

L'OPHQ ET LES INFIRMIÈRES

Des services méconnus

PAR LOUIS GAGNÉ



© Jarewrickland / Dreamsime.com

La première image qui nous vient en tête lorsqu'il est question de l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) est celle du pictogramme montrant une personne en fauteuil roulant. Bien plus qu'un simple organisme voué aux personnes atteintes d'un handicap physique, l'OPHQ se veut un pourvoyeur de services qui s'adressent aussi aux personnes souffrant de troubles mentaux.

« L'Office est mal connu dans le domaine de la santé. Les infirmières gagneraient à connaître davantage nos services d'aide et de soutien aux personnes handicapées, mais aussi à ceux et celles qui travaillent auprès d'eux », affirme Gilles Bélanger, responsable du Service de soutien à la personne de cet organisme fondé en 1978.



De fait, la présence des infirmières sur le terrain en fait de précieuses alliées. « Elles sont en contact direct avec les personnes handicapées, leur famille, les médecins traitants et les intervenants. Elles occupent donc une position privilégiée pour évaluer

les besoins d'une personne. Elles sont le pivot entre le patient, la famille, le médecin et nous », précise M. Bélanger.

De par son rôle et ses fonctions, l'infirmière devient parfois la confidente d'un patient. Elle peut être une personne de référence pour sa famille, son médecin traitant ou tout autre intervenant, tel qu'un ergothérapeute, un physiothérapeute ou un orthopho-

« Une personne qui est atteinte de déficience physique ou intellectuelle est confrontée à des obstacles dans la vie de tous les jours ou en situation de soins. Des obstacles qui doivent être cernés pour pouvoir être levés. »

Gilles Bélanger, responsable du Service de soutien à la personne

niste. « Ces besoins ne sont pas nécessairement d'ordre médical, rappelle M. Bélanger. Ils peuvent aussi être d'ordre social. »

La majorité des infirmières qui ont recours à l'Office œuvrent en soins à domicile, dans un centre local de services communau-

taires (CLSC) ou dans un centre de réadaptation. La plupart du temps, elles entrent en contact avec l'OPHQ pour signaler le cas d'un patient qui a besoin de services spécialisés ou qui rencontre des obstacles pour retourner vivre chez lui. « Une infirmière peut constater par exemple qu'un patient éprouvera des difficultés à vivre à domicile parce que l'endroit n'est pas adapté à sa situation, qu'il ne bénéficie pas de l'aide de proches ou qu'il reçoit des soins à la maison qui nécessitent une surveillance. L'infirmière peut nous contacter pour qu'on le prenne en charge », explique-t-il, ajoutant que cela peut même mener à l'intervention du Curateur public, de la Direction de la protection de la jeunesse ou de la Commission des droits de la personne.

EN MILIEU SCOLAIRE

Des besoins peuvent aussi surgir en milieu scolaire, que ce soit pour des soins ou dans le cadre d'une intervention liée à des troubles en-

vahissants de comportement (autisme, syndrome d'Asperger), à des troubles de langage et de communication (aphasie, dysphasie, dyslexie, surdité), à d'autres problèmes ou à de la d ficiency mentale.

M. Bélanger souligne le cas récent d'un enfant atteint de paralysie cérébrale et de d ficiency visuelle. Une infirmière du Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke a communiqué avec l'Office pour l'informer que l'enfant devait bientôt quitter l'hôpital pour retourner vivre en famille d'accueil. « Elle voulait s'assurer que nous pouvions offrir un soutien à la famille d'accueil, participer au plan d'intervention pour faciliter son retour et confirmer les services scolaires dont l'enfant pourrait bénéficier », explique-t-il, précisant que 35 % des interventions de l'Office se font en milieu scolaire.

L'OPHQ ne concentre pas ses efforts seulement sur les personnes atteintes d'un handicap physique. « Ces personnes ne constituent plus la majorité de notre clientèle. Nous offrons maintenant davantage de services en lien avec les personnes atteintes d'autisme, de schizophr -

LE PROCESSUS DE PRODUCTION DU HANDICAP

Un nouveau cadre conceptuel

Avoir un handicap a longtemps été vu comme la conséquence directe d'une d ficiency physique ou intellectuelle indépendante du milieu où vit une personne. Depuis la fin des années 1990 toutefois, un nouveau cadre conceptuel a vu le jour : le processus de production du handicap (PPH). Ce modèle adopté par l'OPHQ consiste à évaluer un handicap en tenant compte du contexte social, économique et culturel dans lequel se trouve une personne.

« Un handicap doit être vu comme le résultat de l'interaction entre une atteinte et son environnement. Les déficiences et les incapacités ne sont donc pas seulement liées à une condition, mais aussi à des facteurs environnementaux. Ce sont ces facteurs qui vont déterminer si une personne vit une situation de handicap ou une situation favorisant sa participation sociale », explique  ric Meunier, conseiller à la formation à la Direction du partenariat et de l'intervention individuelle de l'OPHQ.

Fruit des travaux de l'anthropologue Patrick Fougeyrollas, directeur de l'enseignement et du soutien scientifique à l'Institut de réadaptation en d ficiency physique de Québec, le PPH permet de définir la participation sociale d'un individu comme le résultat de l'interaction entre les facteurs personnels (systèmes organiques et aptitudes affectées par une d ficiency) et les facteurs environnementaux (milieux social et physique) dans une situation donnée.

Le cadre conceptuel de ce modèle comprend quatre champs d'analyse : les facteurs de risque, les facteurs personnels, les facteurs environnementaux et les habi-

tudes de vie. Un facteur de risque consiste en un élément susceptible de causer un traumatisme, une malformation ou toute autre atteinte à l'intégrité ou au développement d'une personne.

Ces facteurs de risque agissent directement sur les systèmes organiques (système nerveux, moteur, sensoriel, digestif, etc.) et les aptitudes liées à ces systèmes, comme la locomotion, le langage, la digestion ou la perception. Le niveau d'atteinte par rapport à ces facteurs personnels varie de léger à sévère.



« Ce sont ces facteurs qui vont déterminer si une personne vit une situation de handicap ou une situation favorisant sa participation sociale. »

Éric Meunier, conseiller à la formation à la Direction du partenariat et de l'intervention individuelle

Le PPH se démarque par l'importance qu'il accorde à l'influence de l'environnement sur ces facteurs personnels. Les facteurs environnementaux peuvent en effet agir comme un obstacle ou, à l'inverse, comme un facilitateur relativement aux activités quotidiennes et aux habitudes de vie d'une personne, que ce soit à la maison et au travail, ou même dans le quartier où elle vit.

Enfin, les habitudes de vie correspondent à toute activité personnelle ou sociale d'une personne, telle que la nutrition, l'hygiène, l'habitation, le déplacement, l'éducation et

le travail. La qualité d'une habitude de vie résulte de son interaction avec les facteurs personnels et environnementaux. La qualité de ces habitudes de vie déterminera donc si une personne vit en situation de handicap ou de participation sociale.

Le but d'une telle analyse est d'éliminer les obstacles qui produisent la situation de handicap en amendant les conditions de l'environnement du patient. « Cela permet de briser l'isolement et d'aider à l'épanouissement et à la qualité de vie de la personne », indique M. Meunier.

