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Expérience antérieure <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Durée : _____	Durée : _____
Montée laiteuse <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Montée laiteuse <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Engorgement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Engorgement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Mise au sein <input type="checkbox"/> Facile <input type="checkbox"/> Variable <input type="checkbox"/> Difficile	Mise au sein <input type="checkbox"/> Facile <input type="checkbox"/> Variable <input type="checkbox"/> Difficile
Mamelons douloureux <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Mamelons douloureux <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, évaluer douleur :	Si oui, évaluer douleur :
Sein droit : _____ / 10 Sein gauche : _____ / 10	Sein droit : _____ / 10 Sein gauche : _____ / 10
Chirurgie mammaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Chirurgie mammaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui <input type="checkbox"/> augmentation <input type="checkbox"/> réduction	Si oui <input type="checkbox"/> augmentation <input type="checkbox"/> réduction
Conseils ou éléments de surveillance/Particularités :	Conseils ou éléments de surveillance/Particularités :

ACTIVITÉS ET HABITUDES DE VIE	
Sommeil : _____	
Alimentation : _____	
Élimination : _____	
Contraception : _____	
Information sur la cessation tabac/alcool/drogue :	

Conseils ou éléments de surveillance/Particularités :	

PREMIER CONTACT TÉLÉPHONIQUE	VISITE À DOMICILE OU CONSULTATION
SITUATION FAMILIALE ET RÉSEAU DE SOUTIEN	PSYCHOSOCIAL
Conseils ou éléments de surveillance : <hr/> <hr/> <hr/>	Adaptation au rôle parental maternel et paternel : <hr/> <hr/>
Réseau de soutien : <hr/> <hr/> <hr/>	Qualité de l’attachement maternel et paternel : <hr/> <hr/> Dépression antérieure <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Réseau de soutien : <hr/> <hr/>
	Évaluation du besoin d'aide pour transport / nourriture / vêtements / logement : <hr/> <hr/> Orientation vers un organisme communautaire : <hr/> <hr/> Dépendance alcool / drogue / jeu : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Échelle d’Édimbourg : <hr/> Conseils ou éléments de surveillance / Particularités : <hr/> <hr/> <hr/>

PREMIER CONTACT TÉLÉPHONIQUE	VISITE À DOMICILE OU CONSULTATION
	<p>INFORMATION ET ENSEIGNEMENT</p> <p><input type="checkbox"/> 5 « B » de l'allaitement <input type="checkbox"/> Allaitement à la demande <input type="checkbox"/> Enseignement sur les soins des seins pendant l'allaitement <input type="checkbox"/> Maintien d'une production lactée adéquate <input type="checkbox"/> Expression manuelle du lait <input type="checkbox"/> Exercice post-partum du plancher pelvien <input type="checkbox"/> Sexualité <input type="checkbox"/> Baby-blues et dépression post-partum <input type="checkbox"/> Enseignement sur les signes ou symptômes qui nécessitent une consultation médicale rapidement <input type="checkbox"/> Autres éléments d'information ou d'enseignement : _____</p>
Visite postnatale prévue (date) : _____	<p>Suivi médical <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, date : _____</p> <p>Médecin : _____</p> <p>Orientation vers un service psychosocial <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, lequel : _____</p> <p>Prochaine rencontre : _____</p>
<p>RESSOURCES</p> <p><input type="checkbox"/> 811 <input type="checkbox"/> <i>Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans</i> <input type="checkbox"/> CLSC <input type="checkbox"/> Services postnataux en centre hospitalier <input type="checkbox"/> Ressources communautaires en relevailles <input type="checkbox"/> Autres : _____</p>	<p>RESSOURCES</p> <p><input type="checkbox"/> 811 <input type="checkbox"/> <i>Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans</i> <input type="checkbox"/> CLSC <input type="checkbox"/> Ressources communautaires en relevailles <input type="checkbox"/> Groupe d'entraide allaitement <input type="checkbox"/> Autres : _____</p>
	<p>Constats de l'infirmière : _____ Orientation vers : Suivi des paramètres <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Prochaine rencontre : _____</p>

Modèle-cadre d'un suivi des paramètres de la nouvelle accouchée

Date (année, mois, jour)	_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____
Heure	_____ : _____	_____ : _____	_____ : _____	_____ : _____
Mode d'intervention	<input type="checkbox"/> Visite à domicile <input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Contact tél.	<input type="checkbox"/> Visite à domicile <input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Contact tél.	<input type="checkbox"/> Visite à domicile <input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Contact tél.	<input type="checkbox"/> Visite à domicile <input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Contact tél.
Nombre de jours post-partum				
État général				
Humeur				
TA	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____
FC	_____ / min	_____ / min	_____ / min	_____ / min
T° (selon tableau clinique)				
Habitudes de vie				
Lochies				
Plaies Césarienne/périnée				
Douleur	(_____ / 10)	(_____ / 10)	(_____ / 10)	(_____ / 10)
Allaitement				
Suivi ou orientation				

Modèle-cadre

VISITE DE RELANCE (4-6 SEMAINES)

Relance téléphonique Visite à domicile Consultation

Provenance de l'infirmière qui fait la relance :

GMF UMF Clinique médicale Services de périnatalité d'un CIUSS Autre

Nombre de semaines post-partum : _____

Présence du conjoint au moment de la visite Oui Non

Particularités : _____

EXAMEN PHYSIQUE

État général : _____

Douleur : _____

Plaie césarienne/périnée : _____

Lochies : _____

Utérus : _____

Médicaments : _____

Autres : _____

Conseils ou éléments de surveillance : _____

ALLAITEMENT

Allaitement Oui Non _____

Mise au sein Facile Variable Difficile _____

Mamelons douloureux Oui Non

Si oui, évaluer la douleur : Sein droit : _____ / 10 Sein gauche : _____ / 10

Conseils ou éléments de surveillance : _____

ACTIVITÉS ET HABITUDES DE VIE

Sommeil : _____

Alimentation : _____

Élimination : _____

Contraception/sexualité : _____

Exercice : _____

Information sur la cessation tabagique : _____

Conseils ou éléments de surveillance : _____

PSYCHOSOCIAL

Adaptation au rôle parental du père et de la mère (échelle d’Édimbourg) : _____

Constats et orientation : _____

ANNEXE D

Modèle-cadre de l'évaluation du nouveau-né

CONTACT TÉLÉPHONIQUE (dans les 24 heures suivant le congé du CH)

Nombre de semaines de gestation : _____	
Nombre de jours ou d'heures après la naissance au moment de l'appel : _____	
Date de naissance : _____	Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
État général <input type="checkbox"/> Alerte <input type="checkbox"/> Irritable <input type="checkbox"/> Somnolent	
Coloration <input type="checkbox"/> Rosée <input type="checkbox"/> Ictérique <input type="checkbox"/> Conjonctive jaune	
Problème de santé particulier : _____	

ALIMENTATION

<input type="checkbox"/> Allaitement exclusif	<input type="checkbox"/> Allaitement + complément	<input type="checkbox"/> Lait maternel exprimé Quantité : _____	<input type="checkbox"/> Préparation commerciale pour nourrissons Quantité : _____
Nombre de tétées : _____ / 24 heures	Durée de la tétée : _____ minutes		
<input type="checkbox"/> Non-allaitement	Nom commercial : _____	Quantité : _____	Nombre de boires : _____ / 24 heures
Enseignement	<input type="checkbox"/> Information sur les préparations commerciales pour nourrissons <input type="checkbox"/> Information sur l'allaitement		

ÉLIMINATION

Mictions Nombre : _____ / 24 heures	<input type="checkbox"/> Claires	<input type="checkbox"/> Concentrées	<input type="checkbox"/> Cristaux
Selles Nombre : _____ / 24 heures	<input type="checkbox"/> Méconiales	<input type="checkbox"/> Transitoires	<input type="checkbox"/> Jaunes

CONSEILS OU ÉLÉMENTS DE SURVEILLANCE

RESSOURCES

<input type="checkbox"/> <i>Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans</i>	<input type="checkbox"/> Coordonnées du CLSC	<input type="checkbox"/> 811
<input type="checkbox"/> Parents avisés de se rendre à l'urgence si le bébé présente de la fièvre. <input type="checkbox"/> Enseignement fait aux parents sur les signes et symptômes de détérioration de santé qui requièrent une consultation rapidement pour la mère ou le nouveau-né.		