Selon lui, le PPH propose une grille d'analyse très pertinente pour les infirmières, que ce soit pour préparer le retour à la maison d'un patient après un séjour à l'hôpital, dans un centre de réadaptation ou dans un contexte de soins à domicile. ■

Source

Fougeyrollas, P., R. Cloutier, H. Bergeron, J. Côté et G. St-Michel. « Schéma conceptuel - Processus de production du handicap », Québec, Réseau international sur le Processus de production du handicap (RIPPH), 1998, 166 p. [En ligne : www.ripph.qc.ca/?rub2=2&rub=6&lang=fr]

nie et autres troubles mentaux », affirme Gilles Bélanger. « Nos écoles, nos collèges et nos universités comptent de plus en plus de gens atteints de ces troubles, notamment les troubles envahissants de comportement. Ces gens sont extrêmement intelligents, mais ils éprouvent des difficultés énormes à socialiser. Ils font aussi partie de notre clientèle et les professionnels de la santé peuvent nous aider à les aider », indique-t-il.

L'Office, rappelle M. Bélanger, a pour mission d'assurer une intégration pleine et entière des personnes handicapées à la vie en société. Une personne atteinte de déficience physique ou intellectuelle est confrontée à des obstacles dans la vie de tous les jours ou en situation de soins. Ces obstacles doivent être cernés pour pouvoir être levés. Par conséquent, l'Office joue un rôle de coordination et d'évaluation des services offerts aux personnes handicapées et à leur famille en se faisant le défenseur de leurs intérêts.

Elle les informe et les conseille et, en vertu de la *Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale*, elle a un pouvoir d'assistance et de représentation dans toutes les sphères de la vie.

DES SERVICES

À cet égard, l'OPHQ offre une panoplie de services et de références à des programmes d'aide. Il peut s'agir d'obtention de services à domicile, à l'école ou en centre de réadaptation, de même que d'aide technique à la mobilité, à la communication (auditive et visuelle) ou aux activités de la vie quotidienne.

Ces services peuvent aussi prendre la forme d'un soutien ou d'équipement pour les personnes nécessitant des soins à domicile (assistance respiratoire, oxygénothérapie, hémodialyse). « Certains équipements permettent au patient d'acquérir plus d'autonomie et augmentent sa sécurité. L'infirmière prodiguant des soins à domicile est bien placée pour évaluer les besoins ou les

problèmes d'un patient et nous en faire part », dit M. Bélanger.

L'aide peut aussi être financière, par exemple rentes, suppléments et autres prestations gouvernementales. Elle peut même être juridique puisque dans ce dernier cas, l'Office a le pouvoir d'assister et de représenter une personne en cour.

L'OPHQ offre également des programmes d'aide en matière d'emploi, d'habitation, d'éducation et de soutien familial.



© Robert Parnell / Dieamsine.com

PLUS DE 300 PROGRAMMES

L'Office des personnes handicapées du Québec possède un Centre de documentation en ligne comptant plus de 20 000 documents. L'ensemble des programmes et mesures – on en compte quelque 300 – est répertorié dans le *Guide des programmes d'aide* disponible dans le site www.ophq.gouv.qc.ca. Soulignons que cette documentation est aussi accessible dans le réseau des bibliothèques municipales, collégiales et universitaires.

Toutes ces informations sont disponibles grâce à la ligne 1 800 de l'OPHQ. L'organisme dispose en effet d'un centre d'appels composé de six employés. « Nous réalisons en moyenne entre 15 000 et 20 000 interventions par année, allant de la simple demande de vignette de stationnement à l'accompagnement à la Cour des petites créances », affirme M. Bélanger.

D'autres publications peuvent aussi intéresser les infirmières qui sont en contact constant avec les personnes handicapées et leur famille. Le *Guide des besoins en soutien à la famille* possède des informations sur les ressources disponibles dans chaque région du Québec. Le *Guide des mesures fiscales* regroupe l'ensemble des mesures fiscales, provinciales et fédérales dont peuvent bénéficier les personnes handicapées, leur famille et leurs proches. Enfin, le document destiné aux parents, intitulé *Préparer et suivre le parcours scolaire de mon enfant*, peut intéresser les infirmières qui suivent les familles. ■



ALCOOL ET CONSOMMATION À FAIBLE RISQUE

L'ALCOOL FAIT PARTIE DE LA VIE DES QUÉBÉCOIS. IL ACCOMPAGNE LES ÉVÉNEMENTS FESTIFS ET AGRÉABLES. QU'ENTEND-ON PAR CONSOMMATION À FAIBLE RISQUE ? COMMENT AIDER LES PERSONNES AUX PRISES AVEC UNE DÉPENDANCE À L'ALCOOL ?

PAR DALILA BENHABEROU-BRUN, INF., M.SC.

© istockphoto / Thinkstock

POURQUOI LA CONSOMMATION D'ALCOOL DEVRAIT-ELLE NOUS INQUIÉTER ?

Le volumineux rapport du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT, 2011) indique d'entrée de jeu que la consommation d'alcool au Canada a augmenté de 14 % depuis 1996. Plusieurs organismes gouvernementaux s'inquiètent de ce changement dans les habitudes de vie des Canadiens d'autant plus que les conséquences de l'excès d'alcool sont bien connues. Violence verbale, violence physique, accidents et intoxications menant parfois au décès, font périodiquement la une des journaux. Le CCLAT précise qu'une consommation plus modérée pourrait abaisser le nombre de décès de 4 600 chaque année. Environ 6 000 décès liés à l'alcool sont enregistrés annuellement au Canada

BOIRE RAISONNABLEMENT

Selon le CCLAT, les femmes devraient boire un maximum de deux verres (encadré 1) par jour, au plus dix verres par semaine et les

hommes, un maximum de trois verres par jour, au plus quinze verres par semaine. Il n'est pas recommandé aux enfants ni aux adolescents de consommer d'alcool (encadré 2). L'abstinence est également indiquée aux femmes enceintes, aux personnes qui consomment des médicaments ou des substances psychoactives et à celles qui conduisent un véhicule. Depuis le 15 avril 2012, une disposition de la « Loi 71 » interdit aux jeunes de moins de 22 ans de conduire s'ils ont la moindre quantité d'alcool dans le sang.

Par ailleurs, l'alcool consommé de façon responsable, principalement le vin rouge, constitue un facteur de prévention des accidents vasculaires cérébraux, du diabète ou encore des cardiomyopathies ischémiques.

COMMENT RECONNAÎTRE LE PROBLÈME ?

La caractéristique principale des alcooliques, ou buveurs chroniques est le déni de la situation. Comment arriver à les persuader qu'il y a un réel problème et de l'espoir de guérir de cette « maladie » ?

UN VERRE STANDARD



Que représente la teneur en alcool dans un verre standard ?

IL Y A AUTANT D'ALCOOL :

- > dans un verre de bière (340 ml/12 oz à 5 % d'alcool)
- > que dans un verre de vin (140 ml/5 oz à 12 % d'alcool)
- > que dans un verre de vin fortifié (85 ml/3 oz à 20 % d'alcool)
- > ou que dans un verre de spiritueux (45 ml/1,5 oz à 40 % d'alcool).

Quant au cidre, aux liqueurs à base de malt et aux boissons prémélangées, qui se boivent généralement, mais pas toujours, dans un verre de 140 ml/5 oz, il faut tenir compte du pourcentage d'alcool indiqué sur la bouteille, lequel varie de 2,5 % à 20 %.

Les niveaux de consommation recommandés

2 • 3 • 4 • 0

Les niveaux de consommation recommandés – 2, 3, 4 ou 0 – varient principalement en fonction du sexe.

- 2 Les femmes qui veulent consommer de l'alcool de façon modérée devraient se limiter à 2 verres par jour et à un maximum de 10 verres par semaine.
- 3 Les hommes qui veulent boire de façon modérée devraient se limiter à 3 verres par jour et à un maximum de 15 verres par semaine.
- 3 Afin d'éviter l'intoxication et les complications qui l'accompagnent, les femmes ne devraient pas prendre plus de 3 verres en une même occasion.
- 4 Les hommes qui veulent éviter l'intoxication et les complications qui l'accompagnent ne devraient pas prendre plus de 4 consommations en une même occasion.
- 0 Afin d'éviter qu'une accoutumance ou une dépendance s'installe, il est recommandé que tous ne prennent aucune consommation d'alcool au moins une ou deux journées par semaine.
- 0 Il est inapproprié de consommer de l'alcool dans certaines circonstances, lorsque, par exemple :
 - > on a des décisions importantes à prendre ;
 - > on pratique des activités physiques dangereuses ;
 - > on manœuvre un véhicule motorisé, de la machinerie, de l'équipement mécanique ou électrique ;
 - > on est responsable de la sécurité d'autres personnes ;
 - > on prend des médicaments qui interagissent avec l'alcool ;
 - > on a des problèmes de santé mentale ou physique ;
 - > on a des problèmes de dépendance à l'alcool.
- 0 Bien que les risques liés à une faible consommation d'alcool durant la grossesse paraissent minimes, aucun seuil totalement sécuritaire n'a été défini. Il est donc recommandé aux femmes enceintes et à celles qui cherchent à le devenir de ne pas consommer d'alcool. De plus, les femmes qui allaitent devraient s'abstenir d'en consommer avant l'allaitement.

Source : <http://educalcohol.qc.ca/alcool-et-vous/sante/les-niveaux-de-consommation-dalcool-a-faible-risque>

L'alcool et les jeunes

Un phénomène qui n'est pas récent et qui demeure inquiétant pour les parents et les professionnels de la santé est la banalisation de la consommation d'alcool chez les adolescents. Le recours plus fréquent à l'alcool dans cette classe d'âge a été reconnu dans une enquête pancanadienne menée en 2004 auprès de 4 300 adolescents de 12 à 15 ans. Les résultats publiés par Santé Canada révèlent que les deux tiers des jeunes interrogés déclarent que tous leurs amis ont déjà bu de l'alcool et qu'ils ont été ivres au moins une fois.

Âge moyen auquel les adolescents âgés de 12 à 15 ans ont déclaré avoir :

- > pris leur premier verre : 12,4 ans
- > été ivres : 13,2 ans
- > pris leur première inhalation de colle : 12,0 ans
- > pris leur première consommation de marijuana : 13,1 ans

Proportion ayant :

- > consommé au moins un verre d'alcool : 42 %
- > été ivres : 22 %
- > consommé de la marijuana : 19 %

Source : Statistique Canada. *L'influence des pairs prédomine*, mai 2004.

L'alcoolisme est une véritable souffrance pour la personne qui ne peut maîtriser sa consommation. En plus des conséquences sur sa famille, ses amis et son entourage professionnel, de nombreux effets se manifestent sur sa santé physique et mentale.

La perte de mémoire, souvent sous-estimée, est facilement décelable. Nombre de personnes alcooliques ne se souviennent pas de ce qu'elles ont fait pendant plusieurs heures, voire plusieurs jours. L'absentéisme scolaire ou professionnel peut donner l'alerte. Lorsqu'on évoque le problème de front, la réaction classique consiste à dire : « Je ne suis jamais soûl ». Or, l'enivrement n'est pas toujours présent chez un adulte alcoolique.

Certains individus tolèrent bien l'alcool ; les hommes, de par leur gabarit, « supportent » de plus grandes quantités sans que cela n'affecte ni leur vigilance ni leur discours. Les personnes alcooliques se cachent et élaborent des stratégies complexes pour disposer d'alcool en tout temps, quel que soit l'endroit où elles se trouvent.

À QUEL MOMENT ET QUI FAUT-IL CONSULTER ?

« À partir du moment où l'on se pose des questions à propos de sa consommation, répond un ancien alcoolique. Encore faut-il vouloir changer et comprendre ce qui nous amène à boire plus que de raison. » Les directives d'une consommation à faible risque ne s'appliquent pas aux buveurs chroniques. L'abstinence, la prise de médicaments et la psychothérapie forment les bases du traitement.

Le buveur chronique peut aller chercher de l'aide auprès d'un professionnel de la santé ou s'orienter vers des ressources de soutien non médical. Environ 74 % des médecins savent que leurs patients font partie des AA (encadré 3). Les AA n'ont pas la prétention de guérir les buveurs, ils accompagnent celui qui souhaite arrêter de boire. Ils tiennent des réunions ouvertes à tous ou réservées aux AA tous les jours, partout au Québec.

Les AA au Canada

Le mouvement des Alcooliques Anonymes (AA) a été créé en 1935 aux États-Unis. Son approche spirituelle s'inspire de plusieurs thérapies pour s'affranchir de la dépendance. Les AA estiment qu'environ 5 000 groupes comprenant quelque 95 000 personnes participent à leurs réunions au Canada.

D'après un sondage mené en 2007 auprès de 8 000 membres canadiens et américains, la moyenne d'âge des alcooliques est de 47 ans. La grande majorité est constituée d'hommes (67 %) mariés (35 %). La durée moyenne d'abstinence des membres est de plus de huit ans.

COMME PROFESSIONNEL, COMMENT ABORDER L'ALCOOLISME ?

Le questionnaire CAGE, composé de quatre questions, peut être utilisé pour déceler le problème (voir page 32).

Déni, culpabilité, honte, ressentiment, dépression sont des sentiments courants chez l'alcoolique. Le professionnel de la santé doit écouter, et savoir reconnaître cette souffrance et cette détresse. Le profil du buveur pourra être établi au moyen de l'histoire de santé, de l'examen physique et de tests cliniques. L'objectif est de comprendre la dynamique et le type de dépendance. Sans culpabiliser, ni blâmer le buveur, il est important de l'amener à réaliser qu'il a une dépendance envers l'alcool qui entraîne des problèmes de santé, des changements de comportements, de l'absentéisme, des pertes d'attention et de mémoire, d'équilibre, etc.

Aiguiller la personne vers des thérapeutes spécialisés, ou vers des organismes comme le Centre Dollard-Cormier ou des groupes AA sont des bonnes options. Bien sûr, il y aura des tentations et des rechutes. Le chemin vers la guérison est long et difficile pour le buveur et sa famille, souvent très isolés et en détresse. ■

Pour en savoir plus

Centre Dollard-Cormier :
www.centredollardcormier.qc.ca

Alcooliques Anonymes Québec :
http://aa-quebec.org/AA_Quebec/Templates/index.htm

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies :
www.ccsa.ca/Fra/Pages/Home.aspx

Éduc'Alcool :
<http://educalcool.qc.ca>

Références

Éduc'Alcool. *Les niveaux de consommation d'alcool à faible risque*, 2007.
[En ligne : <http://educalcool.qc.ca/alcool-et-vous/sante/les-niveaux-de-consommation-dalcool-a-faible-risque>]

Alcooliques anonymes. *Sondage sur les membres*, 2007.
[En ligne : www.aa.org/lang/fr/catalog.cfm?category=4&product=65]
(Page consultée le 6 mars 2012.)