Visite postnatale ou consultation prévue : _____	
Date : _____	Heure : _____
Signature : _____	

VISITE POSTNATALE

Âge du bébé : _____	<input type="checkbox"/> Jours	<input type="checkbox"/> Heures
Présence du deuxième parent au moment de la visite : _____	Visite des lieux (visite à domicile) : _____	

PRÉOCCUPATIONS PARENTALES

HISTOIRE

Âge gestationnel : _____	Périmètre crânien : _____	Taille : _____
APGAR : _____		
Poids à la naissance : _____ g	Poids à la sortie du CH : _____ g	Dépistage bilirubine transcutanée : _____ mmol/L
Bilirubinémie : _____	Bilirubinémie : _____	Bilirubinémie : _____
Date _____ Heure _____	Date _____ Heure _____	Date _____ Heure _____
Photothérapie : _____		
Date de sortie du CH : _____		
Particularités : _____		

EXAMEN PHYSIQUE

Poids à la visite _____ g	<input type="checkbox"/> Augmenté _____	<input type="checkbox"/> Diminué _____ (_____ %)	
T° (selon tableau clinique) _____			
État général			
<input type="checkbox"/> Alerte	<input type="checkbox"/> Endormi	<input type="checkbox"/> Irritable	
<input type="checkbox"/> Facilement stimulé	<input type="checkbox"/> Léthargique	<input type="checkbox"/> Consolable	
Tête – Fontanelle antérieure			
<input type="checkbox"/> Plate	<input type="checkbox"/> Bombée	<input type="checkbox"/> Déprimée	
Tête – Fontanelle postérieure			
<input type="checkbox"/> Plate	<input type="checkbox"/> Bombée	<input type="checkbox"/> Déprimée	
	<input type="checkbox"/> Céphalohématome	<input type="checkbox"/> Bosse sérosanguine	
	Forme de la tête : _____	Sutures : _____	<input type="checkbox"/> Cou

YEUX

<input type="checkbox"/> Capacité de suivre un mouvement brièvement	<input type="checkbox"/> Pupilles PERLA		
Conjonctive	<input type="checkbox"/> Claire	<input type="checkbox"/> Jaune	<input type="checkbox"/> Écoulement
Autre : _____			

AUDITION

<input type="checkbox"/> Réagit aux bruits : _____	<input type="checkbox"/> Autre : _____
--	--

NEZ

<input type="checkbox"/> Dégagé	<input type="checkbox"/> Sécrétions	<input type="checkbox"/> Éternuements
Autre : _____		

BOUCHEMuqueuse buccale : Rosée Humide Réflexe des points cardinaux Filet de la langue Autre : _____**POUMONS**

Fréquence respiratoire : _____ /minute

Particularités à l’auscultation : _____

CŒUR

Fréquence respiratoire : _____ /minute

Particularités à l’auscultation : _____

ABDOMEN Souple Ballonné Bruits intestinaux audibles à l’auscultation Autre : _____**ORGANES GÉNITAUX**

Système urinaire : _____ Anus : _____

 Jet urinaire garçon**MOBILITÉ DES ARTICULATIONS** Hanches Clavicules**OMBILIC** Cordon tombé Sec Humide Odeur Écoulement Autre : _____

PEAU

Coloration : Rosée Ictérique Autre : _____

Dépistage bilirubine transcutanée : _____ mmol/L

Bilirubinémie faite ce jour à (heure) _____

<input type="checkbox"/> Milium	<input type="checkbox"/> Sécheresse	<input type="checkbox"/> Souple et lisse	<input type="checkbox"/> Érythème fessier
<input type="checkbox"/> Desquamation	<input type="checkbox"/> Pétéchies	<input type="checkbox"/> Taches	<input type="checkbox"/> Autre: _____

NEURO

Tonus : _____

Réflexes : Moro Tiré Agrippement

ALIMENTATION

<input type="checkbox"/> Allaitement exclusif	<input type="checkbox"/> Allaitement + complément Nom commercial : _____	<input type="checkbox"/> Vitamine D Quantité : _____
<input type="checkbox"/> Non-allaitement	<input type="checkbox"/> Préparation commerciale pour nourrissons	Quantité : _____
Nombre de tétées : _____ /24 heures	Durée de la tétée : _____ minutes	Nombre de boires : _____ /24 heures
<input type="checkbox"/> Régurgitation	<input type="checkbox"/> Étouffement pendant les boires	<input type="checkbox"/> Bonne succion
Enseignement :	<input type="checkbox"/> Information sur les préparations commerciales pour nourrissons <input type="checkbox"/> Information sur l'allaitement	

ÉLIMINATION

Mictions ($\geq 6/j$) Nombre : _____ à _____ /24 heures	<input type="checkbox"/> Claires	<input type="checkbox"/> Concentrées	<input type="checkbox"/> Cristaux
<input type="checkbox"/> Test d'urine 21 ^e jour (rappel)	<input type="checkbox"/> Autre : _____		
Selles ($\geq 2/j$) Nombre : _____ à _____ /24 heures	<input type="checkbox"/> Méconiales	<input type="checkbox"/> Transitoires	<input type="checkbox"/> Jaunes
<input type="checkbox"/> Autre : _____			

CONSEILS OU ÉLÉMENTS DE SURVEILLANCE

SOMMEIL

SÉCURITÉ ET ENSEIGNEMENT

- Coucher sur le dos
- Sécurité, dont le siège d'auto
- Stimulation du développement
- Contact peau à peau en période d'éveil
- Maintien allaitement exclusif et production lactée adéquate, recommandation : allaitement exclusif *ad 6 mois*
- Mesures préventives expliquées en prévention de la plagiocéphalie
- Tabagisme passif
- Syndrome de la mort subite du nourrisson
- Fièvre moins de trois mois de vie
- Ictère du nouveau-né
- Température de la pièce
- Syndrome du bébé secoué
- Lien d'attachement
- Manipulation du nouveau-né
- Lit d'enfant
- Vaccination
- Comportement du nouveau-né
- Autre : _____

SUIVI MÉDICAL Oui Non

Si oui, date : _____

Nom du médecin : _____

Poursuite du suivi infirmier et éléments de surveillance : Oui Non

Éléments supplémentaires : _____

Orientation vers un autre professionnel ou une autre ressource : _____

Date : _____

Heure : _____

Signature : _____

ANNEXE E

Directive clinique à l'intention de l'infirmière autorisée à prescrire un supplément vitaminique et de l'acide folique en périnatalité

ÉVALUATION

1. L'infirmière doit informer toute femme qui peut devenir enceinte, qu'elle planifie ou non une grossesse, celle qui planifie une grossesse dans les trois mois à venir et celle qui est enceinte, en période post-partum ou qui allaité, que l'adoption de saines habitudes alimentaires et la prise adéquate de vitamines et de minéraux, dont l'acide folique, avant la conception et pendant la grossesse aident à diminuer le risque d'anomalies congénitales.
2. L'infirmière doit évaluer les besoins de la femme en tenant compte de l'information contenue dans le dossier patient et/ou obtenue en la questionnant sur ses problèmes de santé, ses antécédents personnels ou familiaux ou ceux de son conjoint, ainsi que de toute autre affection qui pourrait nécessiter une dose plus élevée d'acide folique.

RISQUE FAIBLE

- Femmes (ou leur partenaire masculin) sans antécédents personnels ni familiaux de risque d'anomalies congénitales sensibles à l'acide folique.

RISQUE MODÉRÉ

- Femmes (ou leur partenaire masculin) présentant des **antécédents personnels** positifs ou des **antécédents familiaux** d'anomalies congénitales sensibles au folate (limités à des anomalies particulières : cœur, membres, fente palatine, voie urinaire, hydrocéphalie congénitale) ;
- Femmes (ou leur partenaire masculin) présentant des **antécédents familiaux** d'anomalies du tube neural (ATN) ayant affecté un parent au premier ou au second degré ;
- **Diabète maternel** (type 1 ou 2) ;
- **Médicaments tératogènes** causant des effets tératogènes attribuables à l'inhibition du folate : anticonvulsivants (carbamazépine, acide valproïque, phénytoïne, primidone, phénobarbital), metformine, méthotrexate, sulfasalazine, triamtérène, triméthoprime (comme le cotrimoxazole) et cholestyramine ;
- **Troubles maternels de malabsorption GI** attribuables à des problèmes médicaux ou chirurgicaux coexistants, dont la capacité à atténuer les taux érythrocytaires de folate a été démontrée (maladie de Crohn ou maladie cœliaque évolutive, pontage gastrique, maladie hépatique avancée, dialyse, surconsommation d'alcool).

RISQUE ÉLEVÉ

- Femmes (ou leur partenaire masculin) présentant des antécédents personnels d'ATN ou femmes ayant déjà connu une grossesse avec ATN.

3. L'infirmière doit s'assurer qu'il n'y a pas de contre-indication à la prescription du médicament. Une consultation avec un médecin ou une IPSPL est requise dans les cas suivants :
- Allergie ou intolérance à l'acide folique ou à l'un des ingrédients des multivitamines (p. ex., lactose, gluten).
 - Consommation d'acide folique pour une autre indication (thrombophilie).
 - En cas de doute sur toute affection pouvant diminuer l'apport ou augmenter les besoins en acide folique, diriger la femme vers le médecin traitant pour un dosage de l'acide folique érythrocytaire (valeur optimale $> 906 \text{ nmol/L}$ pour la prévention des ATN).
 - Les femmes qui planifient une grossesse et qui prennent un supplément vitaminique contenant de l'acide folique depuis plus d'un an, et qui ne sont pas devenues enceintes.

TRAITEMENT NON PHARMACOLOGIQUE

4. L'infirmière recommande un régime alimentaire santé riche en folate (épinards, brocoli, choux de Bruxelles, maïs, lentilles, pois, orange).

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

5. L'infirmière prescrit un supplément vitaminique contenant de l'acide folique en choisissant l'option appropriée selon le risque évalué en plus de recommander un régime alimentaire riche en folate.

OPTION 1 – FEMME PLANIFIANT UNE GROSSESSE OU POUVANT DEVENIR ENCEINTE ET FEMME ENCEINTE AYANT UN RISQUE FAIBLE SELON L'ANAMNÈSE OU L'ANALYSE DE SON DOSSIER PATIENT.