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCALT). *Les directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada*, novembre 2011.
[En ligne : www.ccsa.ca/Fra/Pages/Home.aspx]
(Page consultée le 3 mars 2012.)

Maison Jean Lapointe : [En ligne : www.maisonjeanlapointe.org]

Statistique Canada. *L'influence des pairs prédomine, mai 2004*.
[En ligne : www.statcan.gc.ca/pub/11-002-x/2004/05/14604/4072625-fra.htm]
(Page consultée le 28 février 2012.)

LA CARDIOMYOPATHIE ALCOOLIQUE

Comment le cœur réagit-il à l'abus d'alcool ?

PAR DANIEL MILHOMME, INF., M.S.C.

OBJECTIF PÉDAGOGIQUE

Après avoir lu cet article, l'infirmière devrait connaître les principales caractéristiques de la cardiomyopathie alcoolique. Elle pourra décrire différentes conditions susceptibles d'influencer son développement et comprendre les éléments d'évaluation nécessaires au dépistage et à l'intervention auprès d'un client qui pourrait présenter une cardiomyopathie alcoolique.

MISE EN SITUATION

Un homme de 55 ans se présente à l'urgence de votre établissement. À l'évaluation initiale, il dit avoir ressenti des palpitations alors qu'il fêtait l'un de ses amis. Vous procédez à l'examen physique ; vous remarquez un pouls rapide et irrégulier. À l'auscultation pulmonaire, vous entendez des crépitations aux lobes inférieurs gauche et droit. Vous poursuivez votre investigation et l'interrogez sur ses antécédents et ses habitudes de vie pour finalement aborder sa consommation d'alcool. En procédant à une évaluation attentive du patient, vous remarquez que plusieurs indices concordent avec une dépendance à l'alcool. Et maintenant, quel est le lien entre cette dépendance et la raison de la consultation ?

La consommation d'alcool par les Québécois suscite de nombreuses réflexions. Pendant que les médias diffusent des campagnes de sensibilisation contre l'alcool au volant, Éduc'alcool rappelle que « la modération a bien meilleur goût ». Selon cet organisme, notre consommation moyenne serait d'un peu plus de 3 verres par semaine et de 2,5 verres par occasion de consommation. Bien qu'il s'agisse d'une consommation qualifiée de modérée, d'autres données sont préoccupantes. Par exemple, 7 % des Québécois consomment plus de 5 verres par occasion, 8 verres dans le cas de 3 % d'entre eux, et ce, au moins une fois par semaine.

En dépit du fait que certains bénéfices liés à une consommation modérée aient été démontrés, entre autres chez les femmes ménopausées et chez les hommes de plus de 40 ans, des effets néfastes, notamment sur le cœur, nous obligent à pondérer les effets bénéfiques de l'alcool. Certes, des études suggèrent que l'alcool, principalement le vin rouge, contribue à réduire le risque d'athérosclérose grâce au resvératrol, un antioxydant qui préviendrait les maladies cardiaques. Le resvératrol favoriserait un mécanisme moléculaire qui réduit les dommages artériels et l'activité de l'angiotensine II, accroît le taux d'oxyde nitrique et favorise la diminution de l'aggrégation plaquettaire. D'autres résultats indiquent toutefois que l'alcool peut provoquer des troubles du rythme cardiaque et aggraver l'hypertension.



DÉPENDANCE ET EXCÈS

Les effets délétères de la consommation d'alcool sur la santé peuvent être liés à la dépendance ou à l'excès. Il faut ainsi distinguer la dépendance de l'excès. La dépendance résulte d'une consommation chronique d'alcool alors que l'excès correspond à une prise unique et excessive d'alcool qui provoque des effets aigus dont le risque est proportionnel au taux d'alcool dans le sang (Éduc'alcool).

En ce sens, un seul épisode d'ivresse aiguë peut causer de graves dysfonctionnements tels que des saignements gastro-intestinaux, une arythmie cardiaque, un accident vasculaire cérébral (AVC) ou une dépression respiratoire pouvant même entraîner la mort (Beyer, 2004 ; Éduc'alcool). Pareils accidents ont d'ailleurs été signalés lors de concours de « calage » d'alcool.

Pour de nombreux patients, la consommation d'alcool est beaucoup plus importante qu'elle ne devrait l'être. De ce fait, les indices recueillis en établissant l'historique de santé peuvent permettre de supposer des conséquences beaucoup plus graves que celles observées. Parmi elles, le « syndrome du cœur en vacances », de l'anglais *Holiday Heart Syndrome*, qui est parfois une manifestation précoce de la cardiomyopathie alcoolique (Beyer, 2004).

MALADIE CARDIAQUE

La cardiomyopathie alcoolique (CA) est une maladie cardiaque dilatée non ischémique qui survient en raison d'une consommation abusive et chronique d'alcool (George et Figueredo, 2011). Étant l'une des principales causes de cardiomyopathies dilatées non ischémiques en Occident (Beyer, 2004), une étude de Piano (2002) indique que la cardiomyopathie dilatée alcoolique représente 3,8 % de toutes les cardiomyopathies, et 21 à 32 % de toutes les cardiomyopathies dilatées (George et Figueredo, 2011).

Chez les personnes souffrant déjà d'arythmie cardiaque, le lien de causalité entre fibrillation auriculaire (FA) et excès d'alcool se confirme encore dans une étude publiée en août 2012 dans l'*American Journal of Cardiology*. Une équipe de chercheurs de l'Université de Californie – San Francisco a interrogé 223 patients âgés en moyenne de 59 ans, souffrant d'arythmie cardiaque, plus précisément de fibrillation auriculaire et de tachycardie supraventriculaire paroxystique. Ainsi, la consommation d'alcool multiplie par 4,5 le risque d'une récurrence de FA chez le groupe souffrant de FA. Un épisode paroxystique réfère à ceux non soutenus ou intermittents.

Physiopathologie

Le mécanisme par lequel l'alcool entraîne de l'insuffisance cardiaque est encore incertain. Alors que certains supposent que la CA résulte d'une déficience vitaminique (Constant, 1999), d'autres comme Urbano-Márquez *et al.* (1995) et Agarwal et Seitz (2001) croient plutôt que l'alcool a un effet toxique sur le myocarde même sans carence vitaminique. En fait, on reconnaît certains effets de l'éthanol, notamment sur le métabolisme des lipides et sur la concentration du calcium et son effet inotrope négatif sur les myocytes cardiaques.

Certaines études ont démontré qu'une consommation d'alcool à long terme favorise des modifications cellulaires telles que la perte de myocytes, la dysfonction intracellulaire, l'altération



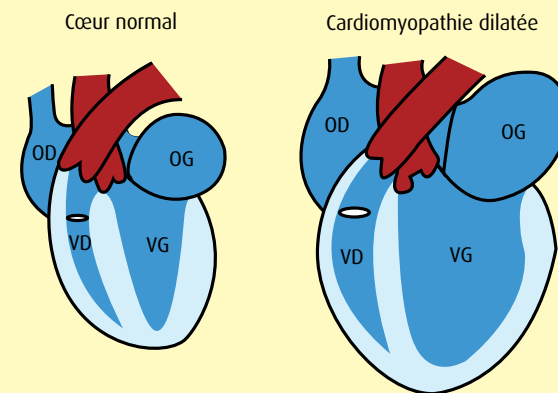
© istockphoto / Thinkstock

LE SYNDROME DU CŒUR EN VACANCES

Le *syndrome du cœur en vacances* est une expression utilisée depuis 1978 pour décrire des patients qui, après une consommation excessive d'alcool, ont souffert de tachycardie supraventriculaire, principalement de fibrillation auriculaire (FA). Précisons que les tachycardies supraventriculaires comprennent la FA et d'autres types de tachycardies qui prennent naissance dans les parties supérieures des cavités cardiaques, des valves jusqu'aux oreillettes.

Le *syndrome du cœur en vacances* tient son nom du fait qu'habituellement les symptômes disparaissent après la fête ou les vacances, les patients ayant cessé de boire.

TERMINOLOGIE



■ Muscle ■ Cavité cardiaque ■ Gros vaisseaux

OG = Oreillette gauche VG = Ventricule gauche
OD = Oreillette droite VD = Ventricule droit

Source : Centre de référence pour les maladies cardiaques héréditaires

Une **cardiomyopathie dilatée** est une forme de maladie du muscle cardiaque. Elle se caractérise par une dilatation ventriculaire et une hypokinésie des ventricules. La dilatation provoque une augmentation de la taille des cavités cardiaques et un amincissement des parois alors que l'hypokinésie entraîne une faiblesse de la contraction du muscle cardiaque.

Cette défaillance peut indiquer une anomalie de la contraction du muscle cardiaque ventriculaire (dysfonction systolique) ou de remplissage (dysfonction diastolique), voire les deux.

Ischémique réfère à une diminution de l'apport en oxygène causée, par exemple, par une obstruction complète ou partielle d'une artère coronaire. **Non ischémique** veut tout simplement dire le contraire, c'est-à-dire qui n'est pas causé par une ischémie, une obstruction ou un manque d'oxygène.

des protéines contractiles et l'homéostasie du calcium (Piano, 2002). Il semble aussi plausible que certains types de cellules ou certains systèmes soient activés, notamment le système nerveux sympathique, le système rénine-angiotensine, les cytokinines ou le système des peptides natriurétiques (Piano, 2002).

On reconnaît l'existence d'un lien entre la CA et la durée d'exposition d'un individu à l'alcool, mais la quantité d'alcool et la durée d'exposition nécessaires ne sont pas précisément établies (Piano, 2002 ; Urbano-Márquez *et al.*, 1995). Ainsi, les effets toxiques de l'alcoolisme sur le muscle cardiaque se feraient davantage sentir après une longue période de consommation qu'après une brève période d'exposition (Adam *et al.*, 2008). Alors que Piano (2002) soutient qu'une consommation abusive et chronique de plus de 90 g d'alcool par jour, soit environ 7 à 8 consommations standards pendant plus de cinq ans, peut mener à une CA, d'autres sources affirment que la durée d'exposition doit être de plus de dix ans (Éduc'alcool). Par ailleurs, les répercussions d'une dépendance à l'alcool seraient plus graves pour la femme que pour l'homme, notamment la fréquence des effets néfastes, même si la durée d'exposition est plus courte (Fernández-Solà *et al.*, 1997). On remarque aussi des cas de CA chez des patients sans dépendance connue à l'alcool (Adam *et al.*, 2008) et tous les consommateurs abusifs ne seront pas atteints de CA (Piano, 2002).

ÉVALUER

L'historique de santé, l'examen physique et des analyses de laboratoire ciblées permettront de déceler une consommation abusive d'alcool, voire la présence d'une CA (Adam *et al.*, 2008).

L'historique de santé

« L'infirmière se doit d'être assez vigilante pour déceler l'usage problématique de l'alcool » (Jarvis, 2009). En fait, une évaluation précise et détaillée de la consommation est essentielle pour déceler la CA. Malheureusement, de nombreux cliniciens se préoccupent peu de la prévalence de l'alcoolisme. Leur investigation se réduit souvent à la simple question : « Buvez-vous ? » Le déni et la minimisation de la quantité consommée sont caractéristiques de l'abus d'alcool. En cas de doute, on peut demander au patient de se soumettre à un exercice d'autodéclaration de sa consommation sur une période de quelques jours. Il est primordial de repérer les cas problèmes pour les informer des dangers de l'abus d'alcool. L'infirmière devra soutenir les personnes atteintes de maladies cardiaques dans leur démarche vers l'abstinence (Laonigro *et al.*, 2009).

Différents outils tels que *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)* (Volk *et al.*, 1997) ou le questionnaire CAGE (Ewing,



LE QUESTIONNAIRE CAGE

- C** (*cut down*) : Avez-vous déjà pensé que vous devriez réduire votre consommation d'alcool ?
- A** (*annoyed*) : Êtes-vous agacé lorsque quelqu'un critique votre consommation d'alcool ?
- G** (*guilty*) : Vous êtes-vous déjà senti mal à l'aise ou coupable à cause de votre consommation d'alcool ?
- E** (*eye-opener*) : Vous est-il déjà arrivé de boire en vous levant le matin pour calmer vos nerfs ou chasser « la gueule de bois » ?

Source : Ewing, 1984.

1984) complètent le questionnaire sur les habitudes de consommation d'alcool.

De façon générale, la CA serait encore plus fréquente en raison du sous-diagnostic de la dépendance à l'alcool.

L'examen physique

En plus de l'histoire de santé du patient, l'examen physique cherchera certains signes permettant de déceler une CA : la dyspnée, l'œdème des membres inférieurs, l'augmentation de la pression veineuse jugulaire et des crépitations à l'auscultation pulmonaire. Adam *et al.* (2008) soutiennent qu'il n'est pas possible de déceler la CA seulement avec l'examen physique, d'où l'importance d'obtenir beaucoup d'information en questionnant le patient.

Il faut retenir que la maladie cardiaque liée à la consommation d'alcool est progressive. D'abord asymptomatique, les signes et les symptômes apparaissent et la condition dégénère jusqu'à l'insuffisance cardiaque. Mentionnons parmi ces signes et symptômes : fatigue excessive, toux nocturne, dyspnée, douleur thoracique ou palpitations.

Certaines conditions peuvent aussi donner des indices de CA. Ainsi, face à un patient affecté d'un « syndrome du cœur en vacances », l'examen physique pourrait être approfondi de façon à rechercher s'il y a présence d'une CA encore asymptomatique (Beyer, 2004).

HYPERTENSION

L'effet vasopresseur de l'éthanol peut expliquer l'association entre la consommation à long terme d'alcool et l'hypertension (Laonigro *et al.*, 2009). D'ailleurs, selon Beulens *et al.* (2007), les personnes buvant six verres ou plus par jour sont deux fois plus à risque de souffrir d'hypertension que les buveurs modérés ou les non-buveurs. L'hypertension est fréquente chez les alcooliques, mais les jeunes et les personnes sans hypertension préexistante sont moins susceptibles d'en souffrir que les personnes âgées ou prédisposées.

DÉCELER UNE CA

Historique de santé	Quelques questions à poser Avez-vous des antécédents médicaux ? Lesquels ? Des problèmes cardiaques ? Respiratoires ? Actuellement, avez-vous d'autres problèmes de santé ? Prenez-vous des médicaments ? Fumez-vous ? Faites-vous de l'activité physique ? Consommez-vous de l'alcool ? Par semaine, combien de verres ? (Voir consommation modérée Educ'alcool page 28) Avez-vous pensé à diminuer votre consommation ? (Questionnaire Cage) <i>Surveiller le déni, proposer des mesures d'auto-évaluation de la consommation.</i>
Examen physique	Quelques signes et symptômes à vérifier Fatigue excessive, tremblements, toux nocturne, dyspnée, douleur thoracique ou palpitations pouvant dégénérer en arythmies cardiaques, œdème des membres inférieurs, augmentation de la pression veineuse jugulaire et détection de crépitations à l'auscultation pulmonaire.
Analyses de laboratoire et autres examens diagnostiques	Quelques tests et analyses à faire Analyses sanguines : résultats anormaux de AST, ALT, GGT, VGM. ECG : voir indice de Sokolow-Lyon (tableau 2) et Score de Romhilt-Estes (tableau 1) Échocardiographie : déceler une augmentation de la masse myocardique, une dilatation et un mouvement atypique des ventricules.