À partir d'au moins trois mois avant la grossesse, tout au long de la grossesse, et pendant la période post-partum (4 à 6 semaines) et l'allaitement :

- **Prescrire** une dose quotidienne de multivitamines contenant 0,4 mg d'acide folique et de la vitamine B12.

OPTION 2 – FEMME PLANIFIANT UNE GROSSESSE OU POUVANT DEVENIR ENCEINTE ET FEMME ENCEINTE AYANT UN RISQUE MODÉRÉ SELON L'ANAMNÈSE OU L'ANALYSE DE SON DOSSIER PATIENT.

À partir d'au moins trois mois avant la grossesse et jusqu'à l'atteinte d'un âge gestationnel de 12 semaines :

- **Prescrire** une dose quotidienne de multivitamines prénatales contenant 1 mg d'acide folique et de la vitamine B12 (p. ex., Materna[®] ou PregVit[®]).

À partir de 12 semaines d'âge gestationnel jusqu'à la fin de la grossesse, et pendant la période post-partum (4 à 6 semaines) et l'allaitement :

- **Prescrire** une dose quotidienne de multivitamines contenant 0,4 mg d'acide folique et de la vitamine B12.

OPTION 3 – FEMME PLANIFIANT UNE GROSSESSE OU ENCEINTE DE 12 SEMAINES (ÂGE GESTATIONNEL) OU MOINS DONT L’ANALYSE DU DOSSIER PATIENT OU DE L’ANAMNÈSE RÉVÈLE UN RISQUE ÉLEVÉ.

Trois mois avant la grossesse et jusqu’à la 12^e semaine d’âge gestationnel :

- **Prescrire** une dose quotidienne de multivitamines prénatals contenant 5 mg d’acide folique et de la vitamine B12 (p. ex., PregVit folic 5[®]).

S’il n’y a pas de grossesse après 6 à 8 mois de prise :

- **Substituer** la dose précédente par une dose quotidienne de multivitamines contenant 0,4 mg d’acide folique et de la vitamine B12.

À partir de 12 semaines d’âge gestationnel et tout au long de la grossesse, de la période post-partum (4 à 6 semaines), de même que pour toute la durée de l’allaitement maternel :

- **Prescrire** une dose quotidienne de multivitamines contenant 0,4 mg d’acide folique et de la vitamine B12.

ENSEIGNEMENT

6. L’infirmière doit s’assurer que la femme connaît bien les éléments suivants relativement à la prise du médicament.

- L’indication ;
- La posologie (ne pas prendre plus d’une dose quotidienne de multivitamines prénatals. S’il faut compléter la dose d’acide folique à 5 mg, ajouter plutôt des comprimés d’acide folique ou changer pour des multivitamines en contenant 5 mg) ;
- Les précautions (il est recommandé de choisir des multivitamines contenant de la vitamine A sous forme de bêta-carotène, plutôt que du rétinol, puisqu’un apport excessif en rétinol peut causer des anomalies congénitales) ;
- Les contre-indications ;
- Les effets secondaires possibles ;
- Les éléments de surveillance particuliers ;
- Les indications de revoir l’infirmière ou de consulter un médecin ;
- L’importance de l’observance du traitement médicamenteux.

Références

Association des pharmaciens du Canada. (2015). *e-CPS*. Repéré à <https://www.e-therapeutics.ca>

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre, Direction de santé publique. (2015, juin). *Acide folique et multivitamines chez les femmes en âge de procréer et en périnatalité : ordonnance collective*. Repéré à <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/affaires-medicales-professionnelles/outils-collaboration/ordonnances-collectives-sp.fr.html>

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (2015). Directive clinique de la SOGC n° 324 : supplémentation préconceptionnelle en acide folique / multivitamines pour la prévention primaire et secondaire des anomalies du tube neural et d’autres anomalies congénitales sensibles à l’acide folique. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada / Journal d’obstétrique et gynécologie du Canada*, 37(6, suppl. A), S1-S19. Repéré à <http://sogc.org/wp-content/uploads/2015/06/gui324CPG1505F.pdf>

ANNEXE F

Directive clinique à l'intention de l'infirmière autorisée à prescrire un médicament pour le traitement des nausées et des vomissements non incoercibles chez la femme enceinte

ÉVALUATION

1. L'infirmière doit évaluer les symptômes de la grossesse tels que les nausées et les vomissements et les consigner au dossier.
2. L'infirmière doit évaluer l'état général et les signes de déshydratation :
 - Muqueuse de la bouche sèche ;
 - Soif ;
 - Pâleur ;
 - Yeux creusés ou cernés ;
 - Oligurie ;
 - Tachycardie ;
 - Hypotension orthostatique symptomatique.
3. L'infirmière doit s'assurer qu'il n'y a pas de contre-indication à la prescription du médicament. Une consultation avec un médecin ou une IPSPL est requise dans les cas suivants :
 - Femme enceinte de plus de 12 semaines d'âge gestationnel ;
 - Femme enceinte de moins de 14 ans ;
 - Apparition des nausées et des vomissements après la 9^e semaine de grossesse ;
 - Nausées et vomissements graves et persistants accompagnés d'une perte de poids supérieur à 5 % du poids avant la grossesse ;
 - Signes de déshydratation ;
 - Fièvre ;
 - Risque de crise d'asthme ;
 - Hématémèse ;
 - Douleur abdominale, ulcères peptiques, obstruction pyloroduodénale ;
 - Rétention urinaire connue, obstruction du col vésical ;
 - Glaucome actif ;
 - Interactions médicamenteuses : IMAO, lévodopa, antimuscarinique, alcool et dépresseurs du SNC ;
 - Antécédents d'allergie ou d'intolérance à un médicament ou à l'une de ses composantes.

INTERVENTIONS NON PHARMACOLOGIQUES

4. L'infirmière doit discuter des moyens non pharmacologiques et encourager la femme enceinte à améliorer son régime alimentaire et ses habitudes de vie.

Voici une liste non exhaustive d'interventions non pharmacologiques à lui proposer :

- Manger ce qui lui plaît ;
- Manger des craquelins avant de se lever le matin ;
- Séparer les liquides des solides ;
- Petits repas fréquents et collations ;
- Éviter de manger avant de se coucher ;
- Éviter les aliments et boissons irritants, gras, acides ou très sucrés ;
- Éviter les odeurs fortes ;
- Repos et sommeil.

Pour compléter l'information, recommander la lecture de la brochure d'information de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), intitulée *Nausées et vomissements de la grossesse*.

Certaines approches utilisées en médecine douce telles que les suppléments de gingembre, l'acupuncture et l'acupression peuvent avoir des effets bénéfiques.

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

5. L'infirmière prescrit un médicament lorsque les mesures précédentes sont inefficaces et qu'un traitement médicamenteux devient nécessaire. La combinaison doxylamine-pyridoxine constitue le traitement de référence. Étant donné que la formulation du médicament est à action retardée et qu'il est préférable de prendre le médicament de façon continue, prévoir une diminution graduelle de la dose avant de cesser complètement le traitement de façon à prévenir le retour subit des nausées et des vomissements.

POSOLOGIE DOXYLAMINE-PYRIDOXINE

Ajuster la posologie en fonction de l'efficacité et de la tolérance aux effets secondaires. Pour favoriser la tolérance en début de traitement (somnolence) et selon l'intensité des symptômes de la patiente, commencer par :

Si la femme a des nausées matinales seulement :

- 10 mg de doxylamine/10 mg de pyridoxine (Diclectin©)
- 2 co au couche

Si la femme a des nausées toute la journée :

- 2 co au couche
- 1 co au lever
- 1 co en après-midi

6. Si le traitement maximal est inefficace malgré une bonne adhésion de la femme au traitement et qu'après une évaluation clinique, aucune autre cause n'est suspectée, une dose de dimenhydrinate par voie orale ou en suppositoire (maximum de 200 mg/jour) peut être ajoutée au traitement 30 minutes avant la prise de la doxylamine-pyridoxine, particulièrement en début de traitement lorsque la femme a des vomissements l'empêchant d'absorber la doxylamine-pyridoxine.

POSOLOGIE DIMENHYDRINATE

De 50 à 100 mg de dimenhydrinate toutes les 4 à 6 heures par voie orale ou en suppositoire jusqu'à un maximum de 200 mg/jour au besoin en association avec la dose maximale de doxylamine-pyridoxine.

ENSEIGNEMENT

7. L’infirmière doit s’assurer que la femme connaît bien les éléments suivants relativement à la prise des médicaments :

- L’indication ;
- La posologie ;
- Les contre-indications ;
- Les effets secondaires possibles ;
- Les éléments de surveillance particuliers ;
- Les indications de revoir l’infirmière ou de consulter un médecin.

SUIVI

8. L’infirmière doit assurer un suivi de 24 à 72 heures après le début du traitement dans le but d’assurer une surveillance clinique de l’état de santé de la femme, soit en personne, soit au téléphone :

- Si les symptômes s’améliorent, l’infirmière informe la femme qu’elle peut poursuivre le traitement.
- S’il y a des effets indésirables importants et/ou empêchant le traitement (palpitations, étourdissements, etc.), diriger la femme vers un médecin.
- Si les symptômes persistent ou s’aggravent malgré un traitement optimal, diriger la femme vers un médecin.