Analyses de laboratoire et autres examens diagnostiques

Jusqu'à maintenant, aucun marqueur immunologique ou biochimique confirmant le diagnostic de la CA n'a été découvert (Adam *et al.*, 2008). Le bilan sanguin affiche toutefois des marqueurs liés à l'alcoolisme de même qu'aux fonctions hépatiques. Ainsi, en présence d'une consommation importante et soutenue sur une longue période, des résultats anormaux des marqueurs tels que la gamma glutamyltransférase (GGT), les aminotransférases (AST et ALT) et le volume globulaire moyen (VGM) sont des indices qui rappellent à l'infirmière l'importance de questionner le patient sur ses habitudes de consommation d'alcool.

Par ailleurs, des signes de la cardiomyopathie dilatée tels que l'augmentation de la masse myocardique, la dilatation des ventricules et l'amincissement des parois sont habituellement présents. Ainsi, la taille et la forme anormale des ventricules de même que leur mouvement atypique devraient paraître à l'échocardiographie.

Bien que l'échocardiographie soit de loin plus performant que l'électrocardiogramme (ECG) pour détecter l'hypertrophie ventri-

TABEAU 2
Critères pour déceler l'hypertrophie gauche ou droite

INDICE DE SOKOLOW-LYON		
Hypertrophie ventriculaire	Critères	Scores
Gauche	Onde S (V_1) + onde R (V_5 ou V_6)	> ou = à 35 mm ¹ 1. > 45 mm si patient a moins de 35 ans.
Droite ²	Onde R (V_1) + onde S (V_5 ou V_6)	> ou = à 10,5 mm

* Puisqu'il existe plusieurs versions de l'indice, il est possible que certains critères ou certains termes varient selon les auteurs.

TABEAU 1
Critères pour déceler l'hypertrophie ventriculaire gauche

SCORE DE ROMHILT-ESTES		
CRITÈRES		POINTAGE
Onde R ou S la plus importante au plan frontal	> ou = à 20 mm	3 points
Onde S en V_1 ou en V_2	> ou = à 30 mm	
Onde R en V_5 ou en V_6	> ou = à 30 mm	
Segment ST-T orienté dans la direction opposée au QRS	Sans digitale	3 points
	Avec digitale	1 point
Négativité terminale de l'onde P en V_1	Profondeur > ou = 1 mm	3 points
	Durée > ou = à 0,04 s	
Déviations axiales gauches	Au-delà de - 30°	2 points
QRS élargis	Durée > ou = à 0,09 s	1 point
Déflexion intrinsèque en V_5 ou en V_6	> ou = à 0,05 s	1 point

INTERPRÉTATION		
HYPERTROPHIE VENTRICULAIRE GAUCHE		SCORE
PROBABLE		4
CERTAINE		5 et +

* Puisqu'il existe plusieurs versions du score de Romhilt-Estes, il est possible que certains critères ou certains termes varient selon les auteurs.

culaire, l'ECG peut aussi révéler certains signes. Ainsi, certains critères de sensibilité et de spécificité variables sont proposés par différentes méthodes, par exemple l'indice de Sokolow-Lyon (Gay *et al.*, 1990 ; Horacek, 2010) ou l'échelle de pointage (ou score) de Romhilt-Estes (Beaumont, 1993). D'ailleurs, ce score sert seulement à déceler l'HVG et ses critères sont plus précis que ceux de l'indice de Sokolow-Lyon.

TRAITEMENT ET INTERVENTIONS

À part le fait que l'arrêt de la consommation d'alcool est l'un des facteurs clés du traitement (Balk, 2000), le traitement médical de la CA ne diffère pas du traitement conventionnel de l'insuffisance cardiaque (George et Figueredo, 2011).

Quoiqu'il existe une multitude d'approches thérapeutiques, le traitement de l'insuffisance cardiaque repose principalement sur des médicaments et sur l'étiologie du problème, soit en adoptant des mesures hygiéno-diététiques. Les médicaments couramment prescrits sont les inhibiteurs du système rénine-angiotensine-aldostérone, les bêtabloquants, les glycosides cardiaques, les diurétiques et les antiarythmiques. Parmi les mesures hygiéno-diététiques, mentionnons l'éducation à la santé : une saine alimentation, l'activité physique, l'arrêt du tabagisme et de la consommation d'alcool.

Comme dans toutes les situations de dépendance, l'information donnée par l'infirmière est très importante. En décrivant au patient ce que des organismes reconnus définissent comme une consommation modérée, elle lui offre d'importants repères qui peuvent contribuer à sa motivation et à sa santé. Ainsi, l'Agence de santé publique du Canada (ASPC, 2009) recommande une consommation d'alcool à moins de deux verres par jour. Éduc'alcool présente une autre façon de consommer avec son programme 2 • 3 • 4 • 0 (voir page 28).



Le pronostic du patient atteint d'une CA est lié à ses habitudes de vie (Adam *et al.*, 2008). Ainsi, le taux de survie à quatre ans chez les patients qui continuent de boire de façon excessive est d'environ 50 % (George et Figueredo, 2011). L'infirmière doit soutenir son patient dans son cheminement vers l'abstinence.

Non seulement l'infirmière devra-t-elle évaluer si l'alcool a des effets néfastes sur la santé cardiovasculaire du patient qui la consulte (Beyer, 2004), mais elle devra également vérifier une panoplie d'autres problèmes liés à ses habitudes de vie. « Des comportements comme le tabagisme, l'abus de drogue et d'alcool et les excès alimentaires sont des façons malsaines de composer avec le stress et les difficultés quotidiennes » (ASPC, 2009). La promotion de saines habitudes de vie est une partie importante de l'intervention infirmière.

Des symptômes de sevrage peuvent apparaître quelques heures à quelques jours après l'arrêt d'alcool ou après une diminution importante de consommation. Ils peuvent causer une importante détresse physique et psychologique. Si c'est le cas, le suivi effectué par l'infirmière peut être déterminant. Bien qu'elle n'ait pas été abordée dans l'article, l'évaluation de la santé mentale de la personne aux prises avec un problème de dépendance à l'alcool permettra à l'infirmière de choisir des interventions et des traitements adaptés à son état psychologique. ■



L'auteur

Daniel Milhomme est professeur en soins critiques au Département des sciences infirmières de l'Université du Québec à Rimouski (UQAR), campus de Lévis. Titulaire d'une maîtrise en sciences infirmières, il poursuit actuellement ses études doctorales à la

Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval.

Courriel : daniel_milhomme@uqar.ca.

NDIR : Cet article est accompagné d'un post-test en ligne donnant droit à des heures admissibles dans la catégorie formation accréditée. Il sera disponible sur la plateforme de téléapprentissage Mistral.



Références

- Adam, A., C. Nicholson et L. Owens. « Alcohol dilated cardiomyopathy », *Nursing Standard*, vol. 22, n°38, 28 mai 2008, p. 42-47.
- Agarwal, D.P. et H.K. Seitz. *Alcohol in Health and Disease*, New York, Marcel Dekker, 2001, 648 p.
- Agence de la santé publique du Canada (ASPC). « Suivi des maladies du cœur et des accidents vasculaires cérébraux au Canada », 2009. [En ligne : www.phac-aspc.gc.ca] (Page consultée le 25 juin 2012).
- Allard, F. « Osez questionner vos patients sur l'alcool ! », *Médecin du Québec*, vol. 44, n°2, févr. 2009, p. 27-34.
- Balk, A.H. « Dilated cardiomyopathy, are a few drinks allowed ? », *European Heart Journal*, vol. 21, n°4, févr. 2000, p. 267-269.
- Beaumont, J.L. *Lecture progressive de l'ECG*, Boucherville, Gaëtan Morin, 1993, 231 p.
- Beulens, J.W., E.B. Rimm, A. Ascherio, D. Spiegelman, H.F. Hendriks et K.J. Mukamal. « Alcohol consumption and risk of coronary heart disease among men with hypertension », *Annals of Internal Medicine*, vol. 146, n°1, 2 janv. 2007, p. 10-19.
- Beyer, S. « Cardiovascular disease in alcohol abusers », *Journal of Addictions Nursing*, vol. 15, n°2, 2004, p. 75-79.
- Centre de référence des maladies cardiaques héréditaires. *Brochure Patients - Cardiomyopathie dilatée*, Paris, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, 8 p. [En ligne : www.cardiogen.aphp.fr/articles/articles.php?cat=9&id=26]
- Constant, J. « The alcoholic cardiomyopathies-genuine and pseudo », *Cardiology*, vol. 91, n°2, 1999, p. 92-95.
- Éduc'alcool. *Les Québécois et l'alcool*. [En ligne : <http://educalcoool.qc.ca/faits-conseil-et-outils/faits/les-quebecois-et-lalcoool>], 2012. (Page consultée le 15 mars 2012.)
- Éduc'alcool. *Les effets de la consommation abusive d'alcool*. [En ligne : <http://educalcoool.qc.ca/alcoool-et-vous/sante/les-effets-de-la-consommation-abusive-dalcoool>] (Page consultée le 15 mars 2012.)
- Éduc'alcool. « Alcochoix+ - Je bois, j'y vois ». [En ligne : <http://educalcoool.qc.ca/wp-content/uploads/2011/12/07-804-02FADepAlcochoix.pdf>] (Page consultée le 15 mars 2012.)
- Ewing, J.A. « Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire », *Journal of the American Medical Association*, vol. 252, n°14, 12 oct. 1984, p. 1905-1907.
- Fernández-Solà, J., R. Estruch, J.M. Nicolás, J.C. Paré, E. Sacanella, E. Antúnez *et al.* « Comparison of alcoholic cardiomyopathy in women versus men », *American Journal of Cardiology*, vol. 80, n°4, 15 août 1997, p. 481-485.
- Gay, J., P. Benoit et M. Denos. *L'électrocardiogramme, savoir l'interpréter*, Paris, Frison-Roche, 1990, 381 p.
- George, A. et V.M. Figueredo. « Alcoholic cardiomyopathy: a review », *Journal of Cardiac Failure*, vol. 17, n°10, oct. 2011, p. 844-849.
- Horacek, T. *Entraînement à l'ECG*, Paris, Lavoisier, 2010, 473 p.
- Jarvis, C. *L'examen clinique et l'évaluation de santé*, Montréal, Chenelière Éducation, 2009, 952 p.
- Laonigro, I., M. Correale, M. Di Biase et E. Altomare. « Alcohol abuse and heart failure », *European Journal of Heart Failure*, vol. 11, n°5, 30 mars 2009, p. 453-462. [En ligne : <http://eurjhf.oxfordjournals.org/content/11/5/453.full.pdf+html>]
- Piano, M.R. « Alcoholic cardiomyopathy-incidence, clinical characteristics and pathophysiology », *Chest*, vol. 121, n°5, mai 2002, p. 1638-1650.
- University of California-San Francisco (UCSF). « Alcohol may trigger serious palpitations in heart patients - new UCSF research examines causal link between alcohol consumption and atrial fibrillation », *American Journal of Cardiology*, 1^{er} août 2012. [En ligne : www.ucsf.edu/news/2012/06/12071/alcohol-may-trigger-serious-palpitations-heart-patients] (Page consultée le 6 juin 2012.)
- Urbano-Márquez, A., R. Estruch, J. Fernández-Solà, J.M. Nicolás, J.C. Paré et E. Rubin. « The greater risk of alcoholic cardiomyopathy and myopathy in women compared with men », *Journal of the American Medical Association*, vol. 274, n° 2, juill. 1995, p. 149-154.
- Volk, R.J., J.R. Steinbauer, S.B. Cantor et C.E. Holzer. « The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screen for at-risk drinking in primary care patients of different racial/ethnic backgrounds », *Addiction*, vol. 92, n°2, févr. 1997, p. 197-206.
- Women's Health and Education Center (WHEC). *Les maladies de la dépendance : troubles relatifs à l'alcool*, Springfield (MA), WHEC, 2009. [En ligne : www.womenshealthsection.com/content/gynmhfr/gynmh011.php3] (Page consultée le 6 juin 2012.)

L'avortement

GUÉRIR D'UN DEUIL TABOU

PAR CHRISTINE TREMBLAY, INF., PH.D.

Dans l'existence d'une femme, une grossesse imprévue peut apparaître comme une véritable secousse sismique. Même si l'expérience est différente pour chacune, elle suppose d'établir des priorités parmi des éléments aussi fondamentaux que sa propre survie, son identité, sa dignité, sa santé, son avenir ou ses rêves. De plus, pour de nombreuses femmes, l'embryon ne représente ni des « cellules », ni un « petit rien » : il s'agit de leur enfant. Cette perception intime et complexe va alors s'inscrire au cœur de leur expérience.



© istockphoto / RushOnPhotography

UN PARADOXE

La femme qui perçoit qu'une grossesse, quel qu'en soit le stade, signifie de porter un enfant, devient déjà mère par le sens qu'elle donne à ce vécu. Certaines se caresseront le ventre et s'adresseront à leur petit en lui parlant d'amour et de déchirement. Pour se protéger, d'autres bloqueront leurs émotions intolérables en laissant momentanément parler la raison et en muselant leur cœur. Pour ces femmes, la décision de recourir à l'avortement implique non seulement un renoncement à être mère, mais aussi une sentence de mort pour un autrui qui, même aussi indéterminé, fait déjà partie d'elles-mêmes dans un des liens les plus socialement valorisés, celui de mère-enfant. Comment alors composer, voire incorporer, une émotion qui ressemble tellement à de l'amour avec un geste aussi paradoxal qu'incontournable pour elles ?

Le tabou entourant encore l'avortement, le secret et l'isolement représentent souvent le prix à payer pour se protéger des blessures et de l'incompréhension de l'entourage. Faute de « mots », il pourrait y avoir des « maux ». Toutefois, la non-reconnaissance sociale de ce deuil périnatal implique également une non-reconnaissance de l'état de souffrance ou des malaises qui perdureront en tant que

séquelles directes de cette blessure étouffée.