Références

Association des pharmaciens du Canada. (2015). *e-CPS*. Repéré à <https://www.e-therapeutics.ca>

Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale. (2011). *Initier la doxylamine-pyridoxine (Diclectin®) pour les nausées et vomissements de la grossesse : ordonnance collective OC-2011-7*. Québec, QC : le CSSS.

Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale. (2015). *Initier la doxylamine-pyridoxine (Diclectin®) pour les nausées et les vomissements de la grossesse : ordonnance collective aux pharmaciens communautaires*. Québec, QC : le CSSS.

Persaud, N., Chin, J., et Walker, M. (2014). Should doxylamine-pyridoxine be used for nausea and vomiting of pregnancy? *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada / Journal d’obstétrique et gynécologie du Canada*, 36(4), 343-348.

Slaughter, S. R., Hearns-Stokes, R., van der Vlugt, T., et Joffe, H. V. (2014). FDA approval of doxylamine-pyridoxine therapy for use in pregnancy. *New England Journal of Medicine*, 370(12), 1081-1083.

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (s.d.). *Nausées et vomissements de la grossesse*. Repéré à <http://sogc.org/fr/publications/nausees-et-vomissements-de-la-grossesse/>

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (2002). Directive clinique de la SOGC n° 120 : prise en charge des nausées et vomissements durant la grossesse. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada / Journal d’obstétrique et gynécologie du Canada*, 24(10), 824-831. Repéré à <http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/02/gui120FCPG0210F.pdf>

ANNEXE G

Directive clinique à l'intention de l'infirmière autorisée à prescrire un médicament topique pour le traitement de l'infection fongique (*Candida*) de la peau ou des muqueuses chez le bébé et chez la mère qui allaite

ÉVALUATION

1. L'infirmière doit évaluer les signes et symptômes de lésions caractéristiques d'une candidose orale ou cutanée chez le bébé et chez la femme qui allaite (seins ou mamelons) et les consigner au dossier.

Chez le bébé, l'un ou l'autre des signes et symptômes suivants peuvent être présents :

- Plaques blanchâtres adhérant aux muqueuses buccales, à l'intérieur des joues, sur la langue et sur les lèvres, évoquant le muguet ;
- Signes de douleur pendant la tétée ;
- Érythème fessier ne répondant pas à l'application des crèmes protectrices usuelles (pâte de zinc ou d'Ihle) ;
- Lésions satellites au pourtour de l'érythème fessier évoquant une surinfection fongique ;
- Épisode récent d'antibiothérapie ou de diarrhées.

Chez la femme, l'un ou l'autre des signes et symptômes suivants peuvent être présents :

- Douleur au sein qui dure pendant toute la tétée, qui est plus intense après la tétée et durant la nuit et qui peut durer quelques minutes ou des heures ;
- Douleur différente de celle qui est causée par une mauvaise prise du sein ou par une succion inefficace ;
- Douleur décrite comme une brûlure, une sensation de picotement ou d'élancement ;
- L'aspect des mamelons ou des aréoles peut être légèrement rosé ou rouge vif. De plus, la peau de l'aréole peut être rouge, lisse et luisante. On peut noter une desquamation de la peau, une dépigmentation de la zone atteinte ou des traces blanches de mycose dans les plis du mamelon ;
- Mamelons gercés, nouvelle gerçure ou gerçure qui ne guérit pas.

2. L'infirmière doit évaluer la présence des facteurs de risque et intervenir, le cas échéant.

Chez le bébé :

- Épisode récent de diarrhées ;
- Prise récente d'antibiotiques ;
- Utilisation de la suce.

Chez la femme :

- Diabète ;
- Infection vaginale à *Candida* ;
- Prise récente d'antibiotiques ou de stéroïdes ;
- Prise d'anovulants ;

- Altération de la peau des mamelons qui augmente le risque de développer une infection fongique.

Comme les lésions aux seins sont souvent le signe d'une difficulté d'allaitement, l'infirmière doit évaluer l'allaitement et la mère doit être orientée, au besoin, vers les ressources spécialisées.

3. L'infirmière doit s'assurer qu'il n'y a pas de contre-indication à la prescription du médicament. Une consultation avec un médecin ou une IPSPL est recommandée dans les cas suivants :

Pour le bébé présentant des signes et symptômes caractéristiques du muguet :

- Fièvre ;
- Déshydratation ;
- Perte d'appétit, avec ou sans perte de poids ;
- Allergie ou intolérance à l'une des composantes du produit ;
- Absence totale de réponse au traitement ou aggravation après un traitement de 3 jours.

Pour le bébé présentant des signes et symptômes caractéristiques d'une surinfection fongique de l'érythème fessier :

- Ulcération profonde ;
- Symptômes systémiques (vomissements, léthargie) ;
- Progression rapide des lésions et des rougeurs (de quelques minutes à quelques heures) ;
- Lésions suintantes ou purulentes ;
- Dermatite récurrente ou chronique ;
- Allergie ou intolérance à l'une des composantes du produit ;
- Absence totale de réponse au traitement ou aggravation après un traitement de 3 jours.

Pour la femme qui allaita :

- Signes ou symptômes évoquant une mastite ;
- Signes ou symptômes évoquant un vasospasme ;
- Présence de lésions sévères aux mamelons accompagnée de signes d'infection bactérienne ;
- Hyperthermie ;
- Absence totale de réponse au traitement ou aggravation en cours de traitement.

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

4. L'infirmière prescrit un médicament pour traiter les lésions caractéristiques des infections fongiques et choisit le traitement en fonction des problèmes constatés lors de son évaluation. L'infirmière doit traiter systématiquement les seins de la mère qui allaita lorsqu'elle prescrit un médicament pour les lésions caractéristiques du muguet chez le bébé, même si cette dernière est asymptomatique.

TRAITEMENT DU MUGUET

Nystatine, 100 000 unités/mL suspension orale x 48 mL

Pour le bébé prématuré ou le nouveau-né :

- 1 mL en badigeonnage buccal qid, après le boire

Pour le nourrisson ou l’enfant :

- 2 mL en badigeonnage buccal qid, après le boire

Traitemennt de 7 à 14 jours. Poursuivre le traitement pendant au moins 48 heures après la fin des symptômes. Non renouvelable.

TRAITEMENT DE LA SURINFECTION FONGIQUE DE L’ÉRYTHÈME FESSIER

Clotrimazole 1 %, crème ou miconazole 2 %, crème x 30 g

Appliquer bid une mince couche sur la zone atteinte et autour de l’anus. Laisser sécher et appliquer par la suite une protection barrière contenant du zinc.

Utiliser jusqu’à 5 jours après la disparition des symptômes, pour un maximum de 14 jours. Renouvellement x 1 (dans un délai de 14 jours).

TRAITEMENT CURATIF OU PRÉVENTIF DE LA MYCOSÉ CUTANÉE CHEZ LA FEMME QUI ALLAITE

Clotrimazole 1 %, crème ou miconazole 2 %, crème x 30 g

Application d’une mince couche sur les seins de la mère après chaque tétée (max. 7 fois/jour).

Utiliser jusqu’à 5 jours après la disparition des symptômes, pour un maximum de 14 jours. Renouvellement x 1 (dans un délai de 14 jours).

INTERVENTIONS ASSOCIÉES AU TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

Lors du traitement des infections à *Candida*, des précautions relatives à l’hygiène doivent être observées pour inhiber la croissance des levures.

5. L’infirmière incite les parents à consulter le guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans* à ce sujet. De plus, elle doit évaluer si les mesures de base de prévention et de traitement de l’érythème fessier et des mycoses ont été appliquées, sinon les optimiser. Elle fait aussi les recommandations suivantes :

- Cesser l’utilisation de débarbouillettes humides parfumées du commerce et privilégier le nettoyage de la peau à l’eau et au savon doux ;
- Utiliser des crèmes de protection contenant au moins 25 % d’oxyde de zinc ;
- Nettoyer les tétines, le tire-lait, les bouteilles et tout autre objet que le bébé porte à sa bouche ;
- Changer la couche du bébé régulièrement et les compresses d’allaitement de la maman.

ENSEIGNEMENT

6. L'infirmière doit s'assurer que la femme connaît bien les éléments suivants relativement aux traitements :

- L'indication ;
- La posologie ;
- Les contre-indications ;
- Les effets secondaires possibles ;
- Les éléments de surveillance particuliers ;
- Les indications de revoir l'infirmière ou de consulter un médecin.

SUIVI

7. L'infirmière doit assurer un suivi de 24 à 72 heures après le début du traitement dans le but d'assurer une surveillance clinique de l'état de la femme et du bébé, soit en personne, soit au téléphone :

- Même si les symptômes s'améliorent, l'infirmière doit informer la femme qu'elle doit poursuivre son ou ses traitements.
- Si les symptômes persistent ou s'aggravent malgré un traitement optimal, diriger la femme vers un médecin.

Références

Association des pharmaciens du Canada. (2015). *e-CPS*. Repéré à <https://www.e-therapeutics.ca>

Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-la-Batiscan. (2010a). *Traitements de la surinfection fongique de l'erythème fessier : ordonnance collective OC-M-C6*. Repéré à <http://www.cssvalleebatiscan.qc.ca/pour-les-intervenants/ordonnances-collectives.html>

Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-la-Batiscan. (2010b). *Traitements de l'infection fongique buccale (muguet) : ordonnance collective OC-M-J4*. Repéré à <http://www.cssvalleebatiscan.qc.ca/pour-les-intervenants/ordonnances-collectives.html>

Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale. (2012a). *Initier une mesure préventive ou thérapeutique aux seins de la femme qui allaite et dont le nourrisson est traité pour le muguet : antifongique topique : ordonnance collective aux pharmaciens communautaires*. Québec, QC : le CSSS.

Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale. (2012b). *Initier une mesure thérapeutique pour les lésions caractéristiques de l'infection fongique de l'erythème fessier chez les nourrissons de 2 ans ou moins : antifongique topique : ordonnance collective aux pharmaciens communautaires*. Québec, QC : le CSSS.

Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale. (2015). *Initier une mesure thérapeutique pour les lésions caractéristiques du muguet chez les nourrissons de 2 ans ou moins : nystatine : ordonnance collective aux pharmaciens communautaires*. Québec, QC : le CSSS.

Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord. (2008a). *Initier des mesures thérapeutiques en lien avec le traitement du muguet par la nystatine chez l'enfant de 0-2 ans : ordonnance collective OC-02*. Repéré à <http://www.cssqn.qc.ca/fr/publications/ordonnances-collectives-et-protocoles/>

Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord. (2008b). *Initier des mesures thérapeutiques en lien avec le traitement du muguet par la nystatine chez l’enfant de 0-2 ans : ordonnance collective ORL-02-GMF*. Repéré à <http://www.csssqn.qc.ca/fr/publications/ordonnances-collectives-et-protocoles/>

Centre de santé et de services sociaux du Nord de Lanaudière. (2014). *Initier la thérapie pour des lésions caractéristiques de la candidose buccale (muguet) chez le nourrisson (0-1 an) : ordonnance collective 7.02*. Repéré à <http://www.csssnl.qc.ca/partenaires/cliniquesmedicales/Pages/OrdonnancesCollectives.aspx>

Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. (2012). *Traitemen de l’infection fongique (candida) de la peau ou des muqueuses chez le bébé et chez la mère qui allaité : ordonnance collective ORD-CMDP-48*. Repéré à <http://www.csss-iugs.ca/details-article-ordonnances-collectives/detail/2012-03-20/obstetrique-perinatalite>

Institut national de santé publique du Québec. (2015). *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans : guide pratique pour les mères et les pères* (éd. rev.). Repéré à <http://www.inspq.qc.ca/MieuxVivre/>

Leclerc, C., Grégoire, J., et Rheault, C. (2014). *Mémo-périnatalité : guide pratique* (3^e éd.). Québec, QC : Université Laval, Département de médecine familiale et de médecine d’urgence.

Pearson-Glaze, P. (2015). *Thrush on nipples*. Repéré à <http://breastfeeding.support/thrush-on-nipples/>

Société canadienne de pédiatrie. (2012). *Les antifongiques dans le traitement des infections pédiatriques courantes en consultations externes : point de pratique*. Repéré à <http://www.cps.ca/pdfreactor/pdf.php?lang=fr&paper=antifongiques-traitement-infections-courantes>

Wiener, S. (2006). Diagnosis and management of candida of the nipple and breast. *Journal of Midwifery & Women’s Health*, 51(2), 125-128.

ANNEXE H

Liste des abréviations

811 : Info-Santé

ad : jusqu'à

AMA : Âge maternel avancé

ATCD : Antécédents

BEF : Bien-être fœtal

CFORP : Centre franco-ontarien de ressources pédagogiques

CH : Centre hospitalier

CHU : Centre hospitalier universitaire

CHUM : Centre hospitalier de l'Université de Montréal

CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

Clinique GARE : Clinique de grossesse à risques élevés

CLSC : Centre local de services communautaires

CMV : Infection au cytomégavirus

CSBE : Commissaire à la santé et au bien-être

CSSS : Centre de santé et de services sociaux

CSST : Commission de la santé et de la sécurité du travail

DM : Déclenchement médical

DMF : Décompte des mouvements fœtaux

DPA : Date prévue d'accouchement

DPJ : Direction de la protection de la jeunesse

DPPNI : Décollement prématuré du placenta normalement inséré

DRSP : Direction régionale de santé publique

EP : Embolie pulmonaire

EPDS : Échelle de dépression post-partum d'Édimbourg (Edinburgh Postnatal Depression Scale)

ERV : Entérocoque résistant à la vancomycine

FC : Fréquence cardiaque

FIV : Fertilisation in vitro

GMF : Groupe de médecine de famille

HELLP syndrome : Complication de la prééclampsie

HGOP : Hyperglycémie provoquée par voie orale

HTA : Hypertension artérielle

IgG : Immunoglobine G

IgM : Immunoglobine M

IMC : Indice de masse corporelle

INSPQ : Institut national de santé publique du Québec

IPSPL : Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne

ITSS : Infections transmissibles sexuellement et par le sang

LA : Liquide amniotique

LED : Lupus érythémateux disséminé

LII : *Loi sur les infirmières et les infirmiers*

MFIU : Mort foetale in utero

Mmol/L : Millimole par litre

MOTHERISK : Programme de recherche et d'enseignement de l'Hospital for Sick Children de Toronto

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

MTPT : Menace de travail prétermé

NST : Non-stress test (examen de réactivité foetale)

OC : Ordonnance collective

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

OIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

OMS : Organisation mondiale de la santé

PERLA, pupilles : Pupilles égales et rondes, réaction à la lumière normale

PES : Prééclampsie sévère

PIQ : *Protocole d'immunisation du Québec*

PMP : Échographie pour le profil biologique

PQDPT21 : Programme québécois de dépistage prénatal de la trisomie 21

PQRSTU – AMPLE : Provoqué / Pallié, Qualité / Quantité, Région et irradiation, Signes et symptômes associés, Temps, *Understand* (perception du client) ; Allergie(s), Médication (prescrite, non prescrite), Passé ou antécédents (médicaux, chirurgicaux, familiaux), *Last meal* (dernier repas), Événement, environnement, histoire familiale ou psychosociale

PRN : Pro re nata (au besoin)

Programme OLO : Aide alimentaire aux femmes enceintes

Programme SIPPE : Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance

PTI : Plan thérapeutique infirmier

RCIU : Retard de croissance intra-utérin

RDV : Rendez-vous

RUIS : Réseau universitaire intégré de santé

SARM : *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline

SEP : Sclérose en plaques

SGB : Streptocoques du groupe B

SMU : Sommaire microscopique des urines

SOGC : Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

TA : Tension artérielle

TPP : Thrombophilie, thrombophlébite profonde

TRF : Test de réactivité fœtale

TSI : Thyroid-stimulating immunoglobulin (facteur IgG stimulant les fonctions thyroïdiennes)

TV : Toucher vaginal

UMF : Unité de médecine familiale

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'enfance

UQAM : Université du Québec à Montréal

Vaccin dcaT : Vaccin combiné contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos

VAD : Visite à domicile

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

WinRho : Préparation d'immunoglobulines humaines qui contient des anticorps Rh (anti-D)

RÉFÉRENCES

Bibliographie

ABCdaire du suivi périodique de l'enfant de 0 à 5 ans [Guide et ressources]. Repéré à <http://www.cpass.umontreal.ca/formation/auto-apprentissage/outils-de-soutien-a-la-pratique/abcdaire-du-suivi-de-l'enfant-de-0-a-5-ans.html>

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique. (2010). *Guide pratique en allaitement pour les médecins*. Repéré à <http://www.dspq.qc.ca/publications/SSguideIntDeroulant022012-3eVersion.pdf>

Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Direction de santé publique. (2014). Allaitement maternel : des gains observés et d'autres à réaliser. *Périscope, 50*. Repéré à <http://extranet.santemonterege.qc.ca/depot/document/3689/Allaitement-Periscope-2014-11.pdf>

Agence de la santé publique du Canada. (2006-). Immunisation durant la grossesse et l'allaitement. Dans *Guide canadien d'immunisation* (7^e éd., partie 3 : vaccination de populations particulières). Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p03-04-fra.php#a6>

Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. (2003). *Le dépistage prénatal du syndrome de Down et d'autres aneuploïdies au premier trimestre de la grossesse*. Repéré à http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/AETMIS/Rapports/DepistageGenetique/2003_01_fr.pdf

Agency for Healthcare Research and Quality. (2013). *Efficacy and safety of screening for postpartum depression* (Comparative effectiveness review 106). Repéré à <http://www.effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/379/1437/postpartum-screening-report-130409.pdf>

Aggarwal, M., et Hutchison, B. (2012). *Vers une stratégie des soins primaires pour le Canada*. Repéré sur le site de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé : <http://www.fcass-cfhi.ca/sf-docs/default-source/reports/Primary-Care-Strategy-FR.pdf>

American Academy of Pediatrics, et American College of Obstetricians and Gynecologists. (2012). *Guidelines for perinatal care* (7^e éd.). Elk Grove Village, IL : AAP; Washington, DC : ACOG.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2003). ACOG practice bulletin n° 44: Neural tube defects. *Obstetrics & Gynecology, 102*(1), 203-213.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2004). ACOG practice bulletin n° 52: Nausea and vomiting of pregnancy. *Obstetrics & Gynecology, 103*(4), 803-815.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2013). Committee opinion n° 566: Update on immunization and pregnancy: Tetanus, diphtheria, and pertussis vaccination. *Obstetrics & Gynecology, 121*(6), 1411-1414.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2015). Committee opinion n° 630: Screening for perinatal depression. *Obstetrics & Gynecology, 125*(5), 1268-1271.

Association canadienne des infirmières et infirmiers en santé communautaire. (2008). *Normes canadiennes de pratique des soins infirmiers en santé communautaire*. Repéré à http://iiscc.ca/documents/chn_standards_of_practice_mar08_french.pdf

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2006). *Vers 2020 : visions pour les soins infirmiers*. Ottawa, ON : AIIC.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2014). *Optimisation du rôle des infirmières et des infirmiers dans les soins primaires au Canada : rapport final*. Repéré à <https://cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/optimisation-du-role-des-infirmieres-et-infirmiers-dans-les-soins-primaires-au-canada.pdf>

Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses, et National Association of Clinical Nurse Specialists. (2014). *Women's health clinical nurse specialist competencies*. Repéré à <http://www.nacns.org/docs/NACNS-WHCompetencies.pdf>

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux. (2014, 30 janvier). Mesure de la bilirubine chez le nouveau-né. Dans *Méthodes de soins informatisées*. Repéré à <http://msi.aqesss.qc.ca/methodes/accueil.aspx>

Aubin, M., Bonin, L., Haggerty, J., Leduc, Y., Morin, D., Reinhartz, D., . . . Tourigny, A. (2007). *La réorganisation des services de première ligne comme outil de changement des pratiques*. Repéré sur le site de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé : http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/OGC/Aubin_Report.pdf

Beaulieu, M.-D. (dir.). (2012). *Facteurs organisationnels qui soutiennent des pratiques cliniques de qualité en première ligne : résultats d'une étude québécoise*. Montréal, QC : Université de Montréal, Chaire Docteur Sadok Besrour en médecine familiale.

Bergman, D., Plsek, P., et Saunders, M. (2006). *High-performing system for well-child care: A vision for the future*. Repéré sur le site du Commonwealth Fund : <http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2006/oct/a-high-performing-system-for-well-child-care--a-vision-for-the-future>

Bouchard, L. (2010). Travailler en pédiatrie. *Santé Québec*, 20(2), 24-26.

Bourgueil, Y., Marek, A., et Mousquès, J. (2006). *Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières : l'apport d'expériences européennes et canadiennes*. Repéré sur le site de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé : <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/BiblioResumeEtSommaire/2006/rap1624.htm>

Bowman, J. A., Hellier, S. D., et Cline, T. W. (2015). Sources impacting pharmacological treatment for anxiety and/or depression during pregnancy. *Journal for Nurse Practitioners*, 11(2), 184-191.

Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale. (2014). *Programme pour une maternité sans danger : sommaire des recommandations médicales*. Repéré à <http://www.csssvc.qc.ca/telechargement.php?id=457>

Centre fédéral d'expertise des soins de santé. (2014). *L'organisation des soins après l'accouchement : synthèse*. Repéré à <https://kce.fgov.be/fr/publication/report/lorganisation-des-soins-apr%C3%A8s-l'accouchement>

CHU Sainte-Justine. (2013). *Petit guide grossesse et allaitement*. Repéré à <http://www.grossesse-allaitement-ste-justine.com/fr/>

Cibulka, N. J., et Barron, M. L. (2013). *Guidelines for nurse practitioners in ambulatory obstetric settings*. New York, NY : Springer.

Cloutier, L., Brûlé, M., et Doyon, O. (2002). Les éléments de l'examen clinique. Dans M. Brûlé et L. Cloutier (dir.), *L'examen clinique dans la pratique infirmière* (p. 43-56). Saint-Laurent, QC : Éditions du Renouveau Pédagogique.

Comité sur l'immunisation du Québec. (2013-). *Protocole d'immunisation du Québec* (6^e éd.). Repéré à <http://mssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/6335dde40226af59852575cc0048804d?OpenDocument>

Commissaire à la santé et au bien-être. (2012). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2011 : pour une vision à long terme en périnatalité et en petite enfance : enjeux et recommandations* (vol. 4). Repéré à http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2011_PPE/CSBE_T4EnjeuxRecommandations_PPE_2011.pdf

Commission de la santé et de la sécurité du travail. (2010). *Travailler en sécurité pour une maternité sans danger*. Repéré à http://www.csst.qc.ca/publications/200/Documents/DC200_1024_1web.pdf

- Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé. (2010). *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*. Repéré à http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf
- D'Amour, D. (2002). La collaboration professionnelle : un choix obligé. Dans O. Goulet et C. Dallaire (dir.), *Les soins infirmiers : vers de nouvelles perspectives* (p. 339-363). Boucherville, QC : Gaétan Morin.
- Department of Veterans Affairs. (2009). *Management of pregnancy: VA/DoD clinical practice guideline*. Repéré à http://www.healthquality.va.gov/guidelines/WH/up/mpg_v2_1_full.pdf
- Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec. (2014). *Programme pour une maternité sans danger : vers une harmonisation optimale des pratiques et des recommandations*. Repéré à <http://www.fiqsante.qc.ca/fr/contenus/editorial/l-essentiel-programme-pour-une-maternite-sans-danger-vers-une-harmonisation-optimale-des-pratiques-et-des-recommandations.html>
- Gocan, S., Laplante, M. A., et Woodend, K. (2014). Interprofessional collaboration in Ontario's family health teams: A review of the literature. *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*, 3(3).
- Green Selix, N. (2015). Creation of a national policy on perinatal depression: Role of the advanced practice nurse. *Journal for Nurse Practitioners*, 11(2), 214-219.
- Hagan, L. (2014). *Éduquer à la santé : l'essentiel de la théorie et des méthodes* (2^e éd.). Québec, QC : Presses de l'Université Laval.
- Hargadon, A. (2003). *How breakthroughs happen: The surprising truth about how companies innovate*. Boston, MA : Harvard Business School Press.
- Institut de la statistique du Québec. (2011). L'allaitement maternel : une pratique moins répandue au Québec qu'ailleurs au Canada. *Zoom santé*, 28. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/zoom-sante-201109-28.pdf>
- Institut de la statistique du Québec. (2013). *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2012*. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/environnement-social/violence-familles/violence-familiale-2012.pdf>
- Institut national de santé publique du Québec. (2010). *Avis scientifique sur le choix d'un outil de mesure du développement des enfants de 0 à 5 ans dans le cadre des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance*. Repéré à http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1143_ChoixOutilMesureDevEnfantsSIPPE.pdf
- Institut national de santé publique du Québec. (2013). *Enquête sur la couverture vaccinale des enfants de 1 an et 2 ans au Québec en 2012*. Repéré à http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1651_EnquCouvVaccinEnfants1Et2Ans2012.pdf
- Institut national de santé publique du Québec. (2014a). *Les conditions de succès des actions favorisant le développement global des enfants* [Rapport et outils]. Repéré à <http://www.inspq.qc.ca/Default.aspx?pageid=263&pub=1771>
- Institut national de santé publique du Québec. (2014b). *Promotion de la vaccination : agir pour maintenir la confiance*. Repéré à http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1870_Agir_Maintenir_Confiance.pdf
- Institut national de santé publique du Québec. (2014c). *Référentiel de compétences en prévention et promotion de la santé et des services sociaux du Québec*. Repéré à http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1865_Référentiel_Compétences_Santé.pdf
- Institut national de santé publique du Québec. (2015). *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans : guide pratique pour les mères et les pères* (éd. rev.). Repéré à <http://www.inspq.qc.ca/MieuxVivre/>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2013). *Pertinence d'élargir le programme de dépistage néonatal sanguin au Québec*. Repéré à <https://www.inesss.qc.ca/publications/publications/publication/pertinence-delargir-le-programme-de-depistage-neonatal-sanguin-au-quebec.html>
- Institute for Clinical Systems Improvement. (2012). *Routine prenatal care: Health care guideline* (15^e éd.). Repéré à https://www.icsi.org/_asset/13n9y4/Prenatal.pdf

Jacobson, P. M., et HDR Inc. (2012a). *Evidence synthesis for the effectiveness of interprofessional teams in primary care*. Repéré sur le site de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé : <http://www.cfhi-fcass.ca/sf-docs/default-source/commissioned-research-reports/Jacobson-Interprofessional-EN.pdf?sfvrsn=0>

Jacobson, P. M., et HDR Inc. (2012b). *Synthèse des données probantes sur l'efficacité des équipes interprofessionnelles en soins primaires*. Repéré sur le site de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé : <http://www.cfhi-fcass.ca/sf-docs/default-source/commissioned-research-reports/Jacobson-Interprofessional-FR.pdf?sfvrsn=0>

Jarvis, C. (2012). *Physical examination & health assessment* (6^e éd.). St. Louis, MO : Saunders Elsevier.

Kennedy, V. (2014). The value of registered nurses in collaborative family practice: Enhancing primary healthcare in Canada. *Nursing Leadership*, 27(1), 32-44.

King, J. A., et Thomas, K. D. (2013). Integrating evidence for excellence in the care of women and newborns: The Evidence-Based FellowS Program. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 42(suppl. 1), S52.

Lacombe, M., Dubé, S., et de Montigny, F. (2009). La dépression postnatale... souffrir en silence. *Infirmière clinicienne*, 6(2), 16-19.