LE DEUIL

Les pertes infligées inévitablement par le parcours de la vie peuvent être positives (apprentissage, conscience de soi, maturation) ou négatives (appauvrissement de l'être, problèmes de santé, dépression). Après une interruption volontaire de grossesse, les femmes doivent assumer leur choix et composer avec leur affection pour l'enfant perdu. Avec le temps, la plupart parviennent à se réconcilier avec elles-mêmes mais pour d'autres, la tâche est beaucoup plus ardue, voire insurmontable.

Sans lieu d'expression du

chagrin, sans corps, sans souvenir et sans nom, comment actualiser la perte ressentie ? Les femmes ont besoin d'expression et de gestes pour se souvenir, pour guérir et se pardonner à elles-mêmes. Elles ont besoin de confirmer la valeur de cette courte existence, de se donner une occasion de pleurer la séparation de cette partie de soi et de lui donner une réalité dans leur histoire. Comme le point central de cette souffrance aussi inavouée qu'interdite s'articulait au niveau des représentations mentales, le cadre de compréh-

DE L'AUTEURE

L'accompagnement qui insère les soignants au cœur du vécu intime des personnes m'obligeait à me placer en face de cette douleur singulière afin de mieux la comprendre et, éventuellement, de mieux aider.

Un processus d'observation et de réflexion praxéologique lié à une écoute de ces femmes m'ont permis de cerner davantage ce drame (Tremblay, 2009). L'étude, fine de récits de vie, a identifié leurs principales sources de souffrance, soit le silence imposé par le tabou, la perte de l'enfant fantasmatique, de même qu'une inévitable culpabilité.

sion leur permettant de dépasser l'épreuve devait conséquemment s'orienter vers le geste symbolique au cœur même de l'imaginaire à toucher, à modifier.

LES RITUELS

Les rites ont toujours accompagné les êtres humains aux moments charnières de leur vie. La mort a toujours fait appel aux rites, car ils représentent une façon acceptable de l'appivoiser, de l'insérer comme partie intégrante du cycle et de l'ordre du monde.

Selon les personnalités, la créativité et les intuitions, par des mots, de la musique ou des objets choisis, les soignants ont la possibilité d'aider ces femmes à exprimer les liens d'amour avec cet enfant qu'elles ont dû laisser partir, partageant avec elles l'importance de cette épreuve dans leur vie.

Ces moments construits avec elles sont inspirés par des rites religieux, soit un premier temps d'acclimatation, un temps de parole et de gestes puis un temps de séparation.

S'acclimater

« S'acclimater » implique de créer préalablement une ambiance propice pour se retrouver coupée du monde extérieur et du temps réel : éclairage tamisé, chandelles parfumées, musique douce, etc.

Expression, paroles et gestes

Pour Boris Cyrulnik (2002), raconter son épreuve, c'est la faire exister dans l'esprit d'un autre et se donner ainsi l'illusion d'être compris et accepté malgré la meurtrissure. Dans ces circonstances, il y aurait une transformation émotionnelle de l'épreuve qui, dès lors qu'elle est partagée, changerait de forme.

Dans le cadre de ce temps de parole, il faut redonner aux femmes leur récit après une écoute empathique de leurs émotions et de leur histoire. Cette mise à distance modifie la perspective et extériorise la faute.

« C'est entré en moi comme un réconfort de mon moi à moi-même, en confirmant ce que j'avais vécu. » (Marie-Soleil)

Pour que les rites extériorisent la peine, il faut qu'elle se concrétise en la rendant visible, crédible et légitime. Paroles et gestes spécifiques permettent alors de matérialiser, de mettre en scène et d'exprimer ces émotions intenses et menaçantes par leur intensité. Objets et symboles servent alors à honorer cet être dont le passage, même si bref, a permis la naissance d'une relation inoubliable.

Après avoir brûlé les papiers et les dépliants liés à l'avortement, Élisabeth et son ami ont laissé partir un ballon dans le ciel avec un message d'amour à l'intérieur.

Séparation et pardon

Faire son deuil, c'est tendre vers le détachement, l'acceptation et la continuité. Certaines iront jusqu'à faire une place bien spéciale à cet enfant dans leur monde imaginaire, comme une présence douce et subtile dans leur existence. D'autres réaliseront ce pardon à soi, s'engageant alors à prendre soin d'elles grâce à l'amour.

« Je voudrais me pardonner d'être fragile, d'être imprudente en amour, de penser m'être trompée, d'être trop vulnérable, de ne pas assez prévoir, d'être en souffrance, de faire des rêves impossibles, de

GUÉRIR D'UN DEUIL TABOU



Une petite brochure a été élaborée par l'auteure. Guérir d'un deuil tabou permet à ces femmes bien ciblées de comprendre ce

qui leur est arrivé. Elle autorise également la mise en parole et en acte, non pas pour oublier, mais pour tendre vers un souvenir enrichi de leur expérience. On peut se la procurer en communiquant par courriel à johanne.paquin.cln@sss.gov.qc.ca.

Christine Tremblay. *Guérir d'un deuil tabou*, CSSS de Lac-St-Jean-Est, Alma (Qc), 2010.

me retrouver seule et frustrée, de vouloir aimer encore. En un mot, je voudrais me pardonner d'être seulement humaine. » (Adaptation de Monbourquette, 1994)

La sensibilité aux rituels implique une sensibilité aux émotions. Le professionnel doit réellement se laisser « toucher » par cette épreuve des sens et du sens. Dans un lieu d'échanges apaisants et féconds, l'objectif demeure que cette femme qui souffre puisse accéder à un nouvel état mental, qu'elle soit « autorisée » à voir son expérience de façon différente.



Devant l'absence de légitimation et le manque de spiritualité, des deuils irrésolus après des interruptions volontaires de grossesse laissent annuellement des centaines de femmes dans une mélancolie qui n'en finit plus, les plaçant dans un état de fragilité et d'impuissance qui commande la mise en place de mécanismes individuels et collectifs de prise en charge.

L'exploration du sens de cette pratique professionnelle a permis de reconnaître une douleur taboue à l'intérieur du lieu sacré de la spiritualité féminine, d'ouvrir les yeux à l'amour et au lien mère-enfant de ces femmes et de leur donner une voie d'expression pour le dire : la ritualité. L'avortement, même s'il demeure toujours aussi controversé, existe. Les soignants au service des personnes souffrantes ont la responsabilité morale de les assister au mieux dans cette expérience parmi les plus éprouvantes. ■



L'auteure

Christine Tremblay est infirmière à la clinique de santé sexuelle au CSSS de Lac-Saint-Jean-Est.

Bibliographie

- Cyrulnik, B. *Un merveilleux malheur*, Paris, éd. Odile Jacob, 2002, 218 p.
- Fellous, M. *À la recherche de nouveaux rites : rites de passage et modernité avancée*, Paris, L'Harmattan, 2001, 244 p.
- Lévinas, E. *Humanisme de l'autre homme*, Montpellier, Fata Morgana, 1972, 120 p.
- Lavoie, M. « L'accompagnement des personnes endeuillées », *Perspective infirmière*, vol. 2, n°3, janv./févr. 2005, p. 36-39.
- Monbourquette, J. *Grandir – Aimer, perdre et grandir*, Ottawa, Novalis, 1994, 175 p.
- Tremblay, C. *Vers le développement d'une modalité d'intervention dans le champ de la ritualité pour des femmes ayant vécu un avortement volontaire comme la perte d'un enfant* (thèse de doctorat), Chicoutimi, Université du Québec à Chicoutimi, 2009, 228 p.