Leclerc, C., Grégoire, J., et Rheault, C. (2014). *Mémo-périnatalité : guide pratique* (3^e éd.). Québec, QC : Université Laval, Département de médecine familiale et de médecine d'urgence.

Lévesque, S., et Lefebvre, L. (2011). *Soins préventifs et de santé*. Repéré sur le portail d'information périnatale de l'Institut national de santé publique du Québec : <http://www.inspq.qc.ca/Data/Sites/8/SharedFiles/PDF/soins-preventifs-et-de-sante.pdf>

Loi sur la santé publique, RLRQ, chapitre S-2.2. Repéré à http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_2/S2_2.html

Loi sur les infirmières et les infirmiers, RLRQ, chapitre I-8. Repéré à http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/I_8/I8.html

Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., et Cashion, K. (dir.). (2012). *Soins infirmiers : périnatalité*. Montréal, QC : Chenelière-éducation.

Macinko, J., Starfield, B., et Shi, L. (2003). The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Services Research*, 38(3), 831-865.

McNamar, P., et Loman, D. G. (2014). A pediatric office-based quality improvement project in a rural health clinic: Retrospective evaluation. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 14(1), 18-42.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Dossier obstétrical* [Formulaires]. Repéré à <http://mssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/parcodeweb?openview&count=250>

- *Dossier obstétrical #1 : observation médicale* (Formulaire AH-266).
- *Dossier obstétrical #2 : observation médicale, facteurs de risque et plan de traitement* (Formulaire AH-267).
- *Dossier obstétrical #3 : examens complémentaires* (Formulaire AH-268).
- *Dossier obstétrical #4 : évolution de la grossesse* (Formulaire AH-269).

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité : cadre de référence*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-836-02W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2008a). *Communiquer pour protéger les enfants : quelles sont les règles entourant l'échange de renseignements confidentiels entre un centre jeunesse et un autre établissement du réseau de la santé et des services sociaux?* Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-838-03.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2008b). *Faire un signalement au DPJ, c'est déjà protéger un enfant : quand et comment signaler?* Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-838-01F.pdf>

- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2008c). *Politique de périnatalité 2008-2018 : un projet porteur de vie*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-918-01.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2010). *Pour une grossesse paisible : brisez le silence* [Dépliant]. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-847-02F.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2011). *Programme québécois de dépistage prénatal de la trisomie 21 : cadre de référence*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-931-03.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012a). *Que doit savoir une femme enceinte à propos des tests de dépistage du VIH et des autres ITSS?* [Dépliant]. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-354-02F.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012b). *La santé et ses déterminants : mieux comprendre pour mieux agir*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-202-06.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2014a). *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang* (éd. rev.). Repéré à <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b69852566aa0064b01c/c5af2dbdce1f35fc8525714200586b0d>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2014b). *Répertoire des programmes et des priorités nationales de développement des compétences*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2014/14-529-01W.pdf>
- Myers, L. (2014). Best practices in developmental screening and referral for young children. *Nurse Practitioner*, 39(12), 1-6.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2014a). *Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance* (NICE clinical guideline 192). Repéré à <http://www.nice.org.uk/guidance/cg192>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2014b). *Postnatal care* (NICE clinical guideline 37). Repéré à <http://www.nice.org.uk/guidance/cg37>
- OCDE. (2013). *Panorama de la santé 2013 : les indicateurs de l'OCDE*. Repéré à <http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/Panorama-de-la-sante-2013.pdf>
- Orchard, C. A. (2010). Persistent isolationist or collaborator? The nurse's role in interprofessional collaborative practice. *Journal of Nursing Management*, 18(3), 248-257.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (s.d.). *Contribuer au suivi de grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal*. Repéré à <https://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/activite-reservees/contribuer-au-suivi-de-grossesse>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (1999). *Allaitement maternel : prise de position*. Repéré à <https://www.oiiq.org/sites/default/files/150-allaitement.pdf>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2010a). *Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière* (éd. rev.). Repéré à <https://www.oiiq.org/publications/repertoire/perspectives-de-l-exercice-de-la-profession-d-infirmiere-edition-2010>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2010b). *PRN : comprendre pour intervenir : guide d'évaluation, de surveillance clinique et d'interventions infirmières* (2^e éd.). <https://www.oiiq.org/publications/repertoire/prn-comprendre-pour-intervenir-2e-edition>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2011). *La formation continue pour la profession infirmière au Québec : norme professionnelle*. Repéré à <https://www.oiiq.org/sites/default/files/270NS-Norme-professionnelle-WEB.pdf>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2012). *Amélioration continue de sa compétence professionnelle en quatre étapes*. Repéré à <https://www.oiiq.org/publications/repertoire/amelioration-continue-de-sa-competence-professionnelle-en-quatre-etapes>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2013). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières* (2^e éd.). Repéré à <https://www.oiiq.org/publications/repertoire/le-champ-d-exercice-et-les-activites-reservees-des-infirmieres-2e-edition>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2014). *Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne : lignes directrices* (2^e éd., mise à jour juillet 2014). Repéré à <https://www.oiiq.org/publications/repertoire/lignes-directrices-pratique-clinique-de-l-infirmiere-praticienne-specialisee>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, et Collège des médecins du Québec. (sous presse). *Activités infirmières de prescription visées par le Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier, pris en application de la Loi médicale : guide explicatif conjoint.*

Organisation mondiale de la santé. (2008). *Rapport sur la santé dans le monde 2008 : les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais.* Repéré à http://www.who.int/entity/whr/2008/08_report_fr.pdf

Organisation mondiale de la santé, Commission des déterminants sociaux de la santé. (2009). *Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final.* Repéré à http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf?ua=1

Paquet, M.-J., Denault, A.-M., et Touchette, F. (2012). Prévention clinique en première ligne : une pratique infirmière novatrice. *Perspective infirmière*, 9(6), 48-49.

Perinatal Services BC. (2010). *Obstetrics guideline 19: Maternity care pathway.* Repéré à <http://www.perinatalservicesbc.ca/Guidelines/Guidelines/maternal/default.htm>

Perinatal Services BC. (2011). *Obstetrics guideline 20: Postpartum nursing care pathway.* Repéré à <http://www.perinatalservicesbc.ca/Guidelines/Guidelines/maternal/default.htm>

Perinatal Services BC. (2013). *Newborn guideline 13: Newborn nursing care pathway*, Repéré à <http://www.perinatalservicesbc.ca/Guidelines/Guidelines/newborn/default.htm>

Phaneuf, M. (2013). *La prévention : une nécessité professionnelle en soins infirmiers.* Repéré à <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/12/La-prevention.pdf>

Poissant, J. (2014). Soutenir efficacement le développement des jeunes enfants par des actions répondant à dix conditions essentielles. *Quintessence*, 6(7). Repéré à <http://www.qualaxia.org/fdownload.php?fn=Quintessence-V06N07-fr.pdf&ct=dqt&tp=pdf>

Radecki, L., Sand-Loud, N., O'Connor, K. G., Sharp, S., et Olson, L. M. (2011). Trends in the use of standardized tools for developmental screening in early childhood: 2002-2009. *Pediatrics*, 128(1), 14-19.

Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier, D. 839-2015, (2015) 147 G.O. II, 3872.

Santé Canada. (2000). *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales*, Ottawa, ON : Santé Canada.

Santé Canada. (2009). *Lignes directrices sur la nutrition pendant la grossesse à l'intention des professionnels de la santé : le folate contribue à une grossesse en santé.* Repéré à http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/pubs/folate-fra.pdf

Santé Canada. (2010). *Supplémentation plus élevée en acide folique : questions et réponses destinées aux professionnels de la santé.* Repéré à <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/prenatal/fol-qa-qr-fra.php>

Santé Canada, Société canadienne de pédiatrie, Diététistes du Canada, et Comité canadien pour l'allaitement. (2012). *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé : recommandations de la naissance à six mois.* Repéré à <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/infant-nourrisson/recom/index-fra.php>

Santé Canada, Société canadienne de pédiatrie, Diététistes du Canada, et Comité canadien pour l'allaitement. (2014). *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé : recommandations pour l'enfant âgé de 6 à 24 mois.* Repéré à <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/infant-nourrisson/recom/recom-6-24-months-6-24-mois-fra.php>

- Santerre, M.-J., et Fortin, C. (2011). *Allaitement*. Repéré sur le portail d'information périnatale de l'Institut national de santé publique du Québec : <http://www.inspq.qc.ca/Data/Sites/8/SharedFiles/PDF/allaitement.pdf>
- Smolowitz, J., Speakman, E., Wojnar, D., Whelan, E. M., Ulrich, S., Hayes, C., et Wood, L. (2015). Role of the registered nurse in primary health care: Meeting health care needs in the 21st century. *Nursing Outlook*, 63(2), 130-136.
- Société canadienne de pédiatrie. (2014). *La prévention et la prise en charge des infections par le virus de l'herpès simplex : document de principes*. Repéré à <http://www.cps.ca/pdfreactor/pdf.php?lang=fr&paper=prevention-prise-en-charge-infections-le-virus-herpes-simplex>
- Société canadienne de pédiatrie, Diététistes du Canada, Collège des médecins de famille du Canada, et Association canadienne des infirmières et infirmiers communautaires. (2010). *Promouvoir la surveillance optimale de la croissance des enfants au Canada : l'utilisation des nouvelles courbes de croissance de l'Organisation mondiale de la santé : document de principes*. Repéré à <http://www.cps.ca/pdfreactor/pdf.php?lang=fr&paper=courbes-de-croissance-enfants>
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (2002). Directive clinique de la SOGC n° 120 : prise en charge des nausées et vomissements durant la grossesse. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada / Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, 24(10), 824-831. Repéré à <http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/02/gui120FCPG0210F.pdf>
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (2006). SOGC clinical practice guideline n° 185 : HIV screening in pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada / Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, 28(12), 1103-1107. Repéré à <http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/01/185E-CPG-December2006.pdf>
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (2008). Directive clinique de la SOGC n° 208 : directive clinique sur la prise en charge du virus de l'herpès simplex pendant la grossesse. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada / Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, 30(6), 520-526. Repéré à <http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/02/gui208CPG0806FrevA.pdf>
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (2009). Directive clinique de la SOGC n° 236 : immunisation pendant la grossesse. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada / Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, 31(11), 1093-1101. Repéré à <http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/02/gui236CPG0911f2.pdf>
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (2010a). Directive clinique de la SOGC n° 240 : infection à cytomégalovirus pendant la grossesse. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada / Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, 32(4), 355-362. Repéré à <http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/02/gui240CPG1004F1.pdf>
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (2010b). *Partir du bon pied : de la préconception à la naissance de votre bébé* (4^e éd.). Mississauga, ON : J. Wiley & Sons Canada.
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (2011a). Directive clinique de la SOGC n° 269 : âge génésique avancé et fertilité. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada / Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, 33(11, suppl. B), S1-S13. Repéré à <http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/02/gui269CPG1111F.pdf>
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (2011b). Joint SOGC-CCMG clinical practice guideline n° 261: Prenatal screening for fetal aneuploidy in singleton pregnancies. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada / Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, 33(7), 736-750. Repéré à <http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/01/gui261CPG1107E.pdf>
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (2012a). Opinion de comité de la SOGC n° 271 : report de la grossesse. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada / Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, 34(1), S1-S17. Repéré à <http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/02/gui271CO1201F.pdf>
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (2012b). Opinion de comité de la SOGC n° 277 : facteurs liés au counseling à prendre en considération dans le cadre du dépistage génétique prénatal. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada / Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, 34(5, suppl. B), S1-S6. Repéré à <http://sogc.org/wp-content/uploads/2012/09/gui277CO1205F2.pdf>

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (2013a). Directive clinique de la SOGC n° 298 : prévention de l'infection néonatale à streptocoques du groupe B d'apparition précoce. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada / Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, 35(10, suppl. B), e1-e11. Repéré à <http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/09/gui298CPG1310F.pdf>

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (2013b). Opinion de comité de la SOGC n° 287 : état actuel du dépistage prénatal non effractif du syndrome de Down, de la trisomie 18 et de la trisomie 13 au moyen d'ADN acellulaire se trouvant dans le plasma maternel. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada / Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, 35(2, suppl.), S1-S6. Repéré à <http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/04/gui287CPG1302F.pdf>

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (2014a). Directive clinique de la SOGC n° 303 : détermination de l'âge gestationnel par échographie. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada / Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, 36(2), e1-e12. Repéré à <http://sogc.org/wp-content/uploads/2014/02/gui303CPG1402F.pdf>

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (2014b). Directive clinique de la SOGC n° 307 : diagnostic, évaluation et prise en charge des troubles hypertensifs de la grossesse : résumé directif. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada / Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, 36(5), e1-e27. Repéré à <http://sogc.org/wp-content/uploads/2014/05/gui307CPG1405Frev.pdf>

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (2014c). Directive clinique de la SOGC n° 309 : interventions effractives prénatales chez les femmes qui présentent des infections par le virus de l'hépatite B, le virus de l'hépatite C et/ou le virus de l'immunodéficience humaine. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada / Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, 36(7), e1-e7. Repéré à <http://sogc.org/wp-content/uploads/2014/07/July2014-CPG309-FRE-Online.pdf>

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (2014d). Directive clinique de la SOGC n° 316 : infection au parvovirus B19 pendant la grossesse. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada / Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, 36(12), S1-S12. Repéré à <http://sogc.org/wp-content/uploads/2014/12/gui316CPG1412F.pdf>

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (2015). Directive clinique de la SOGC n° 324 : supplémentation préconceptionnelle en acide folique / multivitamines pour la prévention primaire et secondaire des anomalies du tube neural et d'autres anomalies congénitales sensibles à l'acide folique. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada / Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, 37(6, suppl. A), S1-S19. Repéré à <http://sogc.org/wp-content/uploads/2015/06/gui324CPG1505F.pdf>

Systematic Review on Congenital Toxoplasmosis Study Group, Thiébaut, R., Leproust, S., Chêne, G., et Gilbert, R. (2007). Effectiveness of prenatal treatment for congenital toxoplasmosis: A meta-analysis of individual patients' data. *Lancet*, 369(9556), 115-122.

Table sectorielle nationale mère-enfant des réseaux universitaires intégrés de santé. (2011). *Pour une amélioration dans l'offre de service en première ligne: périnatalité et petite enfance*. Document inédit.

Tanner, J. L., Stein, M. T., Olson, L. M., Frintner, M. P., et Radecki, L. (2009). Reflections on well-child care practice: A national study of pediatric clinicians. *Pediatrics*, 124(3), 849-857.

Thombs, B. D., Arthurs, E., Coronado-Montoya, S., Roseman, M., Delisle, V. C., Leavens, A., . . . Zelkowitz, P. (2014). Depression screening and patient outcomes in pregnancy or postpartum: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 76(6), 433-446.

Truchon, S. (2005). La compétence professionnelle, une obligation déontologique. *Le Journal*, 2(4). Repéré à <https://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/deontologie/chroniques/la-competence-professionnelle-une-obligation-deontologique>

Vedel, I., Ghadi, V., De Stampa, M., Routelous, C., Bergman, H., Ankri, J., et Lapointe, L. (2013). Diffusion of a collaborative care model in primary care: A longitudinal qualitative study. *BMC Family Practice*, 14, 3. doi: 10.1186/1471-2296-14-3

Outils cliniques ayant été consultés et/ou ayant servi de base aux modèles-cadres

Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie :

- Ajustement de la lévothyroxine (Synthroid) en début de grossesse pour la clientèle suivie en GMF : ordonnance collective
- Algorithme décisionnel du dépistage de la trisomie 21
- Carnet de grossesse
- Cheminement de l'Avis de grossesse
- Dépistage prénatal de la trisomie 21 : ordonnance collective
- Laboratoire du premier trimestre de la grossesse : ordonnance collective
- Outil de suivi suite à l'Avis de grossesse
- Première visite de grossesse : aide-mémoire

Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM) :

- Âge maternel avancé (AMA – patientes de 40 ans et plus) : protocole
- Clinique infirmière première visite de la grossesse : description de tâche de l'infirmière
- Prélèvements cervicaux vaginaux : ordonnance collective
- Suivi de grossesse : aide-mémoire

CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent :

- Engorgement mammaire
- Évaluation postnatale de la mère
- Évaluation postnatale du nouveau-né
- Mère ayant eu une césarienne

CSSS de la Vieille-Capitale :

- Arbre décisionnel lors du dépistage de la dépression post-partum à l'aide de l'échelle d'Édimbourg (EPDS)
- Collecte des données postnatales (bébé)
- Critères cliniques de priorisation mère et nouveau-né
- Développement de l'enfant de 9 mois à 2 ans : outil pour le dépistage et l'orientation à l'équipe de retard du développement
- Évaluation de la nouvelle accouchée
- Guide d'utilisation des feuilles de dossiers en périnatalité
- Mon carnet de grossesse
- Protocole régional de surveillance de l'ictère du nouveau-né : ordonnance collective
- Suivis infirmiers prénatals OLO et SIPPE
- Visite de relance (4-6 semaines) : suivi du bébé

CSSS de Laval :

- Initier des mesures diagnostiques et une consultation pour des usagères présentant un saignement vaginal sans douleur au 1^{er} trimestre de la grossesse : ordonnance collective
- Initier les prélèvements sanguins et l'échographie foetale lors de suivi de grossesse : ordonnance collective

CSSS de Québec-Nord (UMF Maizerets) :

- Calendrier des rendez-vous de grossesse
- Clinique prénatale : Avis de grossesse
- Clinique prénatale : ordonnance individuelle
- Demande de suivi de grossesse
- Liste de contrôle de la 1^{re} visite de grossesse
- Plan de naissance
- Postnatal bébé

CSSS de Trois-Rivières :

- Demander un bilan sanguin lors des saignements vaginaux anormaux : ordonnance collective
- Demander un bilan sanguin pour la femme enceinte avec saignement léger du 1^{er} et 2^e trimestre (20 semaines et moins) : ordonnance collective

CSSS du Nord de Lanaudière :

- Dépistage, surveillance et traitement de l'hyperbilirubinémie chez le nouveau-né : ordonnance collective

CSSS Richelieu-Yamaska :

- Évaluation prénatale
- Initier le dépistage et la gestion de l'ictère du nouveau-né à l'unité mère-enfant-famille, l'unité pédiatrique, lors du suivi post-natal à domicile ou à la clinique de l'un des CLSC : ordonnance collective

GMF Centre médical Laval :

- Suivi de la clientèle enceinte : document de travail



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec