

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR  
AMÉLIE BÉLANGER (BELA29518106)

ÉTUDE DESCRIPTIVE-COMPARATIVE DES PRATIQUES DE SOINS ET  
D'ORGANISATION AU CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE  
SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE-ET-DU-CENTRE-DU-QUÉBEC,  
HÔPITAL SAINTE-CROIX, POUR LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES  
AYANT SUBI UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL EN REGARD DES  
LIGNES DIRECTRICES CANADIENNES.

MARS 2018

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

## Sommaire

**Problématique :** L'accident vasculaire cérébral (AVC) est une interruption complète ou partielle du flux sanguin qui irrigue le cerveau et prive ses cellules d'oxygène. Au Canada, l'AVC est la 3<sup>e</sup> cause de décès et la 1<sup>re</sup> cause d'incapacité grave chez l'adulte. La prise en charge rapide et l'offre de soins structurés aux personnes victimes d'AVC/accident ischémique transitoire (AIT) sont des facteurs déterminants pour la récupération et la qualité de vie suite à l'événement initial. Des lignes directrices dictant la prise en charge des gens ayant subi un AVC ont par ailleurs été élaborées en 2006. Cependant, des études récentes ont démontré des écarts significatifs entre la pratique clinique et ces lignes directrices concernant la prise en charge d'un usager lors d'un AVC. D'autres études ont exploré les barrières et les facilitateurs à l'adhésion aux recommandations énoncées. Par ailleurs, aucune étude réalisée au Québec, en regard de la pratique infirmière, n'a été recensée. Suite à ces différents constats, il paraissait donc important de pouvoir dresser un portrait de la situation actuelle dans la prise en charge infirmière des gens ayant subi un AVC. Le premier objectif de l'étude était de comparer la pratique clinique à l'Hôpital Sainte-Croix (HSC) de Drummondville avec les recommandations canadiennes en regard des soins infirmiers administrés aux personnes ayant subi un AVC. Le deuxième objectif de l'étude était d'identifier les barrières et les facilitateurs à l'Hôpital Sainte-Croix en regard de l'adhésion aux recommandations canadiennes dans les soins infirmiers administrés aux personnes ayant subi un AVC.

**Méthode :** Pour le premier objectif, une analyse rétrospective de 30 dossiers a été effectuée, ce qui représente environ 27 % des usagers qui sont hospitalisés pour un AVC annuellement. Une grille d'analyse testée et validée a été utilisée pour effectuer cette analyse auprès d'un échantillon de convenance non probabiliste. Pour le deuxième objectif, des infirmières œuvrant à l'urgence, aux soins intensifs et à l'unité AVC ont été sollicitées dans leur milieu de travail pour compléter un questionnaire validé de 23 questions portant sur les barrières et les facilitateurs reliés à trois thèmes, soit aux caractéristiques des recommandations canadiennes, aux caractéristiques personnelles des infirmières et aux caractéristiques de l'organisation. Pour chacun des énoncés, les infirmières devaient indiquer, selon l'échelle de Likert de 1 à 5, si elles étaient d'accord ou non avec chacun des énoncés présentés.

**Résultats :** L'analyse de dossiers a démontré qu'en général, la prise en charge des personnes ayant subi un AVC était en assez bonne adéquation (66 %) avec le suivi des recommandations. Certains indicateurs évalués tels que la prise en charge de la température (80 %) et la mobilisation précoce (96 %) ont généré des résultats supérieurs. Par contre, d'autres indicateurs ont obtenu des résultats qui se sont avérés être moins performants tels que la prévention des chutes (29 %) et l'évaluation de la douleur (56 %). En regard des barrières et des facilitateurs identifiés par les infirmières, le manque de temps, de formation et d'intérêt pour l'AVC ont été identifiées comme étant les plus significatifs par rapport aux autres énoncés. Les résultats des questionnaires ont

alors pu mettre en évidence certains éléments qui pouvaient influencer l'adhésion au suivi des recommandations de manière plus importante.

**Conclusion :** Cette première étude Canadienne concerne spécifiquement les soins infirmiers dans les soins administrés aux usagers. Même si cette étude a été réalisée dans un seul centre avec un petit échantillon, elle donne un portrait de la prise en charge de la clientèle AVC dans les unités de soins. Les résultats obtenus démontrent certains écarts entre la pratique clinique et les recommandations canadiennes, mais pas pour tous les indicateurs. De plus, ils mettent en lumière certains éléments, comme l'évaluation de la douleur et le dépistage du risque de chute qui gagneraient à être améliorés. Concernant les barrières et les facilitateurs identifiés, certains éléments nécessiteraient aussi une amélioration tels que d'offrir davantage de formation et de ressources pour la prise en charge des gens qui subissent un AVC.

**Mots clés :** « Organisation des soins », « AVC et réadaptation », « Adhésion aux lignes directrices de l'AVC » et « Barrières et facilitateurs aux soins de l'AVC ».

## **Abstract**

**Background:** Stroke (CVA) is a complete or partial interruption of blood flow that irrigates the brain and deprives its cells of oxygen. In Canada, stroke is the 3<sup>rd</sup> leading cause of death and the leading cause of severe disabilities in adults. Rapid management and structured care provision for people with CVA / TIA are determining factors of recovery and quality of life following the initial event. Guidelines for the management of individuals with stroke were published in 2006. However, recent studies have shown significant gaps between clinical practice and the existing. Another area that has been explored concerns the perceived barriers and facilitators to integration of guidelines to practice by health professionals. Moreover, no study conducted in Quebec with regard to nursing practice has been identified. The first objective of the study was to compare clinical practice at the Hôpital Sainte-Croix with the Canadian recommendations regarding nursing care for stroke patients. The second objective was to identify barriers and facilitators at the Hôpital Sainte-Croix regarding adherence to the Canadian recommendations in nursing care for patients with stroke.

**Design and method:** For the first objective, a retrospective analysis of 30 files was conducted, representing approximately 27 % of users who are hospitalized for stroke each year. A validated analysis grid was used. For the second objective, nurses working in the emergency department, critical care unit and stroke unit were asked in their workplace to complete previously validated questionnaire survey with 23 questions on barriers and facilitators. These were related to 3 themes, which are the perceptions

towards the use of the Canadian recommendations, the personal nurses characteristics and the organization's characteristics. For each of the statements, the nurses were asked to indicate on the Likert scale, from 1 to 5, whether they agreed or disagreed with each statement.

**Results:** The file analysis showed that in general, the management of stroke patients was in fairly good adequation (66 %) with the recommendations. Some of the indicators evaluated, such as temperature management (80 %) and early mobilization (96 %), yielded superior results. On the other hand, other indicators performed less well, such as fall prevention (29 %) and pain assessment (56 %). Furthermore, concerning the barriers and facilitators identified by nurses, lack of time, lack of training and lack of interest in stroke were identified as the most significant compared to other statements. Narrative results from the survey highlighted some additional elements that could influence guidelines adherence such as lack of resources and equipment.

**Conclusions:** This first Canadian study specifically aimed at nursing care for stroke patients. Although performed in only one center with small sample, it gives a portrait of nursing care management in a stroke unit. The results show some gaps between clinical practice and Canadian recommendations but not in all areas. They highlighted specific areas, such as pain assessment and fall risk screening that need improvement. Concerning barriers and facilitators identified from nurses, some of them also need improvement such as more training and resources.

**Keywords:** « Care organization », « Stroke rehabilitation », « Stroke guidelines adherence » and « Stroke care's barriers and facilitators ».



## Table des matières

Sommaire .....	ii
Abstract .....	v
Table des matières.....	viii
Liste des tableaux.....	xii
Liste des annexes.....	xiii
Liste des abréviations.....	xiv
Remerciements.....	xv
Chapitre 1 : Problématique.....	1
Objectifs de recherche .....	11
Chapitre 2 : Recension des écrits .....	12
L'accident vasculaire cérébral .....	14
Historique et physiopathologie.....	14
Incidence et prévention. ....	15
Traitement et prise en charge. ....	17
Suivi des recommandations canadiennes de l'AVC .....	19
Choix des indicateurs en regard du suivi des recommandations .....	40
L'évaluation de la température corporelle.....	41

Mobilisation précoce.....	43
Continence.....	45
Prise en charge de la douleur.....	47
Évaluation de la dysphagie.....	49
Prévention et prise en charge des chutes.....	52
Plan thérapeutique infirmier.....	54
Les barrières et facilitateurs au suivi des recommandations.....	56
Cadres de référence.....	65
Lignes directrices de l'AVC.....	65
Modèle d'évaluation de Donabedian.....	66
Chapitre 3 : Méthodologie .....	70
Devis de recherche.....	71
Milieu de l'étude.....	72
Population et échantillon .....	73
Variables à l'étude et instruments de mesure .....	75
Indicateurs pour l'analyse des dossiers.....	78
Le contrôle de la température.....	78
Mobilisation précoce.....	79
Continence .....	80

Prise en charge de la douleur .....	81
Prévention et prise en charge des chutes .....	83
Plan thérapeutique infirmier .....	84
Déroulement de l'étude.....	84
Analyse des dossiers .....	84
Recrutement des infirmières.....	85
Plan d'analyse de données.....	86
Forces, limites et biais méthodologiques .....	86
Éthique.....	87
Chapitre 4 : Résultats .....	91
Pratiques cliniques pour le suivi des recommandations de l'AVC.....	92
Barrières et facilitateurs identifiés par les participantes .....	95
Chapitre 5 : Discussion .....	104
Pratiques cliniques pour le suivi des recommandations de l'AVC.....	105
Barrières et facilitateurs identifiées par les participantes .....	111
Forces.....	115
Limites .....	115
Recommandations pour la recherche.....	118
Recommandations pour la pratique .....	119

Recommandations pour l'enseignement.....	121
Chapitre 6 : Conclusion.....	123
Annexes.....	126
Références .....	160

## Liste des tableaux

Tableau 1 :	Indicateurs systémiques de base de la Stratégie canadienne de l'AVC 2010 .....	21
Tableau 2 :	Résultats de l'étude : Portrait du traitement de l'AVC ischémique en phase hyperaiguë au Québec en 2013-2014 .....	25
Tableau 3 :	Résultats de l'étude : Ontario Stroke Report Card .....	26
Tableau 4 :	Résultats des études réalisées en Ontario en 2012-2013, au Québec en 2016 et au Canada en 2011 .....	28
Tableau 5 :	Études sur l'adhérence aux lignes directrices de l'AVC ailleurs qu'au Canada .....	33
Tableau 6 :	Études sur les barrières et facilitateurs concernant le suivi des recommandations en regard de l'AVC .....	57
Tableau 7 :	Critères d'inclusion et d'exclusion pour les dossiers des usagers.....	74
Tableau 8 :	Critères d'inclusion et d'exclusion pour les infirmières.....	75
Tableau 9 :	Caractéristiques sociodémographiques des usagers ayant subi un AVC ..	93
Tableau 10 :	Résultats de l'analyse des dossiers des usagers ayant subi un AVC .....	94
Tableau 11 :	Analyse détaillée des indicateurs de la douleur et des risques de chute....	95
Tableau 12 :	Caractéristiques sociodémographiques des infirmières ayant participé à l'étude .....	96
Tableau 13 :	Perceptions des infirmières en lien avec l'application des recommandations canadiennes de l'AVC.....	98
Tableau 14 :	Résultats des questionnaires en lien avec les caractéristiques personnelles des infirmières .....	99
Tableau 15 :	Résultats des questionnaires en lien avec les caractéristiques de l'organisation.....	101

## Liste des annexes

Annexe 1	Acronyme VITE .....	127
Annexe 2	Lettres s'adressant aux experts pour la validation des outils de mesure .	128
Annexe 3	Questionnaire.....	130
Annexe 4	Feuille de paramètres fondamentaux.....	134
Annexe 5	Outil du décompte des selles .....	135
Annexe 6	Acronyme PQRSTU pour l'évaluation de la douleur.....	136
Annexe 7	Outil de dépistage de la dysphagie .....	137
Annexe 8	Outil de dépistage du risque de chute.....	139
Annexe 9	Plan thérapeutique infirmier .....	140
Annexe 10	Lettre d'information s'adressant à la chef de service des archives médicales .....	141
Annexe 11	Lettre d'autorisation pour l'accessibilité aux dossiers médicaux .....	143
Annexe 12	Grille d'analyse des dossiers .....	145
Annexe 13	Lettre d'information s'adressant aux chefs de service des unités de soins .....	154
Annexe 14	Lettre d'information s'adressant aux participants .....	156
Annexe 15	Certificat du comité de la recherche et de l'éthique de l'UQTR CER-16-22807.07.....	158
Annexe 16	Certificat du comité de la recherche et de l'éthique du CIUSSS MCQ CÉR-2016-026 .....	159

### **Liste des abréviations**

AIT	Accident ischémique transitoire
AVC	Accident vasculaire cérébral
CIUSSS MCQ	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre du Québec
ENC	Échelle neurologique canadienne
IV	Intraveineux
t-PA	Activateur du plasminogène tissulaire
HSC	Hôpital Sainte-Croix
PTI	Plan thérapeutique infirmier
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle

## **Remerciements**

Tout d'abord, je voudrais remercier ma directrice, Lyne Cloutier, qui a cru en moi et qui m'a aidée à me dépasser jour après jour. Elle m'a soutenu tout au long de la réalisation de mon projet, s'est montrée disponible à chaque fois que j'en avais besoin et, outre la passion de la recherche qu'elle m'a transmise, elle m'a aussi enseigné la rigueur et la détermination.

Ensuite, j'aimerais remercier ma famille et mes amis qui m'ont encouragée tout au long de ma maîtrise. Je voudrais remercier tout particulièrement mon conjoint, Frédéric, pour la confiance qu'il avait en moi, pour son écoute et pour ses encouragements même dans les moments plus difficiles. Je veux remercier aussi mes enfants, Gabrielle, Lucas, Xavier et Félix pour leur patience même s'ils ne comprenaient pas toujours. Grâce à eux, j'avais toujours un pied sur terre qui me ramenait à mon rôle de maman lorsqu'il le fallait.

Je désire aussi dire merci à tous mes collègues qui ont beaucoup entendu parler de ma maîtrise, dont un merci spécial à René-Jocelyn, Myriane, Nathalie et Sophie pour leur support et leur compréhension. Finalement, je souhaite remercier les infirmières, les infirmiers et tous ceux qui ont collaboré à mon projet de recherche. Sans vous, ce mémoire n'aurait pas été possible.



## **Chapitre 1 : Problématique**

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est un problème de santé important. À travers le monde, 15 millions de personnes subissent un AVC annuellement dont 5 millions décéderont de ses suites et un autre 5 millions survivront avec de lourdes conséquences qui apporteront un fardeau important au sein de leur famille (Mackay & Mensah, 2013). Aux États-Unis, 795 000 personnes sont diagnostiquées d'un AVC chaque année et 140 000 personnes finissent par en mourir. En moyenne, une personne meurt d'un AVC toutes les quatre minutes aux États-Unis (Center for Disease Control and Prevention, 2017).

Actuellement, au Canada, entre 40 000 et 50 000 personnes sont soignées dans les hôpitaux suite à un AVC ou à un accident ischémique transitoire (AIT) annuellement (Fondation des maladies du coeur et de l'AVC, 2014). L'AVC est la première cause d'incapacité grave chez l'adulte (Statistique Canada, 2017) et représente la troisième cause de décès au Canada, soit environ 10 000 canadiens qui décèdent des séquelles d'un AVC annuellement (Agence de la santé publique du Canada, 2011). Quotidiennement, au Québec, environ 43 personnes reçoivent un diagnostic d'AVC ou d'AIT (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2013). De plus, le lourd fardeau économique engendré par l'ensemble des soins administrés aux gens atteints d'AVC frôle les 3,6 milliards de dollars annuellement

(Agence de la santé publique du Canada, 2011). L'impact sur le système de santé est très important. Un nombre plus élevé de jours d'hospitalisation est attribuable aux maladies cardiovasculaires soit 17 % de l'ensemble des jours d'hospitalisation (Agence de la santé publique du Canada, 2009).

L'AVC entraîne de lourdes conséquences physiques, cognitives et émotionnelles chez les gens qui en survivent. Notamment, environ 300 000 Canadiens vivent avec les séquelles d'un AVC (Agence de la santé publique du Canada, 2011) dont 60 % rapportent avoir besoin d'aide, pendant que 80 % mentionnent avoir des restrictions dans leurs activités de la vie quotidienne (Richard, 2013). La récupération des capacités physiques ou intellectuelles s'avère longue, souvent partielle, voire même parfois nulle. En effet, d'un tiers à deux tiers des gens qui survivent à un AVC seront atteints d'une perte de fonctions cognitives, de mobilité ou de problèmes reliés au langage qui nécessiteront de la réadaptation (Agence de la santé publique du Canada, 2011). Par conséquent, l'impact de l'AVC sur la qualité de vie des gens et sur leur famille est très important. En plus de devoir apprendre à vivre avec les séquelles de leur AVC, ces gens sont souvent confrontés à la dépression et à l'isolement social (Richard, 2013).

L'AVC se définit essentiellement par une interruption complète ou partielle du flux sanguin qui irrigue le cerveau et prive ainsi ses cellules d'oxygène. Il existe principalement deux types d'AVC, soit l'AVC ischémique causé par l'obstruction d'un vaisseau qui est responsable d'environ 80 % des AVC et l'AVC hémorragique causé par

la rupture d'un vaisseau qui survient dans 20 % des cas. Lorsque l'interruption de la circulation sanguine se fait de façon partielle et temporaire au cerveau, il s'agit alors d'un AIT. Lors d'AIT, les symptômes sont souvent réversibles et disparaissent généralement en moins de vingt-quatre heures. Chez les gens ayant fait un AIT, 35 % feront un AVC au cours des cinq années suivantes (Gillen, 2016).

L'optimisation des soins administrés aux gens qui subissent un AVC dépend de la rapidité de la reconnaissance des symptômes par la personne ou par les proches. Un délai entre l'arrivée des symptômes d'AVC chez la personne et sa prise en charge affecte de façon significative le potentiel de récupération de celle-ci (Mohr et al., 2011). En effet, des chercheurs ont démontré une étroite relation entre la rapidité de la prise en charge de l'AVC et la récupération post-AVC (Saxena, Ng, Yong, Fong, & Gerald, 2006). De plus, l'organisation des services et des soins administrés aux gens ayant subi un AVC a un impact déterminant sur la morbidité et la mortalité post-AVC et améliore considérablement la qualité de vie de ces gens lorsqu'elle est optimisée (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2013; Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires & Fondation des maladies du coeur du Canada, 2010).

Dans la perspective d'une amélioration de la prise en charge des personnes qui subissent un AVC, des lignes directrices ont été créées en 2006 pour standardiser les soins de l'AVC à travers le Canada et pour instaurer un continuum de soins avec un corridor de services adaptés à cette clientèle. Ces recommandations canadiennes visent à

réduire l'écart entre la pratique clinique et les résultats de recherche (Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires & Fondation des maladies du coeur du Canada, 2010). Le continuum de soins constitue l'ensemble de la prise en charge de ces personnes à partir du moment où celles-ci ont les facteurs de risque pour développer un AVC jusqu'à leur retour dans la communauté en post-AVC, lorsque celles-ci reprennent leur vie après la réadaptation (Richards, 2013). Dans le même sens, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a accordé des accréditations comme centre secondaire à des hôpitaux du Québec qui voulaient devenir des centres spécialisés dans la prise en charge des gens atteints d'AVC en se conformant aux recommandations canadiennes en vigueur. Ces accréditations visaient surtout à améliorer l'accessibilité, la qualité et la continuité des services offerts aux personnes ayant subi un AVC (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2013). L'Hôpital Sainte-Croix à Drummondville a obtenu l'accréditation comme centre secondaire en juin 2015 grâce à l'instauration de son continuum de soins aux personnes ayant fait un AVC, à son unité spécialisée, à la rapidité de la tomographie cérébrale avec la présence de la médecine interne et pour l'administration de l'Activateur du plasminogène tissulaire (t-PA) en temps opportun. De plus, la mise en place d'une clinique ambulatoire pour les gens ayant fait un AIT ou un premier AVC afin de réduire le risque de récurrence et d'en assurer une évaluation a été créée (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2015).

Cependant, certains facteurs compromettent la prise en charge des gens qui subissent un AVC ou un AIT. Notamment, dans un rapport traitant de la trajectoire de services et du continuum de soins en regard de l'AVC, Richards (2013) fait mention de l'application non-systématique des lignes directrices, du manque d'évaluations formalisées, de la qualité et de la continuité des services, d'une difficulté d'accès à la réadaptation en temps opportun et d'intensité optimale, des délais d'obtention d'examen et d'une absence de priorisation des services comme étant des facteurs contributifs à une moins bonne récupération post-AVC (Richards, 2013). D'ailleurs, des relations entre la santé des usagers après un AVC et le suivi des lignes directrices ont été démontrées dans certaines études (Abilleira, Ribera, Permanyer-Miralda, Tresserras, & Gallofre, 2012; Ingeman, Andersen, Hundborg, Svendsen, & Johnsen, 2011). À titre d'exemple, la mobilisation précoce et intensive entraîne une meilleure récupération des fonctions motrices chez les gens qui ont subi un AVC (Cumming et al., 2011). De plus, les usagers qui ne sont pas dépistés pour les problèmes de dysphagie avant toute forme d'alimentation par voie orale sont plus susceptibles de contracter une pneumonie d'aspiration (Cheney, Siddiqui, Litts, Kuhn, & Belafsky, 2015; Masrur et al., 2013; Yeh et al., 2011). Aussi, il a été démontré que d'avoir recours à une unité spécialisée aux soins de l'AVC permettait d'avoir une équipe professionnelle formée qui engendrait une réadaptation plus rapide et des soins optimaux pour les usagers (Di Carlo et al., 2014; Hubbard et al., 2012).

Par ailleurs, plusieurs auteurs se sont intéressés à l'application des lignes directrices des soins aux personnes atteintes d'AVC dans la pratique clinique. Notamment, une très grande étude descriptive-comparative pancanadienne, réalisée en 2011, démontre des écarts ayant une influence significative sur la réadaptation post-AVC (Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires, 2011). Parallèlement, deux autres études réalisées au Canada, dont une en Ontario et une au Québec, ont aussi démontré un constat comparable (Hall et al., 2014; Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2016). De plus, huit autres études similaires réalisées ailleurs qu'au Canada démontrent la présence d'écarts entre les soins administrés et les soins qui devraient être administrés au niveau de certains indicateurs de qualité comme par exemple, le dépistage de la dysphagie ou le contrôle de la température (Abilleira, Ribera, Sanchez, Tresserras, & Gallofre, 2012; Caminiti, Scoditti, Diodati, & Passalacqua, 2005; de Carvalho et al., 2012; Heuschmann et al., 2006; Hinchey et al., 2008; Luker & Grimmer-Somers, 2009; Rosamond et al., 2012). À notre connaissance, une seule étude a été réalisée sur l'application des lignes directrices de l'AVC au Québec. Les résultats ont démontré, une fois de plus, des écarts avec les indicateurs de rendement (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2016).

La littérature fait état d'un grand nombre d'études qui portent davantage sur les soins médicaux tels que la thrombolyse et la thrombectomie, et plus précisément sur le traitement pharmacologique en prophylaxie des facteurs de risque de l'AVC. (Barnard, 2011; Bentz, 2015; Chen et al., 2015; Gory et al., 2017; Keach, Bradley, Turakhia, &

Maddox, 2015; Khan et al., 2017; Kim, Shin, Noh, Goh, & Lee, 2016; Park & Ovbiagele, 2015; Rebello et al., 2015; Tung et al., 2017). Or, le nombre d'études est beaucoup plus restreint en regard des soins infirmiers (Donnellan, Sweetman, & Shelley, 2013a; Gache et al., 2014). En effet, la recherche concernant les soins médicaux est de plus en plus avancée et l'implantation de nouvelles procédures, d'ordonnances collectives ou de méthodes de soins est très fréquente dans les milieux hospitaliers. Cependant, pour assurer l'efficacité de celles-ci, peu d'évaluations sont effectuées. De plus, des chercheurs expriment le fait que des audits de qualité devraient être effectués de façon systématique dans les hôpitaux afin d'assurer une qualité de soins administrés aux gens atteints d'un AVC (Abilleira, Ribera, Sanchez, et al., 2012). D'autres auteurs expliquent que l'augmentation des recherches sur les soins aux personnes ayant subi un AVC et sur l'intégration des suivis systématiques contribueraient à accroître l'adhésion aux nouvelles pratiques par les professionnels de la santé (Caminiti et al., 2005).

Parmi les recommandations canadiennes, certaines concernent directement la pratique infirmière et peuvent avoir un impact déterminant sur la récupération post-AVC. À titre d'exemple, la dysphagie peut entraîner une pneumonie d'aspiration chez la personne dont le dépistage n'aurait pas été fait (Yeh et al., 2011). Suite à ces observations, certains chercheurs se sont intéressés aux barrières et aux facilitateurs affectant l'application du dépistage de la dysphagie chez les gens ayant subi un AVC dans les milieux de soins (Daniels, Anderson, & Petersen, 2013; Lees, Sharpe, & Edwards, 2006). Ainsi, le manque de temps et de formation du personnel soignant sont



des exemples de barrières identifiées dans ces études. De plus, l'augmentation de la collaboration multidisciplinaire serait perçue comme un facteur facilitant l'adhésion au dépistage de la dysphagie. Conséquemment, les barrières et les facilitateurs constituent des facteurs qui peuvent influencer le suivi des recommandations. Par ailleurs, des études réalisées en Europe, au Canada, en Australie et aux États-Unis identifient des barrières et des facilitateurs au suivi des recommandations sur la prise en charge de la clientèle AVC (Bayley et al., 2012; Dale et al., 2015; Donnellan, Sweetman, & Shelley, 2013b; Gache et al., 2014; Koh, Manias, Hutchinson, Donath, & Johnston, 2008; Luker & Grimmer-Somers, 2009; McCluskey, Vratsistas-Curto, & Schurr, 2013; Miao, Power, & O'Halloran, 2015; Song et al., 2016). Parmi les barrières, les auteurs mentionnent que le manque de temps, de formation ou de connaissances ainsi que la résistance au changement sont des exemples de barrières au suivi des recommandations. Cependant, malgré certaines études qui font état des facteurs qui influencent l'application des lignes directrices, peu d'études explorent cette perspective de soins en regard de l'AVC et elles ne rejoignent pas l'ensemble des indicateurs relatifs aux soins infirmiers de l'AVC.

De ce fait, considérant qu'une augmentation d'évaluations et d'audits de qualité semble nécessaire, que des écarts ont été observés entre les lignes directrices et les pratiques de soins au Canada et ailleurs dans le monde, que peu d'études explorent les barrières et les facteurs facilitateurs rencontrés par les infirmières dans l'application des lignes directrices en regard de l'AVC et qu'aucune étude n'a été entreprise au niveau régional au Québec en soins infirmiers, il paraît important de comparer la pratique

clinique avec les recommandations canadiennes dans un centre hospitalier régional, à l'Hôpital Sainte-Croix. De plus, étant donné le manque d'études en regard des facteurs influençant l'adhésion aux lignes directrices dans la pratique clinique concernant les soins administrés aux personnes qui subissent un AVC, il semble essentiel d'identifier, auprès des infirmières, les barrières et les facteurs facilitateurs qui influencent l'adhésion aux lignes directrices canadiennes.

Les recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de l'AVC sont utilisées comme un des deux cadres de référence dans cette étude. Celles-ci composent la conduite de soins à suivre au Canada en matière d'AVC et assurent une meilleure prise en charge des gens qui font un AVC (Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires & Fondation des maladies du coeur du Canada, 2010). Dans le cadre de cette étude, le suivi des recommandations canadiennes fait référence à sept indicateurs plus spécifiques aux soins infirmiers dont la prise en charge de la température, la mobilisation précoce, la continence, la prise en charge de la douleur post-AVC, la prévention de la dysphagie, la prévention et la prise en charge des chutes ainsi que le plan thérapeutique infirmier (PTI) (Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires & Fondation des maladies du coeur du Canada, 2010).

De plus, le cadre théorique du modèle d'évaluation de la qualité de Donabedian a guidé la réflexion générale d'évaluation des pratiques évaluées dans ce projet. Très utilisé dans le domaine de la santé (Kunkel, Rosenqvist, & Westerling, 2007; Ordre des

infirmières et infirmiers du Québec, 2010), ce cadre théorique systématise la qualité des soins à l'aide de trois dimensions indissociables soit la structure, le processus et les résultats (Donabedian, 1985). Dans cette étude, la structure concerne la formation et la qualification des infirmières en regard des soins à administrer pour les gens qui font un AVC, l'environnement de travail, les lieux physiques et l'accessibilité à l'équipement. Le processus fait référence aux soins administrés en regard du suivi des recommandations canadiennes de l'AVC en ce qui concerne les sept indicateurs de soins infirmiers. Finalement, les résultats concernent l'amélioration clinique qui peut découler du suivi des recommandations et la santé des usagers.

### **Objectifs de recherche**

Les objectifs de cette étude sont de :

- Comparer la pratique clinique à l'Hôpital Sainte-Croix avec les recommandations canadiennes en regard des soins infirmiers administrés aux personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral;
- Identifier les barrières et les facilitateurs à l'Hôpital Sainte-Croix en regard de l'adhésion aux recommandations canadiennes dans les soins infirmiers administrés aux personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral.

## **Chapitre 2 : Recension des écrits**

Ce chapitre est divisé en cinq parties. La première partie comprend la physiopathologie, la prévalence, la prévention, la prise en charge et la réadaptation des gens qui subissent un AVC. La deuxième partie fait état des connaissances actuelles sur le suivi des recommandations canadiennes de l'AVC. La troisième partie explique le choix des indicateurs en soins infirmiers qui seront audités lors de cette présente étude dans les dossiers des usagers ayant subi un AVC. La quatrième partie démontre les barrières et les facilitateurs à l'adhésion aux recommandations canadiennes de l'AVC qui ressortent de la littérature. Finalement, la cinquième partie comprend les deux cadres de référence qui guideront cette présente étude soit les recommandations canadiennes de l'AVC et le modèle d'évaluation de Donabedian.

Les bases de données CINAHL, MEDLINE, Dissertations and Theses ainsi que la littérature grise telles que la Stratégie canadienne de l'AVC, la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, Statistique Canada, l'Agence de santé publique du Canada et le Réseau canadien contre les maladies du cœur ont été utilisées dans le cadre de ce mémoire. La recension des écrits repose principalement sur deux grands thèmes soit le suivi des recommandations en regard des soins administrés aux personnes ayant fait un AVC ainsi que sur les barrières et les facilitateurs influençant l'application des recommandations en regard des soins de l'AVC.

## **L'accident vasculaire cérébral**

### **Historique et physiopathologie.**

Les premières unités d'AVC ont vu le jour au début des années 70 alors que cette pathologie était essentiellement traitée en cardiologie ou en réanimation (Girra, M., Ben Ammou, & Mhiri, 2008). Bien que la prise en charge des gens qui faisaient un AVC reposait sur des signes cliniques, l'identification de la pathologie était basée sur des données d'autopsie. L'hypothèse d'une nature ischémique ou hémorragique demeurait inconnue chez les survivants de l'AVC. Ce n'est que vers la fin des années 70 que la tomographie axiale et la résonance magnétique sont apparues permettant ainsi d'identifier les types d'AVC, puis d'en étudier les causes (Moulin & Leys, 2015). Par contre, ce n'est que depuis les années 1990 que les technologies avancées de l'imagerie cérébrale et des vaisseaux sanguins permettent de classifier les types d'ischémie cérébrale (Mohr et al., 2011).

L'AVC est une interruption complète ou partielle de la circulation sanguine qui se produit au niveau du cerveau. Dépendamment de ce qui occasionne la perturbation de la circulation cérébrale, il existe deux principaux types d'AVC soit l'AVC ischémique et l'AVC hémorragique. L'AVC ischémique est le plus fréquent et survient dans environ 80 % des cas. Celui-ci est causé par un blocage au niveau d'une ou de plusieurs artères qui irriguent le cerveau. Lorsque le blocage est partiel et que les signes cliniques disparaissent en moins de 24 heures, on le nomme AIT. Celui-ci est souvent un signe précurseur d'un futur AVC et il est important d'en traiter la cause le plus rapidement

possible. Lorsque le blocage est complet, on parle alors d'AVC et les tissus du cerveau se trouvent donc endommagés par l'arrêt de l'apport d'oxygène et de nutriments (Bousser & Mas, 2009). Plusieurs types d'AVC ischémiques existent. L'AVC thrombotique survient lorsqu'une plaque d'athérome crée un blocage dans une ou plusieurs artères au niveau du cerveau. L'AVC embolique apparaît lorsque le blocage est dû à un caillot sanguin qui généralement provient du cœur. La principale cause de cet événement est la fibrillation auriculaire. L'AVC cryptogénique ou d'étiologie inconnue survient dans 30 % des cas (Bousser & Mas, 2009; Gillen, 2011; Mohr et al., 2011). L'AVC de type hémorragique se définit par une rupture d'un vaisseau sanguin irriguant le cerveau qui provoque un épanchement de sang. Lorsque l'hémorragie survient à l'intérieur du cerveau, il s'agit alors d'un AVC avec hémorragie intracérébrale. Lorsque l'hémorragie se situe dans l'espace sous-arachnoïdien, il s'agit d'une hémorragie sous-arachnoïdienne. Souvent accompagné d'un pronostic sombre, ce type d'AVC est souvent responsable d'une mort subite dans 50 % des cas (Bousser & Mas, 2009).

### **Incidence et prévention.**

L'AVC est très invalidant, c'est pourquoi il est important de s'en préoccuper. Au niveau mondial, 15 millions de personnes subissent un AVC à chaque année. De ceux-ci, un tiers en décèdera et un autre tiers aura à vivre avec de lourdes séquelles (Mackay & Mensah, 2013). Actuellement, au Canada, l'AVC est la première cause d'incapacité grave chez l'adulte (Statistique Canada, 2011) et représente la troisième cause de décès (Agence de la santé publique du Canada, 2011). De plus, chaque jour, au

Québec, environ 43 personnes reçoivent un diagnostic d'AVC ou d'AIT (Ministère de la Santé et Services sociaux, 2015).

Fortement liés à l'âge, les trois quarts des AVC surviennent chez les gens âgés de plus de 65 ans. Après l'âge de 55 ans, le risque de subir un AVC double à chaque tranche de décennie (Gillen, 2011). Avec l'âge, d'autres facteurs de risque non modifiables sont aussi considérés pour identifier les gens étant plus à risque de subir un AVC tels que le sexe, l'ethnie et les antécédents familiaux. Par contre, la prévention se concentre davantage autour des facteurs de risque qui peuvent être modifiés tels que l'hypertension artérielle, la dyslipidémie, l'hyperglycémie, l'obésité, la consommation de tabac et d'alcool (Bousser & Mas, 2009; Gillen, 2011; Mohr et al., 2011). La prévention de l'AVC consiste en l'adoption d'habitudes de vie permettant de réduire les facteurs de risque modifiables identifiés précédemment. Parmi ces habitudes, on note une alimentation saine réduite en sel et en gras, de l'activité physique régulière et la cessation tabagique, si tel est le cas (Gillen, 2011; Mohr et al., 2011).

Le continuum de soins de l'AVC débute à partir de la sensibilisation du public concernant la reconnaissance des signes d'AVC jusqu'à la réintégration de l'utilisateur dans la communauté après la réadaptation (Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires & Fondation des maladies du cœur du Canada, 2010). Plusieurs campagnes de sensibilisation sont actuellement en cours utilisant l'acronyme « V I T E » pour faciliter la reconnaissance rapide des principaux signes et symptômes d'AVC, tout



en insistant sur l'extrême urgence de cet événement. Ces activités de sensibilisation sont de la prévention primaire, ce qui consistent à prévenir un premier épisode d'AVC (Fondation des maladies du coeur et de l'AVC, 2014; Mohr et al., 2011). L'acronyme V I T E est présenté à l'annexe 1. Quant à la prévention secondaire, celle-ci vise davantage à réduire le risque de subir un deuxième épisode d'AVC. Plusieurs établissements ont mis en place des cliniques de prévention secondaire pour la clientèle ayant subi un premier AVC ou un AIT qui ne nécessite pas d'hospitalisation étant donné la disparition des symptômes en moins de 24 heures (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2013).

### **Traitement et prise en charge.**

Les orientations concernant les traitements et les interventions ainsi que le pronostic dépendent du type d'AVC, de sa localisation, de l'âge de la personne, de son état général de santé et du délai écoulé avant son arrivée à l'hôpital depuis l'apparition des symptômes d'AVC (Boussier & Mas, 2009; Fondation des maladies du coeur et de l'AVC, 2014; Mohr et al., 2011; van Vliet, Carey, & Nilsson, 2012). De plus, le type et la durée de l'occlusion ainsi que la capacité des artères adjacentes à suppléer à la circulation sanguine cérébrale sont des facteurs influençant la gravité des lésions cérébrales (Mohr et al., 2011).

Le traitement de l'AVC vise d'abord la stabilisation de l'état de santé de l'utilisateur afin de limiter les déficits. Lors d'un AVC ischémique, la priorité du traitement vise à

réinstaurer la circulation sanguine cérébrale le plus rapidement possible. L'altéplase (t-PA) est le principal médicament administré de façon intraveineuse (IV) qui entraîne la lyse du thrombus qui provoque le blocage (Boussier & Mas, 2009; Gillen, 2011; Mohr et al., 2011). Cependant, à cause d'un risque accru d'hémorragie suite à celui-ci, plusieurs facteurs ne permettent pas l'administration de ce traitement, comme par exemple, des antécédents d'hémorragie, des valeurs anormales de laboratoire sanguin, la prise de certains médicaments ou l'âge avancé de l'utilisateur. De plus, un délai de 4,5 heures doit être respecté entre le début des symptômes d'AVC et l'administration de la thrombolyse IV, ce qui réduit considérablement les possibilités de recevoir ce type de traitement (Mohr et al., 2011; Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires & Fondation des maladies du cœur du Canada, 2010). Dans l'étude réalisée au Canada en 2011, on note que seulement 8 % des usagers ayant consulté pour un AVC ischémique avaient reçu la thrombolyse (t-PA). Par contre, seulement 35 % des victimes d'AVC avaient consulté à l'urgence dans un délai inférieur à 3,5 heures (Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires, 2011). Lorsque le caillot est d'origine artérielle, plus particulièrement lors de l'occlusion de gros vaisseaux tels que l'artère carotide, l'artère basilaire ou la première portion de l'artère cérébrale moyenne, l'efficacité du t-PA devient limitée (Blanc-Labarre et al., 2017). Dès lors, un autre traitement peut être offert à l'utilisateur. Depuis 2015, la thrombectomie, qui consiste à extraire le caillot bloquant l'artère avec des dispositifs spécialisés endovasculaires, est devenue une pratique courante lors du traitement contre l'AVC ischémique conjointement avec la t-PA, lorsque cela est possible. De plus, la fenêtre thérapeutique étant plus grande, soit de

6 heures, elle permet une meilleure accessibilité à ce traitement. De plus, on explique que certains usagers auraient tout de même des bénéfices à recevoir la thrombectomie dans un délai de 6 heures à 24 heures suite à l'événement initial (Blanc-Labarre et al., 2017). Cependant, lorsque l'un ou l'autre de ces traitements ne peuvent être offerts à l'utilisateur ayant fait un AVC ischémique, il y a aussi la possibilité d'un traitement médicamenteux qui vise à anticoaguler le sang dans le but de prévenir un second AVC. Parmi ceux-ci, on note davantage les agents antithrombotiques et les agents antiplaquettaires (Mohr et al., 2011).

Lorsque l'AVC est de type hémorragique, le traitement vise la stabilisation de l'état de santé de l'utilisateur tout comme l'AVC ischémique. Par contre, l'hémorragie cérébrale entraîne davantage une altération de l'état de conscience et les mesures d'urgence consistent souvent au dégagement des voies respiratoires, à l'intubation et aux mesures chirurgicales. De plus, ce type d'AVC requiert des unités de soins dotées d'équipement de haute technologie permettant la neurochirurgie et le suivi neurologique par la suite (Mohr et al., 2011).

### **Suivi des recommandations canadiennes de l'AVC**

Les recommandations canadiennes pour les pratiques optimales des soins de l'AVC ont été publiées pour la première fois en 2006. Celles-ci sont révisées et mises à jour tous les deux ans. Fondées sur les connaissances les plus récentes issues de la recherche, celles-ci orientent la prise en charge des personnes ayant subi un AVC pour

l'ensemble du continuum de soins, c'est-à-dire à partir du moment où l'utilisateur a les facteurs de risque pour développer un AVC jusqu'à son retour dans la communauté après sa réadaptation (Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, 2014; Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires & Fondation des maladies du cœur du Canada, 2010). Ainsi, les auteurs qui ont élaboré les recommandations canadiennes de l'AVC visent essentiellement à réduire l'écart entre les données probantes et la pratique clinique (Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires & Fondation des maladies du cœur du Canada, 2010).

La pratique clinique constitue, entre autres, la façon dont les infirmières administrent les soins aux gens qu'ils ont sous leur responsabilité (OIIQ, 2010). De plus, des outils et des indicateurs de rendement accompagnent les recommandations canadiennes afin de pouvoir mesurer l'impact de leur mise en place dans les établissements de santé. Ces indicateurs de rendement permettent ainsi d'assurer le suivi des recommandations et d'avoir un portrait de la situation actuelle de l'AVC au Canada. L'adhésion aux indicateurs de rendement de l'AVC suppose que l'ensemble des recommandations canadiennes sont suivies. Le Tableau 1 représente les 22 indicateurs systémiques et cliniques de rendement en vigueur de la Stratégie canadienne de l'AVC.

Tableau 1

*Indicateurs systémiques de base de la Stratégie canadienne de l'AVC 2010*

1	Proportion de la population au courant d'au moins deux signes avant-coureurs d'un AVC
2	Proportion des patients dans la population qui présentent des facteurs de risque d'AVC déterminés, notamment hypertension, obésité, antécédents de tabagisme, faible niveau d'activité physique, hyperlipidémie, diabète, fibrillation auriculaire et maladie de l'artère carotide
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Volumes d'admission à l'urgence de patients d'accident ischémique cérébral, hémorragique intracérébral, hémorragique subarachnoïde et ischémique transitoire</li> <li>• Volumes d'admission à l'hôpital de patients d'accident ischémique cérébral, hémorragique intracérébral, hémorragique subarachnoïde et ischémique transitoire</li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durée totale de l'hospitalisation (soins actifs + autres niveaux de soins = total)</li> <li>• Durée totale de l'hospitalisation en réadaptation (soins actifs + délai d'attente - interruptions des services = total)</li> </ul>
5	Taux de mortalité due à l'AVC à l'hôpital à 7 jours, de toutes causes à 30 jours, de toutes causes à un an, des patients d'accident ischémique cérébral, hémorragique intracérébral, hémorragique subarachnoïde et ischémique transitoire
6	Proportion des patients d'AVC aigu et d'AIT qui ont reçu le congé et été réadmis à l'hôpital avec un nouveau diagnostic d'AVC ou d'AIT moins de 90 jours après le congé des soins actifs pour un diagnostic principal d'AVC

Tableau 1

*Indicateurs cliniques de base de la Stratégie canadienne de l'AVC 2010 (suite)*

7	Proportion des patients d'AVC ischémique aigu arrivant à l'hôpital moins de 3,5 heures après l'apparition des symptômes de l'AVC
8	Proportion de tous les patients d'accident ischémique cérébral qui reçoivent un traitement thrombolytique en phase aiguë
9	Proportion de tous les patients d'accident ischémique cérébral thrombolysés qui reçoivent un traitement thrombolytique en phase aiguë dans l'heure suivant leur arrivée à l'hôpital
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proportion de tous les patients d'AVC aigu pris en charge dans une unité désignée et géographiquement définie de soins actifs et/ou de soins de réadaptation de l'AVC, à n'importe quel moment durant leur hospitalisation</li> <li>• Durée médiane du séjour du patient hospitalisé dans une unité d'AVC</li> </ul>
11	Proportion des patients d'AVC qui ont subi une TDM/IRM du cerveau moins de 24 heures après leur arrivée à l'hôpital
12	Proportion des patients dont le dossier indique un dépistage de la dysphagie à l'admission à l'urgence, aux soins actifs pour patients hospitalisés ou à la réadaptation à titre de patients hospitalisés
13	Proportion des patients d'AVC ischémique aigu ou d'AIT recevant une thérapie antiplaquettaire en phase aiguë moins de 48 heures après leur arrivée à l'hôpital
14	Proportion des patients d'AVC dont les besoins de réadaptation ont été évalués moins de 48 heures après leur admission pour un AVC ischémique aigu ou moins de 5 jours après leur admission pour un AVC hémorragique
15	Proportion des patients d'accident ischémique cérébral recevant le congé avec un traitement antithrombotique, à moins qu'il ne soit contre-indiqué

Tableau 1

*Indicateurs cliniques de base de la Stratégie canadienne de l'AVC 2010 (suite)*

16	Proportion des patients d'AVC ischémique souffrant de fibrillation auriculaire recevant un traitement anticoagulant, à moins qu'il ne soit contre-indiqué
17	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proportion des patients d'AIT examinés à l'urgence et aiguillés au congé de l'urgence vers un service organisé de prévention de l'AVC secondaire</li> <li>• Pourcentage des patients aiguillés vers un service organisé de prévention de l'AVC secondaire, vus moins de 72 heures plus tard</li> </ul>
18	Délai entre l'apparition des symptômes de l'AVC ischémique ou de l'AIT et la revascularisation carotidienne
19	Répartition des destinations des patients d'AVC aigu au congé des soins actifs en milieu hospitalier : domicile (sans ou avec services), réadaptation (générale ou spécialisée) à titre de patients hospitalisés, soins de longue durée et soins palliatifs (stratifiée dans chaque cas par type et gravité de l'AVC)
20	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Délai entre l'apparition des symptômes de l'AVC et l'admission à des services de réadaptation pour patients d'AVC hospitalisés</li> <li>• Délai entre l'apparition des symptômes de l'AVC et l'admission à des services de réadaptation pour patients ambulants</li> </ul>
21	Répartition des destinations des patients au congé de la réadaptation en milieu hospitalier : domicile (sans et avec services), soins actifs (pour des motifs médicaux aigus ou pour un rapatriement dans la communauté d'origine) et soins de longue durée (stratifiée dans chaque cas par type et gravité de l'AVC)
22	Proportion de tous les patients d'AVC dont le dossier signale l'enseignement fourni au patient, à la famille et/ou aux aidants durant le séjour en soins actifs ou en réadaptation en milieu hospitalier

L'adhésion aux lignes directrices de l'AVC s'avère très importante et assure une meilleure récupération des usagers qui subissent un AVC (Abilleira, Ribera, Sanchez, et al., 2012; Saxena et al., 2006). Plusieurs études sur le suivi des recommandations de l'AVC s'inspirent des indicateurs du Tableau 1 pour évaluer la qualité des soins en regard de la prise en charge des usagers ayant subi un AVC. Cependant, malgré ces indicateurs de rendement, plusieurs études démontrent tout de même des écarts considérables entre la pratique clinique et les lignes directrices de l'AVC. Actuellement, douze études ont été recensées à travers le monde sur l'adhésion aux lignes directrices dans les soins administrés aux personnes ayant subi un AVC. À notre connaissance, seulement trois études ont été réalisées au Canada dont une en Ontario en 2014 et une au Québec publiée en 2016 (Hall et al., 2014; INESSS, 2016; Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires, 2011).

Par ailleurs, l'étude descriptive réalisée au Québec sur 3152 dossiers d'usagers ayant fait un AVC du 1<sup>er</sup> octobre 2013 au 31 mars 2014 servait à tracer un portrait du traitement de l'AVC ischémique en phase hyperaiguë au Québec. Lors de cette évaluation terrain, tous les établissements de santé qui avaient traité minimalement 20 usagers au cours de l'année 2012-2013, selon la banque ministérielle Maintenance et Exploitation des Données pour l'Étude de la Clientèle Hospitalière (MED-ÉCHO), faisaient partie de l'étude. Le suivi des recommandations a été évalué selon certains indicateurs en phase hyperaiguë et celles-ci ont été réparties selon les centres tertiaires, secondaires et primaires (INESSS, 2016). Le Tableau 2 représente les résultats du suivi



des indicateurs concernant les indicateurs de rendement en phase hyperaiguë de l'AVC selon les types de centres hospitaliers au Québec.

Tableau 2

*Résultats de l'étude : Portrait du traitement de l'AVC ischémique en phase hyperaiguë au Québec en 2013-2014*

<b>Indicateurs de rendement</b>	<b>Centres tertiaires</b>	<b>Centres secondaires</b>	<b>Centres primaires</b>
Proportion des usagers ayant consulté pour un AVC selon les types de centre	14 %	46 %	40 %
Proportion des usagers arrivés à l'urgence dans un délai inférieur à 3,5 heures depuis l'apparition des symptômes		35 %	
Proportion des usagers ayant reçu une tomographie cérébrale dans délai inférieur à 25 minutes	43 %	23 %	11 %
Proportion des usagers ayant reçu la thrombolyse dans délai inférieur à 60 minutes	47 %	22 %	26 %
Proportion des usagers ayant été soumis à un dépistage de la dysphagie avec outil standardisé consigné au dossier	32 %	16 %	10 %
Proportion des usagers ayant été admis sur une unité spécialisée en AVC		14 %	

Le portrait tracé actuellement au Québec sur la prise en charge des usagers atteints d'un AVC permet de conclure que des écarts considérables sont présents entre la prise en charge de ces usagers et les recommandations canadiennes. De plus, ces résultats démontrent un meilleur suivi des recommandations canadiennes lorsque les usagers consultent dans un centre tertiaire.

Une seconde étude réalisée en 2012-2013 en Ontario, similaire à celle du Québec, démontre aussi un écart entre la prise en charge des usagers ayant subi un AVC et les recommandations canadiennes. Cette étude descriptive-comparative avait pour but de comparer le suivi des recommandations de 2012-2013 avec les résultats obtenus en 2011-2012. L'étude s'est déroulée dans 14 régions de l'Ontario et sur 16 indicateurs de rendement. Les résultats en lien avec les indicateurs en phase hyperaiguë sont présentés au Tableau 3 (Hall et al., 2014).

Tableau 3

*Résultats de l'étude : Ontario Stroke Report Card*

Indicateurs de rendement	Résultats
Proportion de gens arrivés à l'hôpital dans un délai inférieur à 3,5 heures depuis l'apparition des symptômes	38,6 %
Proportion des usagers qui reçoivent une tomographie cérébrale dans un délai inférieur à 24 heures	93,2 %
Proportion de gens éligibles à la thrombolyse qui l'ont reçue	38,6 %
Proportion des usagers hospitalisés pour AVC sur une unité spécialisée	48,1 %
Proportion de gens dont le dépistage de la dysphagie est documenté.	67,2 %

On peut constater avec les tableaux 2 et 3 que, malgré des indicateurs de rendement instaurés au sein des recommandations canadiennes, des lacunes persistent quant au suivi de celles-ci. De plus, une autre étude descriptive-comparative pancanadienne a été réalisée en 2011 et avait pour objectif de comparer les pratiques cliniques en place dans les hôpitaux canadiens avec les indicateurs de rendement des recommandations canadiennes. Un échantillon aléatoire de 38 210 dossiers (88 % de tous les gens ayant fait un AVC au Canada) parmi 295 hôpitaux a été utilisé. Les résultats démontrent des écarts importants entre les soins administrés au Canada et les indicateurs de rendement. (Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires, 2011). Cette étude présente un portrait global de la prise en charge de l'AVC à travers tout le continuum de soins de l'AVC au Canada. Les résultats des trois études concernant les indicateurs de rendement ayant un lien avec la prise en charge de l'AVC en phase aiguë et hyperaiguë au Canada sont présentés dans le Tableau 4 (Hall et al., 2014; INESSS, 2016; Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires, 2011).

Tableau 4

*Résultats des études réalisées en Ontario en 2012-2013,  
au Québec en 2016 et au Canada en 2011*

Indicateurs	Québec	Ontario	Canada
Proportion des usagers arrivés à l'urgence dans un délai inférieur à 3,5 heures depuis le début de l'apparition des symptômes	35,0 %	38,6 %	35,0 %
Proportion des usagers ayant reçu une tomographie cérébrale	25,6 % ≤ 25 minutes	93,2 % ≤ 24 heures	22,0 % ≤ 1 heure
Proportion des usagers ayant reçu la thrombolyse dans délai inférieur à 60 minutes	31,7 %	38,6 %	8,0 %
Proportion des usagers ayant été soumis à un dépistage de la dysphagie	19,3 %	67,2 %	50,0 %
Proportion des usagers ayant été admis sur une unité spécialisée AVC	14,0 %	48,1 %	23,0 %

À la lumière des résultats provinciaux présentés pour l'ensemble du Québec et de l'Ontario, les résultats sont comparables à ce que l'on peut voir comme résultats au Canada. Réalisée pour la première fois, cette étude pancanadienne n'a donc pas de point de comparaison antérieur. Par contre, les études provinciales réalisées subséquentement ont utilisé la même méthodologie et ont comparé la pratique clinique avec presque tous les mêmes indicateurs de rendement en lien avec les phases aiguës et hyperaiguës de

l'AVC. Les trois études ont impliqué dans leur recherche tous les hôpitaux qui traitaient minimalement vingt AVC annuellement. Quoique l'étude ontarienne ne mentionne pas le nombre de dossiers analysés, les tailles d'échantillon sont tout de même différentes, puisqu'il y a une grande variation de la taille de la population pour les études provinciales contrairement à l'étude pancanadienne qui inclut les établissements du Québec et de l'Ontario. Par contre, il n'y a qu'au Québec où l'étude a réparti ses données selon les types de centre (INESSS, 2016). De plus, l'étude réalisée au Québec comportait seulement des AVC de type ischémique, alors que pour l'Ontario et l'ensemble du Canada, l'étude a été réalisée sur l'ensemble des AVC, tous types confondus.

En regard des résultats présentés au Tableau 4, certains d'entre eux s'avèrent comparables. Au Canada, la proportion des gens qui arrivent à l'urgence en moins de 3,5 heures suivant le début des symptômes d'AVC est de 35 %, un résultat presque identique à ceux de l'échelle provinciale, au Québec et en Ontario. Cependant, l'heure du début des symptômes ne semble pas toujours être documentée et demeure parfois floue (INESSS, 2016). De plus, cet indicateur découle davantage de la sensibilisation du public à consulter rapidement plutôt que de la prise en charge intra hospitalière. Concernant l'indicateur de l'administration de la thrombolyse, le temps recommandé entre l'arrivée au triage et l'administration de la thrombolyse, si l'utilisateur est admissible, est de 60 minutes (Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires & Fondation des maladies du coeur du Canada, 2010). C'est ce qu'on

appelle le délai porte-à-aiguille. Au Québec, le temps moyen est de 78 minutes, au Canada, 72 minutes et en Ontario, 63 minutes. Selon, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), ces délais s'expliquent davantage par un délai entre le triage et l'imagerie cérébrale qui doit être faite et lue avant l'administration de la thrombolyse (INESSS, 2016). Les résultats sont difficiles à comparer dans chacune des études en lien avec l'imagerie cérébrale, puisque chacune d'elles se basent sur des délais de réalisation différents. Les recommandations canadiennes soutiennent que l'imagerie cérébrale doit être effectuée dans les premières 24 heures suivant l'arrivée de l'usager à l'hôpital. Or, le délai porte-à-aiguille doit respecter le délai d'une heure incluant l'imagerie cérébrale, parce que celle-ci est essentielle à la décision médicale de l'administration de la thrombolyse (Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires & Fondation des maladies du coeur du Canada, 2010). Donc, les résultats au Québec sont de 25,6 % ayant reçu une tomographie cérébrale en moins de 25 minutes, de 93,2 % en Ontario pour un délai inférieur à 24 heures et de 22 % au Canada pour un délai inférieur à une heure. En regard de l'administration de la thrombolyse, celle-ci a été administrée à seulement 8 % des gens ayant subi un AVC ischémique au Canada, comparativement à 31,7 % au Québec et 38,6 % en Ontario. Ceci s'explique peut-être par le fait que les gens ne consultent pas assez rapidement au triage et dépassent la fenêtre thérapeutique recommandée (INESSS, 2016). De plus, la proportion de gens ayant été admis sur une unité spécialisée varie légèrement d'une étude à l'autre, mais ce constat est probablement attribuable au fait que ce ne sont pas tous les centres qui disposent d'unités spécialisées AVC. Au Québec, selon le plan

ministériel 2013-2018, tous les centres tertiaires et secondaires devraient avoir des unités spécialisées (INESSS, 2016; MSSSQ, 2013).

Le seul indicateur de rendement analysé dans ces études, en lien directement avec les soins infirmiers, est la proportion des usagers ayant été soumis à un dépistage de la dysphagie. Selon la littérature, de 60 à 80 % des gens ayant fait un AVC présentent un trouble de la dysphagie (Crudo, Hadiji, & Enjalbert, 2011). Au Canada, les résultats révèlent un taux de dépistage de la dysphagie documenté au dossier à 50 %. Ce taux est très sous-optimal, mais il peut s'expliquer par un manque de documentation écrite au dossier supposant que ce dépistage se fait souvent de façon routinière par le personnel soignant (Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires, 2011). En Ontario, ce taux de dépistage de la dysphagie noté au dossier s'élève à 67, 2 %, alors qu'au Québec, le taux est de 19 % où l'on doit rédiger un outil standardisé consigné au dossier. Ce taux plus faible au Québec s'explique probablement par le fait que l'indicateur est évalué de façon plus étroite. Ce constat met tout de même en lumière un besoin important de formation et de sensibilisation à utiliser l'outil de dépistage de la dysphagie au Québec (INESSS, 2016).

À la lecture du Tableau 4, on peut constater que le suivi des recommandations canadiennes n'est pas toujours optimal. L'étude au Québec a démontré que la prise en charge des gens qui subissaient un AVC était légèrement supérieure dans les centres tertiaires que dans les autres types de centres, mais les résultats pour les centres tertiaires

sont malgré tout comparables au reste du Canada. De plus, seulement 14 % des gens se sont présentés dans des centres tertiaires au Québec et il est à considérer que les recommandations canadiennes supportent le fait que les gens doivent recevoir les mêmes services peu importe l'endroit où ils sont pris en charge (Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires & Fondation des maladies du coeur du Canada, 2010).

Parallèlement, neuf autres études similaires réalisées ailleurs qu'au Canada démontrent aussi la présence d'écarts entre les soins administrés et les soins qui devraient être administrés au niveau de certains indicateurs de qualité. Par contre, pour certaines études, seulement les résultats plus pertinents en phase aiguë ou hyperaiguë de l'AVC sont présentés. Les études sur l'adhésion aux lignes directrices de l'AVC sont présentées au Tableau 5.



Tableau 5

*Études sur l'adhésion aux lignes directrices de l'AVC ailleurs qu'au Canada*

Auteurs	Méthodologie	Résultats
Année/Lieu d'étude	Devis/Objectif/Échantillon	
(Caminiti et al., 2005) <b>Italie</b>	Étude quasi-expérimentale/tester l'efficacité d'un continuum de soins AVC/224 dossiers de patients et 3 indicateurs de rendement	<b>Avant   Après</b> 56 %   75 % Tomographie cérébrale 45 %   64 % Admission sur unité spécialisée 59 %   91 % Intervenant en réadaptation
(Rosamond et al., 2012) <b>États-Unis</b>	Étude descriptive/évaluer et comparer la qualité des soins sur l'AVC entre 2005 et 2012/89 413 dossiers de patients atteints d'AVC et 11 indicateurs de rendement dont 7 sur la prévention de l'AVC	68,7 % Dépistage de la dysphagie 46,6 % Administration de la thrombolyse 69,8 % Enseignement fait sur l'AVC 94,1 % Plan d'intervention fait 52,0 % Conformité globale des soins en 2005 79,0 % Conformité globale des soins en 2012
(Di Carlo et al., 2014) <b>Italie</b>	Étude descriptive/comparer les unités spécialisées AVC (US) avec les unités générales (UG)/484 dossiers patients atteints d'AVC dans 27 hôpitaux de 13 régions italiennes sur 15 indicateurs de qualité	<b>Admission UG/US</b> 78,6 %   93,2 % Tomographie cérébrale 28,3 %   38,4 % Positionnement et manipulation 36,6 %   46,3 % Intervenant en réadaptation 94,5 %   93,2 % Contrôle de l'incontinence

Tableau 5

*Études sur l'adhésion aux lignes directrices de l'AVC ailleurs qu'au Canada (suite)*

Auteurs	Méthodologie	Résultats	
Année/Lieu d'étude	Devis/Objectif/Échantillon		
(Hinchey et al., 2008)	Étude prospective longitudinale/2294 dossiers	62 %	Dépistage de la dysphagie
<b>États-Unis</b>	patients dans 17 hôpitaux sur 9 indicateurs de rendement	69 %	Administration de la thrombolyse
		64 %	Enseignement/ressources
		17 %	Respect du délai Porte-à-aiguille
(Luker & Grimmer-Somers, 2009)	Étude descriptive-rétrospective/évaluer l'adhésion aux lignes directrices/309 dossiers de patients sur 38 indicateurs de rendement	58 %	Dépistage de la dysphagie
<b>Australie</b>		98 %	Mobilisation précoce
		98 %	Référence à nutritionniste lors de dysphagie
		98 %	Référence à nutritionniste lors de trouble alimentaire
		90 %	Prévention de la douleur à l'épaule
		90 %	Dépistage du risque de chute
		88 %	Plan de traitement pour risque de chute

Tableau 5

*Études sur l'adhésion aux lignes directrices de l'AVC ailleurs qu'au Canada (suite)*

Auteurs	Méthodologie	Résultats
Année/Lieu d'étude	Devis/Objectif/Échantillon	
(Heuschmann et al., 2006) <b>Allemagne</b>	Étude pilote/tester 24 nouveaux indicateurs de qualité de l'AVC/1006 patients dans 13 hôpitaux	41,6 % Dépistage de la dysphagie 98,8 % Tomographie cérébrale 80,7 % Mobilisation précoce 62,2 % Enseignement de l'AVC
(de Carvalho et al., 2012) <b>Brésil</b>	Étude comparative/comparer un centre tertiaire privé au Brésil et les hôpitaux qui ont adopté le GWTG (Get with the Guidelines Program)/343 patients atteints d'un AVC sur 7 indicateurs de rendement	69,5 % Administration de la thrombolyse 36,6 % Arrivée à l'hôpital < 2 h depuis apparition des symptômes
(Donnellan et al., 2013a) <b>Irlande</b>	Revue de littérature/27 études recensées sur les lignes directrices de l'AVC et la prise en charge des gens ayant fait un AVC	Les résultats varient d'une étude à l'autre, mais l'ensemble des études expliquent un écart entre les lignes directrices et la prise en charge des gens ayant fait un AVC

Les données présentées au Tableau 5 sont issues des principales études concernant l'adhésion aux lignes directrices de l'AVC ailleurs qu'au Canada. Cinq de celles-ci proviennent de l'Europe, deux de l'Amérique du Nord, une de l'Australie et une de l'Amérique du Sud. Dans un premier temps, l'analyse de ces études est effectuée en comparant les méthodes de chacune d'elles, puis ensuite, avec les études effectuées au Canada. Dans un deuxième temps, les résultats des études obtenus au niveau mondial sont comparés avec ceux provenant du Canada.

Premièrement, les études présentées au Tableau 5 ont été réalisées avec des méthodes très différentes, ce qui rend leur comparaison difficile. Les recommandations canadiennes pour les meilleures pratiques concernant l'AVC n'existent que depuis 2006, alors que les études concernant ce sujet étaient encore très récentes. Une des premières études réalisées sur la prise en charge des gens qui subissent un AVC remonte à 2005 et elle a été effectuée en Italie un an avant la création des lignes directrices européennes. Cette étude quasi expérimentale testait l'efficacité d'un continuum de soins pour les gens ayant subi un AVC (Caminiti et al., 2005). La première initiative d'émettre un rapport officiel expliquant la mise en place de recommandations réglementées pour la prise en charge de cette clientèle en Europe remonte à l'an 2000. Ensuite, une mise à jour de celle-ci a été écrite en 2003. Ce n'est qu'en 2006 qu'un groupe d'experts a été mis en place pour la production de lignes directrices concernant la prise en charge de l'AVC (Quinn et al., 2009). Les résultats de cette étude ont démontré un gain considérable en regard des indicateurs évalués suite à l'implantation de leur continuum

de soins (Caminiti et al., 2005). D'autres auteurs ont plutôt comparé l'adhésion aux lignes directrices des unités générales de soins avec des unités spécialisées (Di Carlo et al., 2014). Tout comme l'étude réalisée au Québec (INESSS, 2016), les auteurs de cette étude ont démontré que la prise en charge des gens qui subissaient un AVC était plus optimale dans les unités de soins spécialisées. De plus, comme pour les études réalisées au Canada, malgré des méthodologies différentes, l'ensemble des auteurs de ces études ont procédé à une analyse rétrospective dans les dossiers des usagers ayant fait un AVC (Abilleira, Ribera, Sanchez, et al., 2012; Caminiti et al., 2005; de Carvalho et al., 2012; Di Carlo et al., 2014; Heuschmann et al., 2006; Hinchey et al., 2008; Luker & Grimmer-Somers, 2009; Rosamond et al., 2012). Également, la taille des échantillons utilisés dans ces études est très variable. Lors de l'étude pancanadienne, 38 210 dossiers d'usagers ont été analysés. Rosamond et ses collègues ont utilisé un échantillon de 89 413 dossiers d'usagers (Rosamond et al., 2012), alors que pour le reste des études au Tableau 5, la taille moyenne de l'échantillon est de 918 dossiers d'usagers  $\pm$  824 (médiane de 484). Le constat qui découle de ces particularités met en évidence que, malgré le fait que les méthodes et les échantillons soient différents, ces études ont été accomplies dans le but de répondre à un objectif commun, soit celui d'identifier la présence d'écarts entre la prise en charge des gens qui subissent un AVC et les lignes directrices.

Deuxièmement, toujours au Tableau 5, concernant le choix des indicateurs, on peut constater que l'ensemble des auteurs ont utilisé certains des indicateurs de rendement pour effectuer leur audit de dossiers et évaluer la qualité des soins concernant

la prise en charge des personnes ayant subi un AVC. Parmi ces études, on note des écarts dans l'ensemble des indicateurs évalués. Cependant, le choix des indicateurs varie énormément d'un auteur à l'autre. Certains d'entre eux, qui ont évalué quelques indicateurs de qualité, ont aussi considéré les recommandations en soins infirmiers dans leurs études (Abilleira, Ribera, Sanchez, et al., 2012; Di Carlo et al., 2014). À cet égard, le dépistage de la dysphagie qui est une recommandation en soins infirmiers et qui fait également partie des indicateurs de rendement est évalué dans la majorité des études. Ayant un impact majeur sur la santé des usagers, ce dépistage de la dysphagie n'est pourtant pas réalisé en conformité avec les lignes directrices et représente le pourcentage le plus faible dans l'ensemble des études (Abilleira, Ribera, Sanchez, et al., 2012; Heuschmann et al., 2006; Hinchey et al., 2008; Luker & Grimmer-Somers, 2009; Rosamond et al., 2012). Les résultats présentés au Tableau 5 concernant le dépistage de la dysphagie sont comparables avec ceux du Canada. Les taux de dépistage de la dysphagie varient de 41,6 % (Heuschmann et al., 2006) à 68,7 % (Rosamond et al., 2012), alors qu'au Canada, il se situe à 50 % (Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires, 2011). Il n'y a qu'au Québec dont le taux de 19,3 % est beaucoup plus faible dû au fait que l'utilisation d'un outil validé et consigné doit apparaître au dossier de l'utilisateur. Notons que dans toutes les autres études, on ne mentionne pas l'utilisation d'un quelconque outil alors il pourrait n'y avoir qu'une note infirmière à cet effet (INESSS, 2016). De plus, tout comme au Québec, l'étude de Di Carlo et ses collègues (2013) réalisée en Italie démontre une nette amélioration de l'adhésion aux lignes directrices dans les unités spécialisées plutôt que dans les unités générales.

Cependant, les résultats témoignent du fait que, même si l'adhésion aux lignes directrices semble meilleure dans les unités spécialisées, les résultats sont tout de même insatisfaisants (Di Carlo et al., 2014).

On constate également que seulement cinq des études présentées au Tableau 5 ont évalué des indicateurs directement en lien avec les soins infirmiers, dont le dépistage de la dysphagie (Abilleira, Ribera, Sanchez, et al., 2012; Heuschmann et al., 2006; Hinchey et al., 2008; Luker & Grimmer-Somers, 2009; Rosamond et al., 2012), la mobilisation précoce (Abilleira, Ribera, Sanchez, et al., 2012; Heuschmann et al., 2006; Luker & Grimmer-Somers, 2009), le plan thérapeutique infirmier (PTI) (Luker & Grimmer-Somers, 2009; Rosamond et al., 2012), le contrôle de la température (Abilleira, Ribera, Sanchez, et al., 2012), le contrôle de l'incontinence (Di Carlo et al., 2014) et la prévention de la douleur à l'épaule (Luker & Grimmer-Somers, 2009). Outre le dépistage de la dysphagie, les études réalisées au Canada ne concernent que les indicateurs de rendement émis dans la Stratégie canadienne de l'AVC (Hall et al., 2014; INESSS, 2016; Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires, 2011). Les résultats qui découlent de ces études démontrent certains écarts entre la pratique clinique et les lignes directrices. D'ailleurs, la revue de littérature effectuée par Donnellan et ses collègues stipule que l'adhésion aux lignes directrices en regard de l'AVC est insuffisante (Donnellan et al., 2013a). Un total de 27 études avait alors été retenu, dont 16 études sur les indicateurs et 11 études sur les soins spécifiques à l'AVC. Certaines de ces études font déjà l'objet de cette présente recension (Hinchey et al., 2008; Luker &

Grimmer-Somers, 2009). Par contre, outre ces deux études déjà mentionnées, cette revue de littérature ne comportait aucune étude spécifique à l'adhésion aux lignes directrices de l'AVC, mais traitait de sa prise en charge. La plupart des études étaient faites avec des audits de dossiers et considéraient la perception des professionnels de la santé sur l'adhésion aux lignes directrices. Cependant, dans l'ensemble de celles-ci, l'implantation d'interventions pour augmenter la prise en charge des gens ayant fait un AVC améliorait considérablement l'adhésion à celles-ci. Cependant, il n'en demeure pas moins que les lignes directrices ne sont toutefois pas suivies en conformité et varient d'une étude à l'autre (Donnellan et al., 2013a).

À la lecture de ces études, le constat qui en découle permet de conclure que les lignes directrices en regard de l'AVC ne sont pas suivies, et ce, dans plusieurs pays. Malgré la diversité des études effectuées, les résultats démontrés ne diffèrent pas énormément d'un pays à l'autre. Cependant, considérant le fait que peu d'éléments en lien avec les soins infirmiers sont évalués, le devoir de s'en préoccuper prend toute son importance.

### **Choix des indicateurs en regard du suivi des recommandations**

Un indicateur est une variable qui permet de décrire un concept de façon objective et quantitative dans le but d'améliorer la qualité des soins. Ceux-ci doivent être fiables et valides, et sont définis selon le phénomène étudié (Donabedian, 1988). Les recommandations canadiennes sont accompagnées d'indicateurs de rendement pour



permettre d'évaluer l'impact de leur suivi. Par contre, à l'exception du dépistage de la dysphagie, très peu de ces indicateurs sont en lien avec les soins infirmiers. Dans le cadre de ce mémoire, sept indicateurs en soins infirmiers ont été choisis en fonction de leur pertinence, mais également parce qu'ils sont mesurables et quantifiables. À ceci s'ajoute le but de pouvoir comparer des données et améliorer la qualité des soins aux personnes atteintes d'un AVC. Les indicateurs évalués sont donc la prise en charge de la température, la mobilisation précoce, la continence, la prise en charge de la douleur, l'évaluation de la dysphagie, la prévention et la prise en charge des chutes ainsi que le plan thérapeutique infirmier (PTI). Pour chacun de ces éléments, il y a une brève définition de l'indicateur, une description des complications possibles qui peuvent en découler, la mention des raisons qui justifient de s'en préoccuper, les recommandations canadiennes en lien avec l'indicateur ainsi que les différentes façons de l'évaluer.

### **L'évaluation de la température corporelle.**

La température corporelle est définie par la différence entre la température de la chaleur produite par les réactions corporelles et la quantité de chaleur perdue par les causes extérieures. Par contre, une régulation physiologique se fait malgré les variations extrêmes liées aux conditions environnementales et à l'activité physique. On appelle cette régulation l'homéothermie. La température normale du corps humain varie de 36 à 38 degrés Celsius dépendamment de la surface corporelle qui est utilisée pour la prise de la température (Potter, Perry, Stockert, & Hall, 2016). L'augmentation de la température chez un usager ayant subi un AVC peut entraîner des dommages au cerveau. Cette

élévation augmente le métabolisme et, par le fait même, multiplie la destruction des cellules dans la région périphérique de l'AVC (Bonaiuti, Sioli, Fumagalli, Beghi, & Agostoni, 2011; Leira et al., 2006). De plus, la température élevée prolonge la durée de séjour, le temps avant que l'utilisateur puisse être transféré dans une unité de réadaptation ainsi que le délai avant de sortir des soins intensifs lorsque l'utilisateur y est hospitalisé (Bonaiuti et al., 2011). Il est donc important de contrôler toute élévation de température chez les personnes ayant subi un AVC, puisque celle-ci augmente le taux de mortalité chez cette clientèle (Chen, Li, Sun, Liu, & Hu, 2011; Kiekkas et al., 2013; Leira et al., 2006; Middleton et al., 2009; Reaven, Lovett, & Funk, 2009). De plus, des auteurs ont démontré qu'une élévation de la température dans un délai inférieur à 24 heures, suite à un AVC sévère, accroît le risque d'aggravation de l'état de santé de l'utilisateur (Kiekkas et al., 2013; Reaven et al., 2009; Saxena et al., 2015).

Les recommandations canadiennes stipulent que la température doit être évaluée aux quatre heures pour les premières 48 heures à partir du moment où l'utilisateur est pris en charge à l'hôpital, et ensuite, selon la routine et le jugement clinique de l'infirmière. La température corporelle ne doit pas excéder 37,5 degrés Celsius, sans quoi, un médicament antipyrétique doit être administré et la fréquence de surveillance augmentée (Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires & Fondation des maladies du coeur du Canada, 2010). Si la température excède 38 degrés Celsius, il est recommandé d'en rechercher la cause afin d'initier l'antibiothérapie appropriée (Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires & Fondation des maladies du coeur du Canada,

2010). Notamment, une méta-analyse réalisée par Westendorp et ses collègues (2012) a démontré que l'antibiothérapie préventive chez les personnes qui avaient subi un AVC réduisait significativement le risque d'infection pendant l'hospitalisation. Par contre, les études recensées ne faisaient pas de corrélation entre l'antibiothérapie et le risque de mortalité chez ces personnes, puisque l'ensemble des études avaient été faites avec des échantillons de petites tailles et étaient hétérogènes (Westendorp et al., 2012).

Aucun outil standardisé n'existe concernant l'évaluation de la température, mais celle-ci est inscrite sur la feuille des paramètres fondamentaux avec les signes vitaux des usagers selon chacun des établissements de santé. De plus, les recommandations canadiennes n'évoquent pas de précision quant à la mesure rectale, buccale ou axillaire de la prise de température (Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires & Fondation des maladies du coeur du Canada, 2010).

### **Mobilisation précoce.**

La mobilisation précoce réfère à un processus visant à ce que l'utilisateur se mobilise ou soit mobilisé rapidement après avoir subi un AVC. L'utilisateur doit pouvoir bouger dans son lit, s'asseoir, se mettre debout pour éventuellement marcher (Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires & Fondation des maladies du coeur du Canada, 2010). L'hémiplégie et la difficulté à se mobiliser sont fréquentes suite à un AVC. Aussi, les complications qui peuvent découler d'une immobilisation ou d'un alitement prolongé sont considérables (Gouily & Dubard, 2013). Parmi celles-ci, on note

principalement la pneumonie, l'embolie pulmonaire et la thrombophlébite profonde. Dans une étude réalisée en Suisse en 2011, Diserens et ses collègues ont démontré que la mobilisation précoce n'endommageait pas davantage le cerveau, mais était plutôt bénéfique dans la prévention des complications telles que la pneumonie, l'embolie pulmonaire et le syndrome coronarien aigu (Diserens et al., 2012). De plus, plusieurs chercheurs expliquent que plus la mobilisation est rapide après l'AVC, plus la récupération fonctionnelle est améliorée (Cumming et al., 2011; Diserens et al., 2012). Une stimulation adéquate favorise une réorganisation au niveau du cerveau permettant ainsi une meilleure récupération des fonctions motrices (Cumming et al., 2011).

Les membres consultatifs de la Stratégie canadienne pour des pratiques optimales en matière de soins de l'AVC recommandent que tous les usagers ayant fait un AVC aigu soient soumis à un protocole de mobilisation, et ce, le plus rapidement possible, idéalement moins de 24 heures suivant le début des symptômes à moins que ce soit contre-indiqué pour l'utilisateur (Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires & Fondation des maladies du coeur du Canada, 2010). Parmi les contre-indications à une mobilisation précoce, on note un état médical instable, une pression artérielle systolique inférieure à 110 mmHg ou supérieure à 220 mmHg, une saturation en oxygène inférieure à 92 % avec un traitement d'oxygénothérapie en cours ainsi qu'une fracture ou une lésion d'un membre inférieur (Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires & Fondation des maladies du coeur du Canada, 2010).

Parmi les outils recommandés, on note l'échelle neurologique canadienne (ENC) dans laquelle on évalue la mobilisation pour statuer du degré de sévérité de l'AVC (Côté et al., 1989) et le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) qui mesure le degré de perte d'autonomie (Hebert, Carrier, & Bilodeau, 1988). Par contre, ces outils ne fournissent pas un protocole de mobilisation, mais aident les intervenants à orienter leurs interventions en lien avec la mobilisation. Actuellement, l'ENC est un outil qui débute son implantation au sein du CIUSSS MCQ, dont l'Hôpital Sainte-Croix fait partie pour avoir un suivi sur la sévérité de l'AVC des usagers. Toutefois, ce sont les physiothérapeutes et les ergothérapeutes qui effectuent davantage l'évaluation de l'autonomie et de la capacité de l'utilisateur à se mobiliser.

### **Continence.**

L'incontinence urinaire se définit par des fuites urinaires involontaires (Abrams et al., 2003). Elle est souvent un signe prédictif d'un AVC sévère et est généralement accompagnée aussi d'incontinence fécale (Brittain et al., 2006; Kovindha, Wattanapan, Dejpratham, Permsirivanich, & Kuptniratsaikul, 2009). L'impact sur la qualité de vie est considérable et la préoccupation n'est généralement que peu rapportée par les gens hospitalisés qui en souffrent. De plus, lorsque c'est le personnel soignant qui s'aperçoit de l'incontinence chez l'utilisateur, celui-ci lui accorde généralement une faible priorité de soins (Matthews & Mitchell, 2010). Une revue de littérature réalisée en 2010 sur la réadaptation lors d'incontinence urinaire suite à un AVC a démontré que l'évaluation et la prise en charge étaient faibles et très peu documentées. Des auteurs rapportent dans

leur étude que seulement 9 % des gens qui souffraient d'incontinence avaient une évaluation spécifique qui était complétée (Matthews & Mitchell, 2010). De plus, d'autres auteurs expliquent qu'il est important de faire une bonne évaluation de l'usager qui en souffre afin de s'assurer que l'incontinence soit secondaire à l'AVC et non présente avant l'événement initial. Selon leur étude, 46 % des gens qui souffraient d'incontinence après un AVC présentaient déjà des problèmes reliés à la continence avant l'AVC (Pettersen, Stien, & Wyller, 2007).

Les recommandations canadiennes stipulent qu'il faut dépister l'incontinence et la rétention urinaire, l'incontinence fécale et la constipation (heure et fréquence) chez tous les usagers ayant subi un AVC. L'utilisation d'un appareil à ultrasons portable est recommandée pour l'évaluation non invasive du résidu post-mictionnel. De plus, la prise en charge de la continence repose également sur l'évaluation des facteurs qui contribuent à l'incontinence comme la prise de certains médicaments, la nutrition, le régime alimentaire, la mobilité, l'activité et la cognition (Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires & Fondation des maladies du coeur du Canada, 2010). Il existe différentes façons d'évaluer l'incontinence dans les milieux de soins de courte durée, mais la plus fréquente et celle qui est recommandée est le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) (Hebert et al., 1988). À l'Hôpital Sainte-Croix, cet outil est principalement réalisé par les ergothérapeutes lorsque l'usager est sujet à un retour à domicile. Par contre, le suivi du décompte des selles est fait par les infirmières chez tous les usagers hospitalisés.

### **Prise en charge de la douleur.**

La douleur est une complication fréquente suite à un AVC, plus particulièrement, la douleur à l'épaule. Celle-ci survient chez les usagers qui présentent une hémiparésie latérale suite à un AVC. La douleur à l'épaule résulte du fait que le membre supérieur est rattaché au tronc par un muscle plutôt que par une structure osseuse, ce qui a pour conséquence, lors d'hémiparésie, d'entraîner des perturbations au niveau du tonus musculaire entourant la région de l'épaule (Ward, 2007). Conséquemment, il en résulte des luxations de l'articulation gléno-humérale (Paci et al., 2007; Ward, 2007). L'incidence de la douleur à l'épaule est très élevée : environ 70 % des gens vont signaler au moins un épisode durant l'année suivant l'AVC (Dawson, Knox, McClure, Foley, & Teasell, 2013). Les complications qui s'ensuivent ont un impact considérable sur la qualité de vie des gens qui en souffrent. La douleur à l'épaule occasionne une diminution de la réadaptation et du sommeil, et peut mener à la dépression chez certaines personnes. Il est donc important d'assurer une bonne évaluation au niveau de la douleur des gens qui subissent un AVC (Dawson et al., 2013).

Les recommandations canadiennes soulignent que la douleur à l'épaule et tous les facteurs qui peuvent l'aggraver doivent être dépistés tôt et traités de façon adéquate. Plusieurs stratégies existent pour diminuer la douleur à l'épaule et pour améliorer sa fonctionnalité. Celles-ci doivent être enseignées au personnel soignant. De plus, pour soulager la douleur, il faut traiter avec de l'acétaminophène ou un autre analgésique

(Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires & Fondation des maladies du coeur du Canada, 2010). Plusieurs outils existent pour l'évaluation de la douleur à l'épaule. Parmi ceux qui sont recommandés, on note le Visual Analogue Pain Scale (Wewers & Lowe, 1990), le Wong-Baker Visual Analog Communicative Accessible Pain Scale (Baker & Wong, 1987) et le Chedoke-McMaster Shoulder Pain Subscale (Gowland et al., 1993).

Tout d'abord, il faut considérer que la douleur constitue l'une des principales causes d'utilisation des soins de santé. Très subjective, celle-ci est souvent incomprise et traitée inadéquatement. Les infirmières ont un rôle important à jouer dans le dépistage de la douleur, puisqu'elles occupent une position unique dans l'administration des soins aux usagers hospitalisés (Potter et al., 2016). Lors de l'évaluation de la douleur, l'infirmière doit poser les bonnes questions à l'usager qu'elle soigne et ne pas prendre pour acquis qu'il divulguera sa douleur nécessairement (Potter et al., 2016). Pour faire son évaluation, l'infirmière doit se référer à l'acronyme PQRSTU qui compose les étapes de l'évaluation des symptômes liés à la douleur. Les éléments évalués sont les facteurs qui ont influencé la douleur, sa description, la région atteinte, les signes et symptômes associés, la durée ainsi que la compréhension que l'usager a de sa propre douleur (Potter et al., 2016). De plus, plusieurs échelles de mesure existent pour aider l'usager à quantifier sa douleur ressentie comme l'échelle verbale descriptive, l'échelle numérique, l'échelle visuelle analogue (EVA) et l'échelle des visages de Bieri ou échelle FPS-R (Face Pain Scale Revised) (Potter et al., 2016). Toutes ces échelles servent à



graduer l'intensité de douleur selon l'usager. À l'Hôpital Sainte-Croix, l'échelle numérique de 0 à 10 est celle la plus fréquemment utilisée.

### **Évaluation de la dysphagie.**

Du point de vue de l'orthophoniste, la dysphagie désigne un trouble ou une déficience du processus de déglutition (action d'avaler) affectant les phases orale, pharyngée ou œsophagienne de la déglutition (Ordre des audiologistes et des orthophonistes de l'Ontario, 2014). Du point de vue du nutritionniste, la dysphagie est un trouble de la déglutition qui est un processus d'ingestion d'une ou de plusieurs substances dont les liquides, les aliments et les médicaments qui transitent par le pharynx et l'œsophage jusqu'à l'estomac (Ordre professionnel des diététistes du Québec, 2013). Une dysphagie qui n'est pas évaluée et dépistée peut entraîner des conséquences graves chez la personne qui subit un AVC. Parmi celles-ci, on note un risque de pneumonie d'aspiration (Cheney et al., 2015; Masrur et al., 2013; Yeh et al., 2011), un risque de dénutrition (Carrion et al., 2015) et un risque de déshydratation (Crary, Carnaby, Shabbir, Miller, & Silliman, 2016).

Il est à noter qu'environ 50 % des gens qui subissent un AVC présentent une dysphagie et, de ce nombre, un tiers font une pneumonie d'aspiration par la suite (Armstrong & Mosher, 2011). La pneumonie d'aspiration suite à un AVC est une cause fréquente de l'augmentation de la morbidité et de la mortalité chez cette clientèle (Armstrong & Mosher, 2011; Cheney et al., 2015; Hinchey et al., 2005). La première

étude démontrant que le dépistage de la dysphagie diminuait le risque de pneumonie est celle de Yeh et ses collègues (Yeh et al., 2011). Cependant, ces auteurs rapportent également que d'autres facteurs comme l'âge plus avancé, la sévérité de l'AVC ou l'intubation de l'utilisateur contribuaient davantage au risque de pneumonie (Yeh et al., 2011). Une autre étude aborde dans le même sens en confirmant qu'effectivement le dépistage précoce de la dysphagie chez les utilisateurs ayant subi un AVC diminuait le risque de pneumonie d'aspiration, mais que l'âge et la sévérité de l'AVC influençaient aussi celui-ci. Par contre, ces auteurs ajoutent le fait que le dépistage de la dysphagie est généralement peu effectué lorsque l'AVC est léger, alors que les données supposent que ces personnes sont tout de même à risque même si l'AVC est jugé moindre (Masrur et al., 2013).

La présence d'une dysphagie chez la personne ayant subi un AVC peut aussi entraîner un risque de déshydratation et de dénutrition. Selon l'étude de Crary et de ses collègues, les utilisateurs présentant une dysphagie avaient des valeurs plus élevées du taux de créatinine et d'urée sériques, et la déshydratation avait davantage augmenté après sept jours d'hospitalisation (Crary et al., 2016). Ces auteurs ont aussi démontré un lien entre la sévérité de l'AVC et la sévérité de la déshydratation (Crary et al., 2016). D'autres auteurs ont expliqué que la dénutrition chez les gens hospitalisés avec une maladie sévère ayant une dysphagie contribuait à une durée de séjour prolongée et à une augmentation du taux de mortalité (Carrion et al., 2015). De ce fait, il importe de dépister rapidement la dysphagie et d'assurer une prise en charge adéquate de ces gens.

Les recommandations canadiennes pour des pratiques optimales en matière d'AVC préconisent que le dépistage de la dysphagie soit effectué avant toute alimentation par la bouche avec un outil validé et le plus rapidement possible, sans quoi, l'utilisateur doit demeurer à jeun jusqu'à son dépistage (Fondation des maladies du coeur et de l'AVC, 2014). Une revue de littérature a été effectuée en 2010 regroupant les articles qui traitaient des principaux indicateurs sur lesquels se baser pour s'assurer d'une bonne prise en charge des gens dysphagiques. De ceux-ci, on notait que le dépistage de la dysphagie était un examen rapide à effectuer pouvant diminuer le risque de complications. Les résultats sont contradictoires. En effet, au total, dans sept articles, le dépistage de la dysphagie devait être complété dans un délai de moins de 24 heures depuis l'admission. Dans sept autres articles, celui-ci devait être complété avant toute alimentation entérale (Luker, Wall, Bernhardt, Edwards, & Grimmer-Somers, 2010). Par contre, aucun auteur ne recommandait un outil spécifique en particulier (Luker et al., 2010).

Dans le même sens, les recommandations canadiennes stipulent qu'un outil validé soit utilisé, mais elles ne font pas mention d'un outil spécifique (Fondation des maladies du coeur et de l'AVC, 2014). Pareillement, les auteurs de l'organisation mondiale de l'AVC recommandent de faire le dépistage de la dysphagie en temps opportun, c'est-à-dire le plus rapidement possible, soit le même jour que l'admission de l'utilisateur à l'hôpital, et ce, avec un outil validé (Casaubon et al., 2016).

Plusieurs outils validés existent pour dépister la dysphagie et certains d'entre eux utilisent davantage l'évaluation de la déglutition avec de l'eau ou des textures semi-liquides. Parmi ceux-ci, on note le « Emergency Physician Dysphagia Screen » avec une sensibilité à 96 % et une spécificité à 56 % (Turner-Lawrence, Peebles, Price, Singh, & Asimos, 2009), le « Gugging Swallowing Screen » avec une sensibilité à 100 % et une spécificité à 50 % (Trapl et al., 2007), le « Acute Stroke Dysphagia Screen » avec une sensibilité à 95 % et une spécificité à 68 % (Edmiaston, Connor, Loehr, & Nassief, 2010) et le « The Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST) » avec une sensibilité à 96 % et une spécificité à 64 % (Martino, Maki, & Diamant, 2014).

Le choix de l'outil utilisé revient aux établissements de santé et peut différer d'un hôpital à un autre. À l'Hôpital Sainte-Croix, l'outil utilisé nécessite cinq gorgées d'eau consécutives pour évaluer la dysphagie chez un usager avec des critères d'évaluation à compléter tels que la présence de toux, le délai pour déglutir ainsi que l'écoulement labial qui en sont des exemples.

### **Prévention et prise en charge des chutes.**

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la chute se définit par un événement lors duquel une personne se retrouve, par inadvertance, au sol ou sur une surface de hauteur inférieure à celle où elle se trouvait préalablement (Organisation mondiale de la santé, 2017). Chaque année, 35 % des personnes âgées de plus de 65 ans vivant à domicile font une chute. Ce nombre représente 368 800 personnes qui ont chuté

en 2007 au Québec. La proportion atteint même une proportion de 50 % chez les gens âgés de plus de 80 ans (Institut national de santé publique du Québec, 2009). Lors d'un AVC, on estime à environ 7 % le nombre de gens qui chuteront au cours de la première semaine qui suit l'AVC et environ de 55 à 73 % qui chuteront dans l'année suivante (Verheyden et al., 2013). Les complications relatives aux chutes ne sont pas toujours majeures, mais les chutes sont un prédicteur de chutes ultérieures. Aussi, chez l'utilisateur atteint d'un AVC qui doit progresser en termes d'autonomie, il importe de trouver un juste milieu entre la facilitation et la sécurité de l'utilisateur (Pérennou et al., 2005). Il est donc important d'en faire le dépistage rapidement.

Les recommandations canadiennes demandent à ce que le risque de chutes soit dépisté et évalué chez tous les usagers atteints d'un AVC à leur admission, lorsque leur état de santé change et aux points de transition, c'est-à-dire à chaque changement d'unité de soins. Le dépistage du risque de chutes doit déterminer les facteurs médicaux, fonctionnels, cognitifs et environnementaux qui influent sur le potentiel de chutes et de blessures dues aux chutes. Il est aussi recommandé que les personnes étant considérées à risque de chutes subissent une évaluation interprofessionnelle comprenant un examen physique en passant en revue les antécédents au niveau de la mobilité, la vision, la perception, la cognition et l'état cardiovasculaire. En fonction des résultats de l'évaluation du risque de chute, il est recommandé qu'un plan de prévention soit dressé et mis en œuvre pour chaque usager (Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires & Fondation des maladies du cœur du Canada, 2010).

Aucun outil n'est recommandé de façon spécifique, mais celui-ci doit répondre aux lignes directrices relatives aux chutes dans tous les cadres de soins des usagers (Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires & Fondation des maladies du coeur du Canada, 2010). Les trois critères de conformité d'un outil qui offre une bonne évaluation et prise en charge des chutes sont d'identifier le risque de chute, de diminuer l'incidence des chutes et des blessures secondaires aux chutes (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2017).

À l'Hôpital Sainte-Croix, l'outil utilisé pour le dépistage du risque de chute est basé sur le cadre ministériel qui recommande l'évaluation des capacités motrices (marche et équilibre), des médicaments, de l'environnement, des facteurs personnels (âge, incontinence), de la nutrition, de l'hypotension orthostatique, des troubles de vision et de la consommation d'alcool (Institut national de santé publique du Québec, 2009).

### **Plan thérapeutique infirmier.**

Le plan thérapeutique infirmier (PTI) est un outil clinique utilisé au Québec qui sert à dresser le profil clinique évolutif des problèmes et besoins prioritaires d'un usager. Celui-ci est déterminé et ajusté par l'infirmière à partir de l'évaluation clinique qu'elle fait de l'usager qu'elle soigne et doit consigner cet outil au dossier. De plus, le PTI constitue une note d'évolution obligatoire regroupant les décisions de l'infirmière liées au suivi clinique de l'usager (OIIQ, 2006). La loi 90, promulguée en 2003, a conduit à

une redéfinition du champ d'exercice des infirmières qui met de l'avant l'évaluation clinique, dont la détermination d'un PTI. Étant donné l'importance du PTI pour la surveillance et la sécurité des usagers, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec a rendu celui-ci obligatoire depuis le 1<sup>er</sup> avril 2009. Le PTI constitue donc une preuve documentaire lors de considérations juridiques, dont l'authenticité est considérée valide au niveau du suivi infirmier effectué (OIIQ, 2006). Aucune recherche n'a été effectuée à ce jour afin de connaître l'impact d'un PTI sur l'état de santé d'un usager, mais tous les soins qui auraient pu en bénéficier font une différence sur la qualité de la prise en charge d'un usager (Greenwood, 1996; Leih & Salentijn, 1994).

Les recommandations canadiennes ne font pas la mention du PTI de façon exhaustive. Toutefois, pour chacune de leurs recommandations, on y retrouve l'indication de réaliser l'évaluation, d'en assurer la surveillance, de procéder au suivi et d'identifier des objectifs spécifiques pour chacun des usagers. Subséquemment, ce sont les éléments que l'on doit essentiellement retrouver dans le PTI qui est d'autant plus obligatoire au Québec (OIIQ, 2006).

En conclusion, bien que plusieurs autres indicateurs puissent faire l'objet d'un suivi ou d'une évaluation, cette section vient de présenter des indicateurs qui sont mesurables et évaluables pour pouvoir en faire l'analyse. Par contre, avec l'analyse de dossiers effectuée en regard de ces indicateurs, il est pensable de pouvoir dresser un portrait de la pratique de soins actuelle en regard des recommandations canadiennes en

soins infirmiers pour la prise en charge en phases hyperaiguë et aiguë des gens qui subissent un AVC.

### **Les barrières et facilitateurs au suivi des recommandations**

Plusieurs auteurs font état d'écarts significatifs entre les pratiques cliniques et les recommandations en regard de l'AVC (Abilleira, Ribera, Sanchez, et al., 2012; Caminiti et al., 2005; de Carvalho et al., 2012; Donnellan et al., 2013a; Hall et al., 2014; Heuschmann et al., 2006; Hinchey et al., 2008; Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2016; Luker & Grimmer-Somers, 2009; Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires, 2011; Rosamond et al., 2012). À partir de ce constat, d'autres auteurs se sont intéressés aux barrières et aux facteurs facilitateurs favorisant le suivi des recommandations en lien avec la prise en charge des gens qui subissent un AVC. Au total, neuf études retenues démontrent les principales barrières et facilitateurs concernant le suivi des lignes directrices par les infirmières ou certains professionnels de la santé. Les études ainsi que les résultats sont présentées au Tableau 6.



Tableau 6

*Études sur les barrières et facilitateurs concernant le suivi des recommandations en regard de l'AVC*

Auteurs Année/Lieu d'étude	Méthodologie Devis/Objectif/Instrument de mesure/Participants/Milieu de l'étude	Résultats Barrières (B) Facilitateurs (F)
(Koh et al., 2008) <b>Asie</b>	Étude exploratoire/Explorer la perception des infirmières en regard des barrières à l'implantation d'un dépistage du risque de chute chez les gens qui ont subi un AVC/questionnaire/1468 infirmières/5 hôpitaux de Singapour	<b>B</b> : 73,3 % Manque d'équipement/ ressources <b>B</b> : 49,4 % Manque de formation <b>B</b> : 82,4 % Manque de connaissances et motivation <b>B</b> : 77,8 % Support des collègues <b>B</b> : 55,7 % Statut de santé des patients
(Bayley et al., 2012) <b>Canada</b>	Étude descriptive/ Identifier les barrières suite à l'implantation d'un projet de réadaptation d'AVC/ Groupes de discussion/ 79 professionnels de la santé dont 23 infirmières/ 5 sites différents au Canada	<b>B</b> : Manque d'équipement <b>B</b> : Manque de formation <b>B</b> : Manque de temps <b>B</b> : Manque d'infirmières <b>B</b> : Difficulté à prioriser les traitements <b>B</b> : Fonctionnement de l'équipe et la communication

Tableau 6

*Études sur les barrières et facilitateurs concernant le suivi des recommandations en regard de l'AVC (suite)*

Auteurs Année/Lieu d'étude	Méthodologie Devis/Objectif/Instrument de mesure/Participants/Milieu de l'étude	Résultats Barrières (B) Facilitateurs (F)
(Donnellan et al., 2013b) <b>Irlande</b>	Étude exploratoire/Explorer la perception des infirmières en regard des barrières et facteurs facilitateurs à l'implantation des lignes directrices de l'AVC/Groupes de discussion/Intervenants en AVC.	<b>B</b> : Manque de ressources <b>B</b> : Difficulté de consolidation des connaissances <b>B</b> : Résistance au changement <b>F</b> : Compréhension de l'importance des lignes directrices <b>F</b> : Outils personnalisés
(Gache et al., 2014) <b>France</b>	Étude exploratoire/Identifier les principales barrières à l'adhésion aux lignes directrices de l'AVC/44 entrevues semi-structurées/Intervenants en AVC	<b>B</b> : 31/44 : Manque de ressources <b>B</b> : 27/44 : Manque d'équipement <b>B</b> : 13/44 : Manque d'information sur l'AVC <b>B</b> : 14/44 : Problème de coordination a/n des professionnels <b>B</b> : 16/44 : Pratiques professionnelles et organisationnelles sous- optimales

Tableau 6

*Études sur les barrières et facilitateurs concernant le suivi des recommandations en regard de l'AVC (suite)*

Auteurs Année/Lieu d'étude	Méthodologie Devis/Objectif/Instrument de mesure/Participants/Milieu de l'étude	Résultats Barrières (B) Facilitateurs (F)
(Miao et al., 2015) <b>Australie</b>	Étude exploratoire/Explorer la perception des barrières et facilitateurs en regard de l'implantation des lignes directrices/8 orthophonistes/3 thèmes ressortis	Facteurs influençant l'adhésion aux lignes directrices : Nécessité d'avoir accès et de bien comprendre les recommandations Capacité de changer, les ressources disponibles et la collaboration Collaboration des orthophonistes et capacité à influencer les autres aux bonnes pratiques
(Dale et al., 2015) <b>Australie</b>	Étude à devis mixte/Identifier les barrières et facilitateurs au suivi des lignes directrices pré et post-implantation d'un protocole pour la fièvre, l'hyperglycémie et la dysphagie/Questionnaire en ligne/111 professionnels de la santé avant et 10 infirmières après implantation/19 unités AVC	<b>B</b> : Manque d'équipement (thermomètres, glucomètres) <b>B</b> : Manque d'enseignement <b>B</b> : Pauvre niveau d'engagement avec personnel d'orthophonie <b>B</b> : Réticence du personnel infirmier à entreprendre les dépistages <b>B</b> : Faisabilité de la formation au personnel de nuit

Tableau 6

*Études sur les barrières et facilitateurs concernant le suivi des recommandations en regard de l'AVC (suite)*

Auteurs Année/Lieu d'étude	Méthodologie Devis/Objectif/Instrument de mesure/Participants/Milieu de l'étude	Résultats Barrières (B) Facilitateurs (F)
(McCluskey et al., 2013) <b>Australie</b>	Étude exploratoire/Entrevues de groupe (6) et individuelles(2)/infirmières et professionnels œuvrant sur l'unité AVC/Unité spécialisée AVC à Sidney	<b>B</b> : Manque de ressources <b>B</b> : Manque de connaissances et d'habiletés <b>B</b> : Manque de motivation <b>B</b> : Difficulté à changer les croyances des professionnels à propos de leurs capacités et de leur rôle
(Luker & Grimmer- Somers, 2009) <b>Australie</b>	Étude rétrospective/Identifier les facteurs influençant l'adhésion aux lignes directrices/309 dossiers de patients/Unité d'AVC	Facteurs influençant l'adhésion aux lignes directrices : Croyances et valeurs des professionnels Caractéristiques des recommandations Admissions semaine/fin de semaine Sévérité de l'AVC et âge des patients
(Song et al., 2016) <b>États-Unis</b>	Étude randomisée/Établir une association entre la participation avec le <i>Get with the guidelines</i> et une meilleure adhésion aux lignes directrices/322 847 patients hospitalisés pour ICT ou AVC/Comparaison de 790 hôpitaux qui avaient le programme avec ceux qui ne l'avaient pas	La participation à <i>Get with the guidelines</i> est associée à une meilleure adhésion à tous les indicateurs de performance peu importe le statut de l'hôpital

Le Tableau 6 reflète l'ensemble des barrières et des facteurs facilitateurs recensés dans la littérature en regard de la prise en charge des gens qui subissent un AVC. Dans un premier temps, les études sont comparées en regard des méthodologies de recherche utilisées. Dans un deuxième temps, l'analyse de ces études est effectuée en comparant les résultats de celles-ci.

Tout d'abord, au plan de la distribution géographique des études, on remarque que deux de celles-ci ont été réalisées en Europe (Donnellan et al., 2013b; Gache et al., 2014), quatre en Australie (Dale et al., 2015; Luker & Grimmer-Somers, 2009; McCluskey et al., 2013; Miao et al., 2015), une en Asie (Koh et al., 2008) et deux en Amérique du Nord (Bayley et al., 2012; Song et al., 2016), dont une au Canada (Bayley et al., 2012). De plus, l'intérêt pour cette thématique est encore récent, puisque 7 des 9 études ont été réalisées au cours des cinq dernières années. La majorité des études sont de type exploratoire et ont pour but d'explorer la perception des professionnels de la santé en regard des barrières et des facilitateurs à l'adhésion aux lignes directrices de l'AVC (Donnellan et al., 2013b; Gache et al., 2014; Koh et al., 2008; McCluskey et al., 2013; Miao et al., 2015). De celles-ci, à l'exception de Koh et ses collègues qui ont utilisé un questionnaire pour évaluer un seul indicateur soit le dépistage du risque de chute (Koh et al., 2008), les auteurs ont tous effectué des entrevues ou des groupes de discussion afin de connaître la perception des infirmières ou des autres professionnels de la santé. D'ailleurs, Koh et ses collègues sont les seuls auteurs à avoir effectué leur recherche auprès d'infirmières uniquement (Koh et al., 2008). La majorité des études

sont réalisées avec plusieurs professionnels de la santé impliqués dans la prise en charge de l'AVC, dont les infirmières, à l'exception d'une étude qui impliquait seulement des orthophonistes (Miao et al., 2015). D'autre part, Song et ses collègues sont les seuls chercheurs à avoir comparé la prise en charge des usagers qui subissaient un AVC admis dans des hôpitaux qui participaient au programme *Get with the guidelines* avec ceux qui étaient admis dans des hôpitaux qui n'avaient pas le programme (Song et al., 2016). Les résultats de cette étude ont permis de constater qu'effectivement, la présence de ce programme améliorerait de façon considérable l'adhésion aux lignes directrices de l'AVC. Malgré quelques différences au niveau de ces études, plusieurs des résultats qui en ressortent sont similaires.

Toujours à la lecture du Tableau 6, on peut constater un élément remarquable dans le fait que la majorité des résultats ressortis sont davantage des barrières plutôt que des facilitateurs. Cependant, il importe de croire que les barrières identifiées peuvent possiblement être vues comme des facteurs influençant l'adhésion aux lignes directrices plutôt que comme des barrières. Luker et ses collègues ont effectué leur étude en faisant une analyse rétrospective au niveau de dossiers d'usagers ayant été hospitalisés pour un AVC afin de connaître des facteurs qui pouvaient influencer l'adhésion aux lignes directrices. Des données plus objectives sont ressorties de cette étude telle que les caractéristiques des recommandations, les admissions en semaine comparativement à celles des fins de semaine, la sévérité de l'AVC et l'âge des usagers (Luker & Grimmer-Somers, 2009). L'étude de Miao et ses collègues démontre également des facteurs

influençant l'adhésion aux lignes directrices de l'AVC, plutôt que des barrières ou des facilitateurs (Miao et al., 2015).

De plus, en regard des résultats, on peut constater que, puisque la majorité des études étaient réalisées par entrevues ou par groupes de discussion, plusieurs termes différents sont ressortis pour exprimer des résultats similaires. Parmi ces résultats, on note que les caractéristiques personnelles des infirmières comme le degré de motivation, la résistance au changement et le manque de connaissances sont des facteurs récurrents qui peuvent réduire l'adhésion aux recommandations (Dale et al., 2015; Donnellan et al., 2013b; Koh et al., 2008; Luker & Grimmer-Somers, 2009; McCluskey et al., 2013). D'ailleurs, Donnellan, et ses collègues expliquent dans leur étude que les infirmières appliquaient certaines interventions dans leur pratique clinique, mais sans savoir que celles-ci découlaient directement des lignes directrices irlandaises (Donnellan et al., 2013b). De plus, dans la majorité des études, des barrières au niveau organisationnel semblent aussi affecter le suivi des lignes directrices telles que le manque de ressources, de formation, d'équipement et de temps (Bayley et al., 2012; Dale et al., 2015; Donnellan et al., 2013b; Gache et al., 2014; Koh et al., 2008; McCluskey et al., 2013; Miao et al., 2015). De plus, Luker et ses collègues ont démontré que les caractéristiques des usagers influençaient également le suivi des lignes directrices. Les gens plus âgés qui subissaient un AVC semblaient être soignés avec moins d'adhésion aux lignes directrices que les gens plus jeunes. Également, les gens atteints d'un AVC plus sévère semblaient être soignés avec une plus grande adhésion aux lignes directrices que les

AVC moins sévères (Luker & Grimmer-Somers, 2009). La sévérité de l'atteinte et l'âge des usagers semblent donc influencer les pratiques cliniques. Ce sont probablement des aspects à explorer davantage lors de formation avec les infirmières, puisque les lignes directrices de l'AVC font abstraction de la sévérité de l'AVC et de l'âge des usagers dans leurs recommandations. Par ailleurs, un des facilitateurs identifiés dans ces études relève des caractéristiques propres des recommandations pour l'AVC. Miao et ses collègues rapportent la nécessité de bien comprendre les recommandations et d'y avoir accès pour assurer le suivi de celles-ci (Miao et al., 2015).

Alors que plusieurs barrières sont observées dans ces études au Tableau 6, très peu de facteurs facilitateurs sont identifiés. Song et ses collègues ont démontré que la participation au programme *Get with the guidelines* était associée à une meilleure adhésion à tous les indicateurs de performance, et ce, peu importe le statut de l'hôpital (Song et al., 2016). Outre les études qui font état des facteurs influençant le suivi des recommandations, une seule étude porte sur les barrières et les facilitateurs. Les auteurs de celle-ci mentionnent que la compréhension de l'importance des lignes directrices ainsi que les outils personnalisés des intervenants en AVC sont des aspects importants à considérer pour une meilleure prise en charge des gens qui subissent un AVC (Donnellan et al., 2013b).

À la lumière de ces études, le constat qui en ressort permet de réaliser que beaucoup plus de barrières sont identifiées que de facilitateurs. Force est de croire que,



selon l'ensemble des professionnels qui soignent des gens qui subissent un AVC, plusieurs facteurs compromettent le suivi des lignes directrices de l'AVC.

### **Cadres de référence**

Les recommandations canadiennes de l'AVC et le modèle d'évaluation de la qualité de Donabedian ont été retenus afin de guider cette présente étude. Ces deux cadres de référence sont expliqués et définis en lien avec les concepts utilisés dans le cadre de ce mémoire.

#### **Lignes directrices de l'AVC.**

Afin d'instaurer des standards de bonnes pratiques en regard des gens qui subissent un AVC, des lignes directrices ont été élaborées en 2006 d'où découlent les recommandations canadiennes pour les pratiques optimales des soins de l'AVC. Celles-ci incluent toutes les phases du continuum de soins commençant par la sensibilisation du public jusqu'à la réintégration et le maintien de l'utilisateur dans la communauté. De plus, ces recommandations composent la conduite de soins à suivre au Canada en matière d'AVC et assurent une meilleure prise en charge des gens qui font un AVC (Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires & Fondation des maladies du cœur du Canada, 2010). Issues de recherches internationales sur l'AVC, les recommandations offrent un cadre pour assurer des soins basés sur les données probantes. Or, certaines de ces recommandations sont davantage spécifiques aux soins infirmiers et ont servi à construire la grille d'analyse de dossiers dans cette étude afin de comparer la pratique

clinique avec ces recommandations. D'ailleurs, la Stratégie canadienne de l'AVC offre un manuel de mesure du rendement en fonction de certains indicateurs pouvant avoir un impact sur la qualité des soins. L'adhésion à ces indicateurs de rendement fait supposer que l'ensemble de la pratique clinique est conforme aux recommandations (Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires & Fondation des maladies du coeur du Canada, 2010). Cependant, l'analyse de ces indicateurs de rendement ne permet pas d'avoir une juste réalité de la pratique en soins infirmiers. Ainsi, la liste exhaustive des recommandations canadiennes a servi à rédiger la grille d'analyse pour permettre l'évaluation des dossiers. Par contre, seulement les recommandations spécifiques en soins infirmiers et facilement mesurables ont été retenues pour la faisabilité de l'étude.

### **Modèle d'évaluation de Donabedian.**

Le modèle de l'évaluation de Donabedian est souvent utilisé comme cadre de référence en recherche principalement dans le domaine de la santé ou de la sociologie, et ce, même au Québec (Donabedian, 1988). Notamment, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) fait référence aux trois dimensions suggérées par Donabedian pour l'élaboration de l'exercice de la pratique infirmière à partir de trois énoncés, soit les résultats escomptés chez le client, les éléments de l'exercice et les éléments organisationnels (OIIQ, 2010).

Ce modèle prend son origine après plusieurs années d'études sur le concept de la qualité des soins, un concept difficile à définir. Ce n'est qu'en 1980 que Donabedian

début la structuration de son modèle fondée sur trois dimensions nécessaires à l'évaluation de la qualité des soins soit la structure, le processus et les résultats (Donabedian, 1988). Selon Donabedian, le but de l'évaluation de la qualité des soins est de pouvoir porter un jugement sur la qualité des services peu importe où ils se situent (communauté ou hôpitaux) et de qui ils proviennent (médecins et/ou autres professionnels de la santé). C'est aussi de pouvoir identifier ou de proposer des solutions aux problèmes affectant la qualité des soins et de cibler les processus inefficaces ou ceux qui ne conduisent pas à l'atteinte des standards de qualité (Donabedian, 1988).

Cependant, comme l'explique Donabedian à travers ses nombreux articles, avant de pouvoir évaluer la qualité des soins, il est fondamental d'en définir clairement le concept. Il mentionne aussi que plusieurs recherches ont davantage étudié le niveau organisationnel des soins (Donabedian, 1985). Selon Donabedian, pour souscrire une évaluation de la qualité des soins, il est fondamental de se questionner sur ce qui est pertinent d'évaluer en termes de critères permettant de juger une qualité de soins. Bref, pour lui, il existe trois dimensions essentielles à l'évaluation de la qualité des soins, soit la structure, le processus et les résultats. C'est l'ensemble de ces trois dimensions que l'on doit évaluer afin de pouvoir identifier le problème qui ne permet pas l'atteinte de l'objectif et d'en trouver les solutions possibles pouvant permettre l'atteinte de celui-ci (Donabedian, 1985).

La structure fait référence aux attributs qui caractérisent l'environnement, aux ressources matérielles et professionnelles, comme par exemple, l'équipement disponible sur les unités de soins, la qualification et la compétence des employés ainsi que le nombre suffisant de personnel (Donabedian, 1978). Le processus constitue les actes et les méthodes appliquées ainsi que l'organisation des soins, comme par exemple, la façon dont les soins sont dispensés aux usagers et les services qui leurs sont offerts (Donabedian, 1978). Finalement, les résultats font référence aux effets obtenus dans la prestation des soins, la satisfaction et l'état de santé des usagers (Donabedian, 1978).

Ce modèle de l'évaluation de Donabedian propose une façon d'évaluer et de mesurer la qualité des soins (Donabedian, 1978). Dans le cadre de cette étude, les éléments reliés à la structure sont le quart de travail et les unités de soins sur lesquelles les infirmières travaillent. De plus, on note les ressources matérielles qui sont à la disposition du personnel pour travailler, les ressources professionnelles disponibles, les connaissances et les compétences des infirmières, la collaboration entre les pairs, les formations qui leurs sont offertes et l'intérêt que celles-ci portent à l'AVC. Ainsi, les éléments de la structure impactent directement sur le processus et peuvent donc influencer la prestation des soins qui sont administrés aux usagers ayant subi un AVC. Le processus fait référence à l'ensemble des soins dispensés aux usagers. De ce fait, les facteurs constituant la structure peuvent influencer le suivi des recommandations canadiennes dans la pratique clinique. Le questionnaire a principalement été bâti à l'aide de ces deux dimensions, soit la structure et le processus. Finalement, les résultats sont

les effets obtenus de cette démarche de soins qui fait référence aux résultats obtenus par l'analyse des dossiers. L'ensemble de ces trois dimensions guide l'évaluation de tous les aspects liés à la pratique clinique et de pouvoir tirer des conclusions qui nous permettent de comprendre à quel endroit dans la démarche de soins, il est nécessaire d'intervenir et d'apporter des recommandations afin d'améliorer la qualité des soins.

### **Chapitre 3 : Méthodologie**

Ce chapitre présente la méthodologie qui a servi à répondre aux objectifs de la recherche. Tout d'abord, le devis de recherche retenu ainsi que la justification de ce choix sont présentés. Ensuite on retrouve dans l'ordre, le milieu de recherche, la population à l'étude ainsi que l'échantillon, les critères d'inclusion et d'exclusion, l'opérationnalisation des variables, le déroulement de l'étude, puis les considérations éthiques, les limites et les forces de cette étude.

### **Devis de recherche**

Le devis descriptif-comparatif a été sélectionné afin de répondre aux objectifs de l'étude. Le devis descriptif est utile pour décrire un phénomène qui est généralement peu connu, mais pour lequel on a déjà quelques données (Nieswiadomy, 2008). L'étude descriptive est souvent utilisée pour avoir le portrait d'une situation afin d'identifier un problème (Grove, Burns, & Gray, 2013). L'étude descriptive comparative permet de décrire et de comparer deux variables entre elles (Nieswiadomy, 2008). Dans le cadre de cette étude, les objectifs sont de :

- Comparer la pratique clinique à l'Hôpital Sainte-Croix avec les recommandations canadiennes (2010) en regard des soins infirmiers administrés aux personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral;

- Identifier les barrières et les facilitateurs à l'Hôpital Sainte-Croix en regard de l'adhésion aux recommandations canadiennes (2014) dans les soins infirmiers administrés aux personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral.

### **Milieu de l'étude**

Le milieu de recherche pour cette étude est l'Hôpital Sainte-Croix (HSC) de Drummondville (CSSS Drummond) fusionné au sein du CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec le 1<sup>er</sup> avril 2015, suite à l'adoption de la Loi 10 modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. Cet établissement régional dessert une population d'environ 100 000 habitants dans 18 municipalités différentes dont Drummondville est la principale. L'Hôpital Sainte-Croix a obtenu l'accréditation comme centre secondaire de l'AVC en juin 2015, suite à une évaluation dont les résultats ont confirmé qu'elle correspondait aux critères du ministère de la Santé et des Services sociaux dans la démarche d'agrément pour la reconnaissance de centres secondaires de l'AVC au Québec. On y retrouve, entre autres, une unité spécialisée d'AVC comportant quatre lits réservés à cette clientèle, une accessibilité rapide à la tomographie cérébrale, la présence de la médecine interne pour l'administration rapide du t-PA si celui-ci est indiqué, mais également, un continuum de soins et de services qui assure une fluidité dans la prise en charge des personnes atteintes d'un AVC. De plus, une clinique ambulatoire de l'AVC a été implantée en octobre 2015 pour assurer l'évaluation des gens qui subissaient un AVC léger ou un AIT et qui ne nécessitaient pas d'hospitalisation. Par contre, l'HSC ne



possède pas de service de neurologie ou de chirurgie vasculaire, qui sont davantage exigés dans les centres tertiaires. L'étude s'est donc déroulée à l'HSC dans trois unités distinctes de soins de courte durée, soit l'urgence, l'unité de soins intensifs et l'unité spécialisée incluse dans l'unité de médecine au 7<sup>e</sup> étage, puisque ce sont les unités de soins susceptibles de recevoir des usagers ayant subi un AVC. Afin de répondre à chacun des objectifs de cette recherche, deux façons de recueillir les données sur deux échantillons différents ont été utilisées, soit une analyse de dossiers d'usagers et un questionnaire pour les infirmières.

### **Population et échantillon**

Deux échantillons différents ont servi à cette étude, soit les dossiers des usagers ayant subi un AVC et les infirmières soignant cette clientèle. Pour le premier objectif, un audit de qualité, par le biais d'une analyse rétrospective de dossiers d'usagers ayant été hospitalisés pour un AVC, a été réalisé. Les études similaires consultées rapportent que les audits de qualité analysent environ 20 % des dossiers médicaux (Abilleira, Ribera, Sanchez, et al., 2012; Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires, 2011). À l'HSC, on estime une moyenne de 110 usagers hospitalisés pour AVC annuellement, ce qui suggérerait l'analyse de 22 dossiers. Par contre, certains chercheurs recommandent un minimum de 30 sujets lorsque peu de données sont disponibles dans la littérature (Grove et al., 2013). La taille de l'échantillon pour cette étude a donc été de 30 dossiers, ce qui représente environ 27 % des diagnostics d'AVC avec hospitalisation sur une période d'un an. La méthode non probabiliste avec un échantillonnage de convenance a été

utilisée dans le cadre de ce projet pour l'analyse de dossiers (Grove et al., 2013). La liste des dossiers des usagers ayant été hospitalisés a été sélectionnée de la période 10 en 2015 jusqu'à la période 9 en 2016, soit du 13 décembre 2015 au 10 décembre 2016 afin d'obtenir des résultats récents. De cette liste, les 30 premiers dossiers répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion ci-dessous ont été analysés.

Tableau 7

*Critères d'inclusion et d'exclusion pour les dossiers des usagers  
ayant subi un AVC à l'Hôpital Sainte-Croix*

<b>Inclusion</b>	<b>Exclusion</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dossiers des usagers de 18 ans et plus ayant reçu un diagnostic primaire d'AVC</li> <li>• Avoir été hospitalisé à l'Hôpital Sainte-Croix</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avoir une prescription de soins de fin de vie dans la semaine suivant l'AVC</li> <li>• Décès post-AVC dans la première semaine d'hospitalisation</li> </ul>

Ensuite, pour répondre au deuxième objectif, toutes les infirmières qui répondaient aux critères d'inclusion (Tableau 8) étaient invitées à participer et le plus grand nombre possible de répondants était espéré. Dans le milieu de l'étude, on compte un nombre total de 100 infirmières qui étaient disponibles. De ce nombre, 54 sont titulaires d'un poste à l'urgence, 22 aux soins intensifs et 24 en médecine au septième étage, soit l'étage où sont admis les usagers ciblés pour l'étude. La taille de l'échantillon espérée était de 50 infirmières, soit un taux de 50 % de réponses, souvent un taux idéal

attendu dans la majorité des études (Grove et al., 2013). Toutes les infirmières ayant les critères d'inclusion ci-dessous pouvaient participer à l'étude.

Tableau 8

*Critères d'inclusion et d'exclusion des infirmières ayant participé à l'étude*

Inclusion	Exclusion
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infirmiers et infirmières disponibles durant la durée de l'étude</li> <li>• Détenir un poste ou travailler sur les unités suivantes : urgence, soins intensifs et 7<sup>e</sup> médecine à l'Hôpital Sainte-Croix</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aucun</li> </ul>

### **Variables à l'étude et instruments de mesure**

Cette section se divise en deux parties, soit l'opérationnalisation des variables qui a servi à effectuer l'analyse des dossiers et l'opérationnalisation des variables qui a servi à recenser des informations sur les barrières et les facteurs facilitants au niveau des infirmières.

Les recommandations canadiennes se composent d'indicateurs de rendement qui comprennent toutes les phases du continuum de soins de l'AVC. Ceux-ci servent à mesurer les recommandations canadiennes en matière d'AVC de sorte à s'assurer que celles-ci soient bien suivies. Cependant, certains de ces indicateurs découlent

directement de la pratique infirmière et constituent un impact déterminant pour la récupération post-AVC.

Dans un premier temps, le choix de sept indicateurs mesurables et propres aux soins infirmiers a été entrepris. Ceux-ci comprennent le contrôle de la température, la mobilisation précoce, la continence, la prise en charge de la douleur, le dépistage de la dysphagie, le dépistage du risque de chute ainsi que le plan thérapeutique infirmier (PTI) qui relève de l'OIIQ. Dans le cadre de cette étude, un point a été accordé pour chaque item de l'audit de dossier et le taux total de points pour chaque indicateur a été mesuré en pourcentage. Certaines données démographiques, soit l'âge, le sexe et le type d'AVC, ont été recensées dans les dossiers afin de dresser un portrait général de l'échantillon.

La grille d'analyse des dossiers a été validée par deux experts de contenu et un expert en métrologie afin de s'assurer de la validité de l'outil utilisé. La lettre s'adressant aux experts est présentée à l'annexe 2. De plus, la grille d'analyse a été testée en utilisant trois dossiers d'usagers répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion. Suite à cette validation et ces tests pilotes, certaines modifications ont été apportées aux outils. Pour la grille d'analyse, l'indicateur de continence a été modifié. L'incontinence urinaire était très difficile à mesurer et aucun outil s'adressant aux infirmières n'est utilisé pour documenter l'incontinence urinaire au niveau du dossier. Donc, seulement la constipation a été analysée pour cet indicateur. De plus, concernant les soins buccodentaires qui sont un indicateur important dans la prise en charge de l'AVC pour

prévenir le risque d'infection et de pneumonie, ceux-ci étaient très peu documentés au niveau des notes infirmières, donc devenait un indicateur peu fiable à évaluer parce que les soins de bouche pouvaient avoir été effectués sans avoir été documentés. L'indicateur de la douleur à l'épaule a également dû être modifié, puisque ce sont principalement les physiothérapeutes qui évaluent cet indicateur à l'aide de l'outil Chedoke Master. Donc, seulement l'évaluation de la douleur a été analysée. Pour le dépistage de la dysphagie, le délai de 4 heures a été ajouté dans l'analyse pour être conforme à l'indicateur des recommandations canadiennes. Quant à la prévention et la prise en charge des chutes, le critère d'inscription du risque de chute a été retiré, parce que celui-ci était aussi évalué dans l'indicateur du PTI, donc dupliqué. Pour terminer, les critères d'analyse concernant le PTI ont été modifiés en fonction des changements effectués pour tous les autres indicateurs. De plus, l'indicateur de la mobilisation précoce a été retiré du PTI, puisque cet élément était très difficile à évaluer. La grille d'analyse est présentée en annexe 12.

Dans un deuxième temps, le questionnaire a été élaboré à partir d'une recension effectuée sur les barrières et les facteurs facilitateurs présents dans la littérature (Bayley et al., 2012; Dale et al., 2015; Donnellan et al., 2013b; Gache et al., 2014; Koh et al., 2008; Luker & Grimmer-Somers, 2009; McCluskey et al., 2013; Miao et al., 2015; Song et al., 2016). Le questionnaire inclut également des données démographiques pour permettre la description de la population. On retrouve donc l'unité de soins, le statut et l'expérience de travail. Le questionnaire est constitué de 23 questions touchant

l'ensemble des barrières et des facteurs facilitateurs recensés dans la littérature en regard de la prise en charge des gens qui subissent un AVC. Par la suite, celles-ci ont été regroupées en trois thèmes différents. Six questions portent directement sur les recommandations canadiennes, neuf questions portent sur les caractéristiques personnelles du personnel soignant et huit questions portent sur les caractéristiques de l'organisation. Des commentaires pouvaient être écrits par les infirmières à un endroit désigné sur le questionnaire, situé au bas de chacune des sections de page. Le questionnaire est présenté en annexe 3. Celui-ci a été validé par deux experts de contenu et un expert en métrologie afin de s'assurer de la validité des questions. De plus, le questionnaire a été testé par trois infirmières qui avaient certaines connaissances au niveau de l'AVC, mais qui ne travaillaient pas sur les unités ciblées par cette étude. Par la suite, certaines modifications ont été apportées au questionnaire pour permettre son utilisation. Les recommandations canadiennes de l'AVC évaluées au dossier ont été ajoutées sur le questionnaire pour faciliter la compréhension des infirmières.

### **Indicateurs pour l'analyse des dossiers**

#### **Le contrôle de la température.**

La température doit être évaluée toutes les 4 heures, pendant les 48 premières heures suivant l'AVC, et ensuite selon les recommandations du service ou en fonction du jugement clinique de l'infirmière. Pour cette étude, la température a été calculée en fonction du nombre de fois que celle-ci doit être prise en 48 heures, soit à 12 reprises. Le total calculé à partir de cette moyenne est ramené sur 1. Ces résultats sont basés sur les

températures qui sont notées au dossier de l'utilisateur et ne prennent pas en considération la distinction entre la température buccale et rectale.

Lorsque la température excède 38 degrés Celsius, il est mentionné sur l'ordonnance pré-imprimée utilisée à l'Hôpital Sainte-Croix d'administrer un gramme d'acétaminophène 4 fois par jour au besoin pour 72 heures. Pour chaque température élevée au-dessus de 38 degrés Celsius nécessitant une dose d'acétaminophène, une moyenne a été effectuée. De plus, l'inscription des mesures de la température est faite sur une feuille de paramètres fondamentaux présentée à l'annexe 4.

### **Mobilisation précoce.**

La mobilisation fait référence à un processus visant à ce que l'utilisateur se mobilise dans son lit, comme par exemple, lorsqu'il s'assoie, se met debout et éventuellement marche. Les usagers admis à l'hôpital en raison d'un AVC aigu doivent tous suivre un protocole de mobilisation dès que possible, préférablement moins de 24 heures après l'apparition des symptômes de l'AVC, à moins que cela ne soit contre-indiqué, et ce, aussi fréquemment que possible. Parmi les contre-indications à une mobilisation précoce, mentionnons un état médical instable, une saturation en oxygène inférieure à 92 % avec oxygénothérapie, une pression artérielle systolique inférieure à 110 mmHg ou supérieure à 220 mmHg et une fracture ou une lésion d'un membre inférieur (Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires & Fondation des maladies du cœur du Canada, 2010).

Pour cet indicateur, tous les usagers qui avaient été mobilisés minimalement une fois dans les 24 premières heures d'hospitalisation obtenaient un point. Donc, les scores obtenus possibles étaient de 0 ou de 1 et ceux-ci étaient rapportés en pourcentage par la suite.

### **Continence.**

Les recommandations canadiennes mentionnent qu'il faut dépister l'incontinence et la rétention urinaire, l'incontinence fécale et la constipation (heure et fréquence) chez tous les usagers atteints d'un AVC.

Pour cet indicateur, seulement la constipation a été évaluée, puisque l'incontinence urinaire n'était pas suffisamment documentée et était très difficilement mesurable. Une feuille de décompte des selles est consignée au dossier de tous les usagers hospitalisés. La feuille du décompte des selles est présentée à l'annexe 5. Donc, l'évaluation du décompte des selles devait apparaître minimalement 3 fois par jour dans le suivi des selles. La moyenne du nombre de fois que le décompte de selles a été réalisé divisée par le nombre de jours d'hospitalisation, multiplié par 3 (pour les trois quarts de travail).

Par la suite, si l'utilisateur ne faisait pas de selle pendant 3 jours consécutifs, une moyenne a été calculée afin d'évaluer, pour chaque épisode de constipation, le nombre de fois que le protocole de constipation avait été débuté. Cet indicateur a été évalué sur



les 14 premiers jours d'hospitalisation pour permettre un délai suffisant pour évaluer si le personnel avait initié le protocole de constipation aux usagers qui le nécessitaient. Le score total pour cet indicateur a été calculé en pourcentage.

### **Prise en charge de la douleur.**

Selon les recommandations canadiennes, l'évaluation de la douleur à l'épaule doit être effectuée et elle doit être soulagée par l'administration d'acétaminophène ou d'un autre type d'analgésique (Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires & Fondation des maladies du coeur du Canada, 2010). Par contre, l'évaluation de la douleur à l'épaule se fait initialement par les physiothérapeutes à l'aide de l'outil Chedoke Master. Par la suite, des interventions sont recommandées à l'équipe soignante. Dans le cadre de cette étude, c'est l'évaluation de la douleur en général qui a été considérée, puisque c'est un élément d'évaluation et de surveillance qui s'applique principalement en soins infirmiers.

Pour cet indicateur, une moyenne sur un point a été calculée avec le nombre de fois que la douleur avait été évaluée et consignée au dossier sur chaque quart de travail, pendant l'hospitalisation de l'usager. De plus, l'acronyme PQRSTU, qui est expliqué dans la partie des indicateurs dans la recension des écrits, a aussi été vérifié à chaque fois que l'usager avait de la douleur. L'acronyme PQRSTU pour l'évaluation de la douleur est défini à l'annexe 6. Si l'évaluation de la douleur était impossible à faire avec l'acronyme PQRSTU, la mention de non applicable s'imposait (N/A). Une moyenne sur

un point a été calculée pour cet élément. Ensuite, à chaque fois qu'il était documenté que l'utilisateur avait manifesté de la douleur, une moyenne sur un point a été calculée pour le nombre de fois qu'il avait reçu un analgésique et que celui-ci était indiqué.

Au total, ces trois éléments ont été ramenés sur un point total pour cet indicateur, puis calculé en pourcentage par la suite.

### **Dépistage de la dysphagie.**

La déglutition des usagers ayant subi un AVC doit être évaluée à l'aide d'un protocole simple, valide et fiable pouvant être utilisé au chevet de l'utilisateur, et ce, dans le cadre des évaluations initiales effectuées et avant d'amorcer la prise par voie orale de médicaments, de liquides ou d'aliments. Par contre, le choix de l'outil à utiliser pour le dépistage de la dysphagie appartient aux établissements de santé. Les usagers qui ne sont pas éveillés durant les 24 premières heures doivent avoir une surveillance clinique plus étroite et le dépistage de la dysphagie doit avoir lieu lorsque c'est approprié et sécuritaire du point de vue clinique. Il est recommandé que le dépistage de la dysphagie soit effectué dans un délai inférieur à 4 heures suivant l'arrivée au triage. L'outil de dépistage utilisé par les infirmières à l'Hôpital Sainte-Croix est présenté à l'annexe 7.

Dans cette étude, un demi-point était accordé si le dépistage de la dysphagie était effectué et un autre demi-point si celui-ci était réalisé dans un délai inférieur à 4 heures. Ensuite, un autre point était accordé pour chacune des étapes apparaissant sur l'outil du

dépistage de la dysphagie. La moyenne de ces points a été effectuée et ensuite transposée en pourcentage.

### **Prévention et prise en charge des chutes.**

Le risque de chute doit être évalué chez tous les usagers atteints d'un AVC à leur admission, lorsque leur état de santé subit un changement, et aux points de transition, c'est-à-dire à chaque unité de soins où l'usager sera transféré de son hospitalisation jusqu'à sa réadaptation. Les personnes considérées comme étant à risque de chute doivent subir une évaluation interprofessionnelle approfondie qui comprend un examen physique et une analyse des antécédents. L'examen doit, entre autres, inclure la mobilité, la vision, la perception, la cognition et l'état cardiovasculaire. Il est aussi recommandé de rédiger un plan de prévention dépendamment du résultat obtenu. L'outil du dépistage du risque de chute utilisé à l'Hôpital Sainte-Croix est présenté à l'annexe 8.

Pour cette étude, un point a été accordé si l'outil de dépistage était complété et apparaissait au dossier. Donc, 0,1 point a été donné pour chacun des 10 éléments apparaissant sur l'outil. Ensuite, la moyenne a été calculée et rapportée en pourcentage pour cet indicateur. Pour le plan d'intervention en lien avec les chutes, celui-ci est évalué dans l'indicateur suivant, le PTL.

### **Plan thérapeutique infirmier.**

Le plan thérapeutique infirmier constitue un plan de travail et doit être complété pour chaque usager hospitalisé et consigné à son dossier. Ceci est une obligation de la pratique infirmière depuis le 1<sup>er</sup> avril 2009 (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2017). Un point a été accordé si le PTI était rédigé avec un problème prioritaire et au moins une intervention en lien avec celui-ci. Les quatre éléments considérés étaient la température supérieure à 38 degrés Celsius, la douleur, la dysphagie et le risque de chute. À chaque fois, un point était accordé si l'élément était inscrit dans le PTI et une intervention était inscrite. Si l'usager ne présentait pas une ou plusieurs de ces conditions, la mention de non applicable (N/A) était inscrite. Le PTI est présenté à l'annexe 9.

### **Déroulement de l'étude.**

Le recrutement des participants, l'analyse des dossiers et la collecte de données se sont déroulés entre mars et avril 2017. Cette section de chapitre comprend trois parties, soit l'analyse des dossiers, le recrutement des infirmières et la collecte de données.

### **Analyse des dossiers**

Suite à l'approbation éthique, la chef de service des archives de l'Hôpital Sainte-Croix a été rencontrée par l'étudiante-chercheuse et le projet de recherche lui a été expliqué. Une lettre d'information lui a aussi été remise et se trouve à l'annexe 10. De

plus, une lettre signée par le directeur des services professionnels et de la pertinence clinique du CIUSSS MCQ, autorisant l'analyse des dossiers aux archives, lui a été remise. Celle-ci est présentée en annexe 11. Ensuite, l'assistante du service des archives a été rencontrée et elle a rendu disponible une liste de 65 dossiers d'usagers hospitalisés entre le 13 décembre 2015 et le 10 décembre 2016. Les 30 premiers dossiers remplissant les critères d'inclusion et d'exclusion ont été analysés. La grille d'analyse des dossiers figure à l'annexe 12.

### **Recrutement des infirmières**

Le recrutement des infirmières s'est fait directement sur les unités de soins concernées par l'étude, soit l'urgence, les soins intensifs et l'unité de médecine au 7<sup>e</sup> étage de l'HSC. Les chefs d'unité et de service ont été rencontrés préalablement à l'étude afin de leur présenter le projet de recherche. Une deuxième rencontre a eu lieu après avoir reçu l'approbation éthique autorisant la réalisation du projet de recherche. Les documents légaux ainsi qu'une lettre d'information leur ont été remis et une planification des rencontres avec les infirmières des différentes unités de soins et services a été effectuée. La lettre d'information aux chefs de service et d'unité est présentée à l'annexe 13. L'étudiante-chercheuse a présenté le projet sur différents quarts de travail et sur plusieurs jours, afin de rencontrer le plus d'infirmières possible. La lettre d'information aux participants ainsi que le questionnaire leurs ont été remis et expliqués. La lettre d'information aux participants est présentée à l'annexe 14. Une deuxième période de recrutement a eu lieu à la troisième semaine du mois d'avril 2017

et six questionnaires supplémentaires ont été complétés. Au total, 33 infirmières ont participé à l'étude.

### **Plan d'analyse de données**

Une analyse descriptive incluant des calculs de tendance centrale des données avec des moyennes et des écarts-types a été effectuée à l'aide du logiciel d'analyses statistiques SPSS (Version 24). Le premier objectif étant de comparer la pratique clinique à l'Hôpital Sainte-Croix avec les recommandations canadiennes en regard des soins infirmiers administrés aux personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral, les résultats sont calculés pour chacun des indicateurs et pour la prise en charge globale en soins infirmiers. Afin de répondre au deuxième objectif de la recherche qui est d'identifier les barrières et les facilitateurs à l'Hôpital Sainte-Croix, en regard de l'adhésion aux recommandations canadiennes dans les soins infirmiers administrés aux personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral, les résultats sont calculés pour chacune des questions. Par contre, pour faciliter l'analyse, les réponses ont été regroupées en trois catégories, soit *D'accord avec l'énoncé*, *Ni d'accord et ni en désaccord avec l'énoncé* et *En désaccord avec l'énoncé*.

### **Forces, limites et biais méthodologiques**

Bien que ce soit une étude réalisée dans un seul centre et que ce soit un échantillon de petite taille, la population des usagers ayant subi un AVC dans cette étude a des caractéristiques comparables à celles de la population ayant subi un AVC pour

l'ensemble du Canada. Cependant, certains biais anticipés ont été envisagés dans cette étude, par contre, des mesures alternatives ont été entreprises afin de minimiser ceux-ci. Le premier biais potentiel était un biais d'échantillonnage concernant les infirmières à l'étude (Grove et al., 2013). L'effet Hawthorne est probable puisque l'étudiante-chercheuse est connue des milieux de soins pour son implication dans l'AVC et les participantes pourraient avoir répondu de façon exemplaire ou donné des réponses favorables au questionnaire. Aussi, les infirmières pourraient s'être concertées pour remplir le questionnaire. Pour pallier à ce biais, l'étudiante-chercheuse a pris soin de bien expliquer les objectifs de la recherche et l'importance de répondre de façon exhaustive aux questions. Par ailleurs, elle a précisé qu'il n'y avait aucun moyen pour la chercheuse d'identifier les participants à l'étude.

Le deuxième biais anticipé est le biais de recrutement qui est souvent présent lors de recrutement dans les milieux cliniques, c'est-à-dire qu'un nombre inférieur à l'échantillon espéré d'infirmières participe au projet de recherche. L'échantillon espéré était de 50 infirmières, mais dans le cadre de notre étude, un minimum de 30 participants était acceptable.

## **Éthique**

En regard du suivi des recommandations, une analyse rétrospective de dossiers d'utilisateurs ayant été hospitalisés pour un AVC a été réalisée. L'analyse de dossiers se rapproche davantage d'une démarche de l'évaluation de la qualité des soins. Donc, le

consentement individuel des usagers n'est pas considéré nécessaire dans ce cas. Selon l'Énoncé de politique des trois Conseils (EPTC2), le consentement explicite de l'utilisateur n'est pas nécessaire lorsque le risque d'avoir des conséquences négatives sur le bien-être des participants est faible ou absent (EPTC2, 2014). Certaines données démographiques ont été recueillies telles que l'âge, le sexe et le type d'AVC pour permettre une description de l'échantillon, mais ces données ne permettaient pas d'identifier les usagers. De plus, seulement l'étudiante-chercheuse a accès aux dossiers et une codification a été effectuée avec le numéro des dossiers. Ces données sont sauvegardées dans une base de données indépendante des données de la recherche dans un classeur sous clé à l'UQTR.

En ce qui concerne les questionnaires, l'étudiante-chercheuse a procédé au recrutement des participantes elle-même. Aussi, même si elle est connue pour son implication dans le dossier de l'AVC au sein de l'hôpital, elle n'exerce aucune forme d'autorité sur les infirmières qui pouvaient participer. L'étude a été expliquée clairement et les infirmières pouvaient poser des questions au besoin pour s'assurer du consentement libre et éclairé. Toutes les infirmières répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion avaient le droit de répondre au questionnaire et d'émettre des commentaires, au besoin. Les infirmières qui ne répondaient pas aux critères d'inclusion n'étaient pas directement concernées par le projet de recherche (EPTC2, 2014). Donc, celles-ci avaient toutes une chance égale de pouvoir y participer. Une lettre d'information leur avait été remise expliquant les objectifs de l'étude, leur tâche en tant que participantes,



les risques et les bénéfices. Les coordonnées de l'étudiante-chercheuse ainsi que ceux des membres du comité d'éthique ont été fournis aux participantes. Les questionnaires ont été complétés de façon anonyme et sur une base volontaire. Aucun formulaire de consentement n'avait besoin d'être signé, puisque la participation volontaire à compléter le questionnaire était considérée comme un consentement (EPTC2, 2014).

Certains bénéfices en regard de la participation des infirmières à cette étude pouvaient se manifester par le sentiment d'être impliquées dans les soins cliniques administrés aux usagers ayant subi un AVC. De plus, la possibilité de remplir le questionnaire sur le temps de travail a été acceptée par les chefs de service ou d'unité de chacune des unités de soins. Le principal inconvénient rencontré dans cette étude était le temps que les infirmières devaient consacrer pour répondre au questionnaire. Le temps estimé était de 10 minutes.

Les données obtenues par les dossiers et les questionnaires sont conservées de façon sécurisée dans un classeur sous clé et dans un serveur électronique à l'UQTR. Seule l'étudiante a l'accès aux bases de données. Toutes les données de l'étude seront détruites après cinq ans, soit en juin 2023 (EPTC2, 2014).

Afin de réaliser cette étude, l'autorisation du directeur des services professionnels a été obtenue dans un premier temps permettant l'accessibilité aux dossiers afin de valider et de tester la grille d'analyse pour l'élaboration finale des

instruments de mesure. Par la suite, la certification éthique a été obtenue par les comités de la recherche et de l'éthique de l'UQTR (CER-16-22807.07) en date du 25 octobre 2016 et du CIUSSS MCQ (CÉR-2016-026) en date du 20 mars 2017. Ensuite, un examen de convenance a été effectué pour permettre la réalisation du projet de recherche dans le territoire visé, soit Drummondville et pour obtenir une entente entre l'UQTR et le CIUSSS MCQ. Les deux certificats éthiques et l'examen de convenance sont présentés aux annexes 15 et 16.

En somme, ce chapitre a présenté tous les éléments essentiels à la réalisation d'un projet de recherche, soit le devis utilisé, le milieu de l'étude, l'échantillon ainsi que les critères d'inclusion et d'exclusion, l'opérationnalisation des variables à l'étude, le déroulement de l'étude, les forces et les limites ainsi que les considérations éthiques. Le prochain chapitre concerne les résultats qui ont été obtenus par l'analyse de dossiers et des questionnaires dans le cadre de ce projet de recherche.

## **Chapitre 4 : Résultats**

Ce chapitre traite des résultats obtenus pour répondre aux deux objectifs de la recherche. La première section comprend donc les résultats obtenus en lien avec le suivi des recommandations canadiennes. On retrouve ensuite les résultats pour l'identification des barrières et des facteurs facilitateurs influençant le suivi des recommandations canadiennes.

### **Pratiques cliniques pour le suivi des recommandations de l'AVC**

En regard du premier objectif qui visait à comparer la pratique clinique à l'HSC avec les recommandations canadiennes en regard des soins infirmiers administrés aux personnes ayant subi un AVC, 30 dossiers ont été analysés. Les données sociodémographiques sont présentées au Tableau 9. L'âge moyen des usagers était de 73 ans. Parmi ceux-ci, on note une proportion similaire d'hommes et de femmes. L'AVC ischémique représentait 90 % des usagers atteints d'un AVC dont les dossiers ont été analysés.

Tableau 9

*Caractéristiques sociodémographiques des usagers ayant subi un AVC*

Caractéristiques des usagers	M± ÉT, n( %)
Âge	72,8±11,96
Sexe	
Femme	16 (53)
Homme	14 (47)
Type d'AVC	
Ischémique	27 (90)
Hémorragique	3 (10)

Dans l'analyse de dossiers effectuée, sept indicateurs ont été évalués en soins infirmiers. Ils sont présentés au Tableau 10 avec les résultats obtenus. De façon globale, la prise en charge en soins infirmiers des gens ayant subi un AVC est réalisée correctement dans une proportion d'un score total de 66 %. Les scores obtenus variaient entre 0 et 100 pour la majorité des indicateurs. Pour certains indicateurs, le résultat obtenu respectait les recommandations canadiennes alors que pour d'autres indicateurs, les résultats présentaient des écarts importants entre la pratique et les recommandations. On remarque que l'indicateur ayant le score le plus élevé est celui de la mobilisation précoce qui était conforme à 96 %. Pour d'autres indicateurs, les résultats étaient élevés, sans toutefois être parfaits, comme pour la prise en charge de la température (80 %), la continence (72 %) et le plan thérapeutique infirmier (72 %). Le dépistage de la dysphagie a obtenu un score de 65 % mais on note une grande variation entre les

dossiers avec un écart type élevé ( $\pm 43,6$ ). On constate également que les deux indicateurs ayant obtenu les scores les plus faibles sont la prise en charge de la douleur (56 %) et le dépistage du risque de chute (29 %). Les résultats sont présentés au Tableau 10.

Tableau 10

*Résultats de l'analyse des dossiers des usagers ayant subi un AVC*

Indicateurs (n:30)	M $\pm$ ÉT	[Min-Max]
Température	80 $\pm$ 13,8	[50-100]
Mobilisation	96 $\pm$ 18,9	[0-100]
Continence	72 $\pm$ 18,6	[33-100]
Douleur	56 $\pm$ 8,9	[0-100]
Dysphagie	65 $\pm$ 43,6	[0-100]
Chutes	29 $\pm$ 5,7	[0-100]
PTI	72 $\pm$ 8,9	[0-100]
Score total	66 $\pm$ 5	[31-93]

Certaines données spécifiques ont été examinées dans la grille d'analyse concernant certains éléments mesurés lors de l'évaluation de la douleur et du dépistage du risque de chute suite à l'analyse initiale, puisque ce sont les deux indicateurs pour lesquels les résultats obtenus étaient les plus faibles. Premièrement, la douleur était notée au dossier à 61 %, mais l'évaluation effectuée selon l'acronyme PQRSTU lorsque l'utilisateur avait de la douleur, a obtenu un résultat de 9 %. Par contre, l'administration d'un analgésique lorsque l'utilisateur ressentait de la douleur est l'élément qui a obtenu le

score le plus fort (83 %). Deuxièmement, pour le dépistage du risque de chute, 30 % des formulaires n'étaient pas présents au dossier. Les résultats de cette analyse sont présentés au Tableau 11.

Tableau 11

*Analyse détaillée des indicateurs de la douleur et du risque de chute*

Indicateurs	n	M±ÉT	[Min-Max]
Douleur	30	56±8,9	
Douleur notée au dossier	30	61 %	[0-100]
PQRSTU effectué lors de douleur	9	9 %	
Administration d'analgésie lors de douleur	9	83 %	
Chutes	30	29±5,7	
Dépistage présent au dossier	30	30 %	[0-100]

**Barrières et facilitateurs identifiés par les participantes**

Afin de répondre au deuxième objectif de la recherche, soit d'identifier les barrières et les facteurs facilitateurs au suivi des recommandations canadiennes de l'AVC, les infirmières devaient compléter un questionnaire. Un total de 33 infirmières a participé à l'étude sur deux périodes de recrutement.

Les caractéristiques sociodémographiques des infirmières ayant participé à l'étude sont présentées au Tableau 12. Presque la moitié des infirmières provenaient de

l'unité de médecine au 7<sup>e</sup> étage, l'unité accueillant principalement la clientèle AVC (46 %). Environ la moitié des infirmières ayant complété le questionnaire travaillaient sur le quart de jour. Pour 73 % des infirmières, celles-ci travaillaient à temps complet. La moitié des infirmières avaient plus de 10 années d'expérience professionnelle depuis l'obtention de son diplôme. En regard du nombre d'années d'expérience dans le service actuel, les résultats sont similaires, mais 32 % des infirmières avaient tout de même plus de 10 années d'expérience dans leur unité de soins actuelle. Deux infirmières n'ont pas mentionné leur quart de travail et leur statut.

Tableau 12

*Caractéristiques sociodémographiques des infirmières ayant participé à l'étude*

Caractéristiques (n)	Résultats n( %)
Unité de travail (33)	
Urgence	8(24)
Soins intensifs	10(30)
7 <sup>e</sup> médecine	15(46)
Quart de travail (31)	
Jour	16(49)
Soir	9(27)
Nuit	6(18)
Statut de travail (31)	
5 jours/semaine	24(73)
3-4 jours/semaine	5(15)
2 jours et moins/semaine	2(6)



Tableau 12

*Caractéristiques sociodémographiques des infirmières ayant participé à l'étude (suite)*

Caractéristiques (n)	Résultats n( %)
Expérience de travail totale (33)	
Moins de 2 ans	3(9)
Entre 2 et 5 ans	3(9)
De 5 à 10 ans	10(30)
Plus de 10 ans	17(52)
Expérience de travail dans le service actuel (33)	
Moins de 2 ans	7(21)
Entre 2 et 5 ans	7(21)
De 5 à 10 ans	7(21)
Plus de 10 ans	12(36)

Les perceptions des infirmières en regard des caractéristiques liées directement aux recommandations canadiennes, les caractéristiques personnelles de l'infirmière et les caractéristiques liées à l'organisation formaient les trois sections du questionnaire. Les résultats obtenus sont successivement présentés aux Tableaux 13, 14 et 15.

Pour la présentation des résultats, les choix de réponse *Tout à fait d'accord* et *D'accord* ont été regroupés ensemble et le même processus a aussi été fait pour les choix de réponse *En désaccord* et *Totalement en désaccord*. À partir de cela, des fréquences ont été calculées pour les infirmières en accord avec les énoncés et pour celles qui

n'étaient pas en accord avec ceux-ci. Une faible proportion d'entre elles ne s'est pas positionnée d'un côté ou de l'autre.

Tableau 13

*Perceptions des infirmières en lien avec l'application  
des recommandations canadiennes de l'AVC*

	En accord n( %)	Ni en désaccord ni d'accord n( %)	En désaccord n( %)
1. Je crois que les recommandations canadiennes sont une source utile de conseils lorsque je travaille.	32(97)	0(0)	1(3)
2. Je crois que les recommandations canadiennes sont fondées sur des preuves solides et scientifiques suffisantes.	32(97)	1(3)	0(0)
3. Je crois que si tous les professionnels appliquent les recommandations canadiennes, cela conduirait à l'amélioration de la qualité des services offerts aux usagers	31(94)	2(6)	0(0)
4. Mes connaissances et compétences facilitent mon travail selon les recommandations canadiennes.	29(88)	3(9)	0(0)
5. J'ai de la facilité à adapter ma routine ou mes habitudes afin de suivre les recommandations canadiennes.	26(79)	4(12)	2(6)
6. Globalement, je ne suis pas résistant(e) à travailler selon les recommandations canadiennes.	32(97)	0(0)	1(3)

À la lecture de ces résultats qui sont en lien avec les recommandations canadiennes, on peut remarquer que l'ensemble des infirmières croient que les recommandations sont utiles pour travailler (97 %), qu'elles sont fondées sur des preuves solides (97 %) et qu'elles peuvent conduire à une amélioration de la qualité des soins (94 %). Malgré de légers écarts entre les résultats, on note que les connaissances et les compétences des infirmières sont des facteurs pour lesquels celles-ci semblent accorder de l'importance pour assurer le suivi des recommandations (88 %). Par contre, on remarque un score un peu moins élevé concernant la facilité des infirmières à adapter leur routine de travail en fonction des recommandations canadiennes à suivre (79 %).

Tableau 14

*Résultats des questionnaires en lien  
avec les caractéristiques personnelles des infirmières*

	En accord n( %)	Ni en désaccord ni d'accord n( %)	En désaccord n( %)
7. Ma compréhension de l'importance des recommandations canadiennes de l'AVC m'aide à les appliquer dans mon travail.	31(94)	1(3)	1(3)
8. Je suis motivé(e) à travailler selon les recommandations canadiennes de l'AVC.	30(91)	3(9)	0(0)
9. J'ai suffisamment de connaissances en regard des recommandations canadiennes de l'AVC.	23(70)	5(15)	5(15)

Tableau 14

*Résultats des questionnaires en lien  
avec les caractéristiques personnelles des infirmières (suite)*

	En accord n( %)	Ni en désaccord ni d'accord n( %)	En désaccord n( %)
10. J'ai suffisamment de connaissances en regard de la pathologie de l'AVC.	26(79)	6(18)	1(3)
11. Je m'intéresse à l'AVC et je m'informe sur le sujet de façon autonome.	18(55)	12(36)	3(9)
12. Lorsque je travaille, j'ai de la facilité à prioriser les soins pour pouvoir soigner selon les recommandations canadiennes.	24(73)	8(24)	1(3)
13. Lorsque je travaille, je me sens outillé(e) pour bien soigner les usagers selon les recommandations canadiennes.	24(73)	7(21)	2(6)
14. Lorsque de nouvelles pratiques de soins sont apportées sur la prise en charge des usagers qui font un AVC, je m'y adapte facilement.	26(79)	7(21)	0(0)
15. Lorsque je travaille, je connais bien mon rôle comme infirmier ou infirmière dans la prise en charge des gens qui subissent un AVC.	29(88)	3(9)	1(3)

On peut remarquer que les infirmières accordent de l'importance à l'AVC (94 %) et sont motivées à travailler selon les recommandations canadiennes (91 %). On note également des résultats similaires en regard des connaissances en lien avec les recommandations (70 %) et avec l'AVC (79 %) ainsi qu'avec l'adaptation aux nouvelles pratiques (79 %). De plus, 73 % des infirmières avaient mentionné être suffisamment outillées pour suivre les recommandations canadiennes. L'énoncé pour lequel le score est le moins élevé est l'intérêt personnel que les infirmières accordent à l'AVC (55 %). Par contre, sur les 33 questionnaires, 12 infirmières n'ont pas pris de position en regard de cet énoncé (36 %). Au Tableau 15, ce sont les résultats liés aux caractéristiques de l'organisation qui sont présentés.

Tableau 15

*Résultats des questionnaires en lien avec les caractéristiques de l'organisation*

	En accord n ( %)	Ni en désaccord ni d'accord n ( %)	En désaccord n ( %)
16. Je crois avoir reçu suffisamment de formation sur la prise en charge des usagers qui font un AVC selon les recommandations canadiennes.	16(48)	10(30)	7(21)
17. Je crois que j'ai un support suffisant de la part de mes collègues de travail qui me permet d'être en mesure de soigner selon les recommandations canadiennes.	26(79)	4(12)	3(9)

Tableau 15

*Résultats des questionnaires en lien avec les caractéristiques de l'organisation (suite)*

	En accord n ( %)	Ni en désaccord ni d'accord n ( %)	En désaccord n ( %)
18. Lorsque j'ai besoin d'aide et/ou que j'ai un manque de connaissances, je n'ai pas peur de demander de l'aide à mes collègues de travail concernant les soins à administrer aux usagers qui subissent un AVC.	32(97)	1(3)	0(0)
19. Le fonctionnement de l'équipe de soins favorise une prise en charge des usagers atteints d'AVC selon les recommandations canadiennes.	30(91)	3(9)	0(0)
20. Je considère avoir suffisamment de temps pour soigner les usagers selon les recommandations canadiennes de l'AVC.	12(36)	14(42)	7(21)
21. Lorsque je travaille, j'ai suffisamment d'équipement pour être en mesure de soigner les usagers selon les recommandations canadiennes de l'AVC.	20(61)	11(33)	2(6)
22. Concrètement, je pense que le nombre d'infirmières est suffisant pour pouvoir soigner les usagers selon les recommandations canadiennes de l'AVC.	26(79)	0(0)	7(21)
23. Je pense que le personnel reçoit la même formation en regard des recommandations canadiennes de l'AVC peu importe le quart de travail travaillé (jour, soir, nuit).	19(56)	11(33)	3(9)

L'ensemble des résultats pour ce tableau est légèrement plus faible. Les énoncés ayant obtenu des scores plus élevés sont l'aide par les pairs (97 %) et la collaboration dans l'équipe (91 %). Bien que le résultat le plus faible, soit le temps que les infirmières ont à consacrer pour soigner selon les recommandations canadiennes (36 %), on remarque tout de même que 42 % des infirmières n'ont pas pris position pour cet énoncé. En lien avec la question 22, 79 % des infirmières ont répondu être d'accord avec l'énoncé qui stipule que le nombre d'infirmières œuvrant sur l'unité de soins est suffisant pour assurer les soins à l'utilisateur selon les recommandations canadiennes. Cependant, dans les commentaires inscrits dans le questionnaire, cinq infirmières ont identifié la lourdeur de la tâche à accomplir comme étant une barrière au suivi des recommandations. Pour le dernier énoncé, concernant la formation donnée, seulement la moitié des infirmières ont noté en avoir suffisamment (43 %). D'ailleurs, dans les commentaires inscrits sur les questionnaires, cinq infirmières ont déclaré avoir un manque de formation pour pouvoir répondre aux recommandations canadiennes de l'AVC.

Des barrières et des facilitateurs au suivi des recommandations ont été identifiés par des infirmières qui travaillent avec les usagers ayant subi un AVC. De plus, certaines d'entre elles ont aussi émis des commentaires personnels dans l'espace réservé à cet effet. L'analyse des résultats qui ont été obtenus par l'analyse des dossiers et des questionnaires complétés par les infirmières est présentée au chapitre suivant, celui de la discussion.

## **Chapitre 5 : Discussion**



### **Pratiques cliniques pour le suivi des recommandations de l'AVC**

Afin de répondre au premier objectif de la recherche, soit de comparer la pratique clinique avec les recommandations canadiennes de l'AVC, une analyse de 30 dossiers a été effectuée. De ceux-ci, 90 % des AVC étaient de type ischémique, ce qui est semblable à la proportion des AVC ischémiques au Canada qui se situe entre 80 et 95 % de tous les AVC (Institut national de santé publique du Québec, 2005). De plus, l'âge moyen des usagers était de 73 ans et l'incidence des AVC survient davantage aux personnes âgées de plus de 65 ans (Gouvernement du Canada, 2017). Également dans cette analyse de dossiers, on retrouvait une proportion similaire d'hommes et de femmes, une proportion sensiblement équivalente au Canada. On sait que l'AVC est un peu plus fréquent chez les hommes, mais que plus de femmes décèdent des suites d'un AVC dû à une espérance de vie plus longue que celle des hommes (Gouvernement du Canada, 2017). On peut donc conclure que les usagers dont les dossiers ont été analysés avaient des caractéristiques comparables à celles de la population ayant subi un AVC pour l'ensemble du Canada, malgré qu'il s'agisse d'un petit échantillon et d'un échantillon de convenance.

Lors de cette analyse de dossiers, sept indicateurs ont été évalués. Parmi ceux-ci, on note que l'indicateur ayant obtenu le score le plus élevé est celui de la mobilisation précoce (96,4 %), ce qui s'explique peut-être par la forme même de l'instrument de

mesure. En effet, il n'y avait aucune distinction entre le fait de s'asseoir au bord du lit ou de marcher au corridor. Du moment que la mobilisation était notée au dossier, tous les points étaient accordés. D'ailleurs, c'est un score similaire à l'étude de Luker (2009) qui a utilisé la même méthode pour évaluer la mobilisation précoce en Australie (98 %) (Luker & Grimmer-Somers, 2009). Par contre, une autre étude qui a évalué la mobilisation précoce sur toute la durée du processus de soins lors de l'hospitalisation a obtenu un score un peu plus faible de 80,7 % (Heuschmann et al., 2006). On peut donc conclure que l'indicateur de la mobilisation précoce est tout de même bien suivi, puisque les recommandations canadiennes ne mentionnent pas de différence entre les types de mobilisation. Il serait par ailleurs intéressant, pour raffiner l'analyse, d'ajouter des critères plus spécifiques en lien avec la mobilisation. En effet, la mobilisation précoce est fortement souhaitable chez cette clientèle pour favoriser une réorganisation au niveau du cerveau afin de permettre une meilleure récupération des fonctions motrices (Cumming et al., 2011).

Concernant le dépistage de la dysphagie, on remarque que celui-ci a obtenu une moyenne de 65 %, mais avec un écart-type de 43,6 % considérant une grande variation au niveau des données obtenues. Comparativement à l'étude ontarienne (67,2 %), le résultat est similaire, mais il demeure tout de même supérieur au résultat obtenu dans l'étude au Canada (50 %) et au Québec qui notait un score de 16 % pour les centres secondaires (Hall et al., 2014; INESSS, 2016; Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires, 2011). D'ailleurs, l'étude réalisée au Québec qui avait évalué le

dépistage de la dysphagie à l'aide d'un outil standardisé, tout comme ce mémoire, obtient un résultat supérieur à notre étude (INESSS, 2016). De plus, dans le cadre de notre étude, on considérerait que le dépistage de la dysphagie devait être fait dans un délai inférieur à quatre heures pour respecter les recommandations canadiennes. Cet élément associé au délai n'a pas été considéré dans les études recensées. Ainsi, sur tous les usagers qui ont été dépistés pour la dysphagie, seulement 57 % de ceux-ci respectaient le délai de 4 heures. De plus, dans les autres études réalisées ailleurs qu'au Canada, celles-ci ont démontré des scores similaires ou légèrement plus faibles à notre étude. Notamment, dans l'étude de Rosamond et ses collègues, cet indicateur a obtenu un score de 68,7 % (Rosamond et al., 2012). On note également des scores de 45,8 % (Abilleira, Ribera, Sanchez, et al., 2012), de 62 % (Hinchey et al., 2005), de 58 % (Luker & Grimmer-Somers, 2009) et de 41,6 % (Heuschmann et al., 2006). À la lumière de ces résultats, le score obtenu pour le dépistage de la dysphagie est globalement plus élevé que celui identifié dans l'ensemble des études recensées. Par contre, considérant des complications importantes qui peuvent survenir suite à une dysphagie qui ne serait pas dépistée chez l'utilisateur ayant subi un AVC, il est important de croire qu'un résultat de 65 % n'est pas suffisant et qu'il y a place à l'amélioration. Parmi les pistes d'amélioration, on pourrait viser une plus grande adhésion quant au dépistage de la dysphagie chez cette clientèle en plus de s'assurer qu'il soit effectué dans un délai inférieur à 4 heures.

En regard de l'indicateur de la douleur, le résultat obtenu a démontré que cet indicateur était évalué dans 56 % du temps. Lorsque la douleur était évaluée, l'utilisation de l'acronyme PQRSTU était réalisée dans seulement 9 % de toutes les fois où la douleur était documentée au dossier. De plus, les données mentionnées au dossier qui n'étaient pas spécifiques à la douleur, comme par exemple, pas de plainte, n'ont pas été considérées lors de l'analyse. La consignation des notes au dossier est donc une piste d'intervention clinique potentielle, non spécifique à l'AVC, mais très importante pour la reconnaissance du travail infirmier. Il aurait probablement été intéressant de noter cet élément afin de pouvoir en faire état en termes de proportion.

Une seule autre étude a évalué la douleur, mais plus spécifiquement à l'épaule, et a obtenu un score de 90 %. Encore une fois, il suffisait que l'indicateur soit inscrit au dossier sans aucune précision (Luker & Grimmer-Somers, 2009). Il est donc possible que le score plus faible dans notre étude s'explique par la forme même de l'instrument de mesure. Cependant, considérant que l'évaluation de la douleur constitue un élément d'évaluation obligatoire en soins infirmiers, celle-ci doit être effectuée correctement (Potter et al., 2016). Les résultats obtenus démontrent une importante faille à ce niveau et nécessiterait un rappel auprès du personnel infirmier.

Avec un score de 29 % de conformité, l'indicateur du dépistage du risque de chute est celui qui a obtenu le score le plus faible. Lorsqu'on regarde le Tableau 11, on peut remarquer que le résultat de cet indicateur ainsi que le résultat d'un des éléments de

cet indicateur sont presque identiques, ce qui s'explique par le fait que tous les formulaires du dépistage du risque de chute étaient complétés adéquatement, mais que 70 % de ces formulaires n'étaient pas présents au dossier, donc aucunement complété. Considérant que le risque de chute est élevé lors d'un AVC, il est pertinent de sensibiliser les infirmières à cet effet pour s'assurer qu'un dépistage plus systématique de cette clientèle soit effectué.

Dans notre étude, le score du PTI obtenu est de 72 %. Le PTI dresse un profil clinique évolutif des problèmes et des besoins prioritaires de l'utilisateur. Il est déterminé et ajusté par l'infirmière à partir de son évaluation clinique. Il fait aussi état de ses directives infirmières concernant les soins, la surveillance clinique ainsi que les traitements sur tout le continuum de soins. Considérant le caractère essentiel du PTI pour la sécurité des usagers, l'application de celui-ci est obligatoire depuis le 1<sup>er</sup> avril 2009 (OIIQ, 2017). La réalisation du PTI est primordiale chez la clientèle ayant subi un AVC pour assurer le suivi des problèmes prioritaires et pour y inscrire des interventions spécifiques en lien avec son AVC. Cependant, certains dépistages n'ayant pas été faits lors de l'analyse de dossiers, il n'a pas été possible d'en évaluer certaines problématiques qui auraient dû apparaître au PTI. Par conséquent, le PTI est l'indicateur pour lequel d'autres indicateurs évalués pouvaient directement influencer son score. Notamment, les indicateurs du risque de chute, de la dysphagie et de la douleur devaient être inscrits au PTI lorsqu'un résultat était anormal. Or, ces indicateurs ont obtenu les scores les plus faibles. Lorsqu'un de ces indicateurs n'était pas effectué, on notait la

mention de N/A au PTI. À ce stade-ci, on ne peut déterminer si le score du PTI est représentatif, considérant que de nombreuses données ont obtenu la valeur de N/A lors de l'analyse du PTI.

L'indicateur pour lequel, le résultat était le plus faible est celui du risque de chutes avec un score de 29 %. Plus de la moitié des usagers ayant subi un AVC chuteront dans l'année suivant l'événement initial (Verheyden et al., 2013). Même si les complications relatives aux chutes ne sont pas toujours majeures, elles sont un prédicteur de chutes ultérieures (Pérennou et al., 2005). Il est donc important d'en faire le dépistage rapidement. L'outil du dépistage de chute devait être présent au dossier et entièrement complété pour obtenir le point entier. Luker et ses collègues ont aussi évalué le dépistage du risque de chute (90 %) et si un plan de traitement était instauré pour ceux dont un risque de chute avait été identifié (88 %) (Luker & Grimmer-Somers, 2009). Il est pourtant complexe d'expliquer l'écart entre ces résultats, puisque des points étaient accordés à chacun des éléments complétés sur le formulaire. Par contre, généralement, l'outil était absent du dossier.

À la lumière de l'analyse effectuée concernant le suivi des recommandations canadiennes, on peut donc conclure que certains écarts ont été identifiés avec le suivi des recommandations en soins infirmiers. Notamment, le dépistage du risque de chute ainsi que l'évaluation de la douleur sont les indicateurs pour lesquels, les résultats obtenus étaient les plus faibles. Par contre, la mobilisation précoce et la prise de la température

sont les indicateurs qui ont été identifiés comme ceux ayant la meilleure conformité avec les recommandations canadiennes. Considérant que Donabedian suggère qu'une évaluation de la qualité des soins doit comprendre trois aspects interdépendants tels que la structure, le processus et les résultats, cette section de chapitre s'est davantage penchée sur les résultats qui ont été calculés à partir de l'analyse de dossiers (Donabedian, 1985).

### **Barrières et facilitateurs identifiées par les participantes**

Afin de répondre au deuxième objectif de la recherche, les infirmières devaient compléter un questionnaire en lien avec les barrières et les facteurs facilitateurs au suivi des recommandations canadiennes. Au total, 33 infirmières ont participé à l'étude. Presque la moitié de celles-ci travaillent sur l'unité AVC au 7<sup>e</sup> médecine (46 %) et œuvrent sur le quart de jour, ce qui s'explique, entre autres, par le fait qu'un nombre supérieur d'infirmières travaillent sur ce quart comparativement aux quarts de soir et de nuit. Dans l'ensemble, les caractéristiques des infirmières sont similaires, la majorité de celles-ci travaillent à temps complet et comptent plus de dix années d'expérience.

De façon globale, les infirmières ont identifié des barrières et des facteurs facilitateurs comparables à ceux recensés dans la littérature. Bien que pour l'ensemble des énoncés, les infirmières aient répondu de façon favorable, certaines barrières ont tout de même obtenu des scores légèrement moins élevés en regard de leur accord avec l'énoncé. Notamment, un des éléments pour lequel les infirmières ont évoqué de

l'importance est le manque de formation qui leur est offerte. Seulement 48 % des infirmières ont mentionné être d'accord avec l'énoncé. De plus, celles-ci semblent avoir la perception que la formation offerte n'est pas équivalente sur tous les quarts de travail (42 %). D'ailleurs, plusieurs études ont démontré que le manque de formation et de connaissances étaient une barrière pour assurer le suivi des recommandations (Bayley et al., 2012; Dale et al., 2015; Gache et al., 2014; Koh et al., 2008; McCluskey et al., 2013). En ce qui a trait à l'énoncé concernant le manque de temps, celui-ci a obtenu le score ayant le plus faible taux d'infirmières en accord avec l'énoncé (36 %). Par contre, 42 % des infirmières ne se sont pas positionnées pour cet énoncé. Parmi, les études recensées, une seule fait mention du manque de temps accordé pour l'administration des soins (Bayley et al., 2012). Le manque d'équipement disponible pour travailler semble aussi être une barrière potentielle au suivi des recommandations. Seulement 61 % des infirmières ont mentionné être d'accord avec l'énoncé. Par ailleurs, plusieurs études ont aussi identifié le manque d'équipement comme étant une barrière (Bayley et al., 2012; Dale et al., 2015; Gache et al., 2014; Koh et al., 2008). De plus, à peine plus de la moitié des infirmières mentionnaient avoir de l'intérêt pour l'AVC (55 %). Cependant, aucune d'entre elles n'a manifesté un manque de motivation pour travailler selon les recommandations canadiennes. Certains auteurs ont aussi fait ressortir le manque d'intérêt ainsi qu'un manque de motivation de la part des intervenants (Koh et al., 2008; McCluskey et al., 2013). Par contre, Koh et ses collègues se sont attardés aux barrières qui influencent le dépistage du risque de chute aux victimes d'AVC, alors que ce n'est pas la pathologie comme telle qui ne semble pas apporter d'intérêt, mais davantage le



risque de chute (Koh et al., 2008). Tandis que l'étude de Mc Cluskey fait mention du manque de motivation pour le suivi des lignes directrices de l'AVC, mais pour l'ensemble des intervenants qui travaillent sur l'unité AVC. Cette étude ne cible pas seulement les infirmières (McCluskey et al., 2013).

Une revue de littérature publiée en 2017 a fait ressortir les principales barrières influençant le suivi de recommandations en regard de l'AVC. Cette étude n'a pu faire partie de la recension pour la rédaction des instruments de mesure, puisque cet article a paru après la conception des outils de mesure de cette étude. Néanmoins, parmi les barrières identifiées, on note quelques résultats similaires aux autres études recensées dans la littérature. Cependant, cette revue de littérature a recensé l'ensemble des études qui mettaient en évidence des barrières en lien avec des soins très spécifiques qui sont administrés aux gens ayant subi un AVC dont l'administration du t-PA. Donc, pour cette raison, aucune étude de cette revue de littérature n'avait été recensée pour celle-ci. De plus, certaines barrières identifiées sont directement en lien avec l'administration de ce médicament et ne peuvent se généraliser pour l'ensemble des recommandations (Baatiema et al., 2017).

À la lumière des résultats qui ressortent des études recensées dans différents pays et ceux qui découlent de notre étude, on peut facilement dire que dans l'ensemble, ceux-ci sont comparables. Par contre, pour la majorité des études, une minorité de celles-ci ont démontré l'importance accordée à chacune des barrières par un pointage. Seulement

deux études ont précisé des moyennes qui permettent de quantifier les résultats obtenus. Cependant, en comparant ces résultats à ceux de notre étude, on peut facilement conclure que les infirmières ont répondu de façon favorable aux énoncés des questionnaires, c'est-à-dire que majoritairement, elles étaient d'accord avec l'énoncé présenté, comparativement aux résultats obtenus de ces autres études (Gache et al., 2014; Koh et al., 2008).

Bien que l'ensemble des infirmières aient répondu aux questionnaires en étant majoritairement d'accord avec l'ensemble des énoncés présentés, il semble y avoir une certaine discordance entre les résultats obtenus dans les questionnaires et ceux qui ressortent de l'analyse des dossiers. En effet, les infirmières ayant complété les questionnaires ne semblent pas avoir perçu de barrières qui freineraient de façon considérable le suivi des recommandations canadiennes en soins infirmiers chez la clientèle AVC. Étant donné la présence de certains écarts significatifs identifiés par l'analyse de dossier, on aurait pu s'attendre à ce que les infirmières manifestent davantage de barrières justifiant ces écarts. Cependant, il se peut que la forme même du questionnaire n'ait pu permettre aux infirmières de répondre de façon spécifique au suivi de chacun des indicateurs analysés. Considérant que les barrières identifiées ne ciblaient pas distinctement le suivi d'un indicateur, il semble y avoir un manque de précision quant aux éléments qui font en sorte de diminuer l'adhésion à ces indicateurs. À cet égard, le modèle d'évaluation de Donabedian suggère trois dimensions indissociables et essentielles à l'évaluation de la qualité des soins, soit la structure, le processus et les

résultats afin de pouvoir identifier le problème qui ne permet pas l'atteinte de l'objectif et d'en trouver les solutions possibles pouvant permettre l'atteinte de celui-ci (Donabedian, 1985).

### **Forces**

La principale force de cette étude est d'avoir pu reproduire un échantillon représentatif de la population qui subit un AVC au Canada, et ce, malgré le fait que l'échantillon était petit et non probabiliste. De plus, les infirmières ayant répondu aux questionnaires étaient réparties de façon hétérogène, ce qui permet d'associer les résultats à l'ensemble des unités de soins ayant une clientèle AVC et des quarts de travail à l'Hôpital Sainte-Croix et non à une unité en particulier.

### **Limites**

Bien que l'amélioration de la qualité des soins et la contribution à l'avancement de la recherche en pratique infirmière sur les soins administrés aux personnes ayant subi un AVC soient espérées, certaines retombées sont plus réalistes et cohérentes dans le cadre d'un mémoire de maîtrise. Dans un premier temps, cette étude pourrait permettre d'avoir un portrait de la situation actuelle suite à la mise en place des recommandations canadiennes. De plus, l'élaboration d'un outil d'analyse de dossiers pourrait permettre à d'autres établissements de santé son utilisation afin d'effectuer des audits de qualité de façon plus systématique en regard de l'AVC. Ensuite, l'identification des barrières et des facteurs facilitateurs concernant l'application des recommandations canadiennes dans les

milieux de soins permettrait d'apporter des recommandations spécifiques aux barrières identifiées.

Premièrement, dans le cas d'une analyse rétrospective au niveau de dossiers d'utilisateurs, certaines limites peuvent se manifester. L'analyse effectuée sur seulement trente dossiers ne peut permettre de généraliser les résultats à d'autres établissements, puisque l'échantillon était restreint et que l'organisation dans le suivi des recommandations diffère d'un établissement à l'autre. De plus, l'analyse effectuée au niveau des dossiers ne permet pas non plus d'avoir une évaluation des interventions infirmières en temps réel. Certaines interventions pouvaient avoir été réalisées sans avoir été inscrites au dossier et les données manquantes sont considérées comme non réalisées, alors qu'elles ne sont peut-être simplement pas documentées.

D'autres limites ont aussi été identifiées. Le choix des indicateurs reposait sur les recommandations canadiennes en soins infirmiers et devait être des indicateurs évaluable et mesurable. Certains indicateurs importants n'ont donc pu être analysés pour permettre la faisabilité de notre étude. Parmi ceux-ci, on note l'enseignement fait à l'utilisateur et à sa famille, l'incontinence urinaire et les soins de bouche. À ce jour, ces indicateurs ne sont pas mesurables au niveau des notes d'évolution des infirmières dans les dossiers de l'Hôpital Sainte-Croix, parce qu'aucun outil ne les encadre. De plus, l'analyse de certains autres indicateurs aurait nécessité une grille d'analyse différente selon le traitement envisagé pour l'utilisateur, puisque la fréquence de ces indicateurs est

différente selon le traitement administré. Parmi ceux-ci, on note la mesure de la pression artérielle et l'évaluation neurologique. Subséquemment, l'absence d'analyse du suivi de ces indicateurs jugés importants dans la stabilité médicale de la prise en charge des gens qui subissent un AVC constitue une limite à notre étude, puisque ces indicateurs n'ont pas été évalués en fonction de la prise en charge de l'usager. En effet, certains usagers ayant subi un AVC ischémique seront thrombolysés, alors que certains autres seront soignés avec un traitement médicamenteux. Ainsi, la fréquence de surveillance ne sera pas exactement la même.

Deuxièmement, en regard de l'identification des barrières et des facteurs facilitateurs auprès des infirmières, certaines limites ont aussi été identifiées. Le fait que le questionnaire était effectué en fonction de l'échelle de Likert, celui-ci ne permettait pas aux infirmières de pouvoir codifier autre chose que les cotes préétablies. Par contre, un espace était réservé pour leur permettre d'y inscrire des commentaires. De plus, le questionnaire a été bâti à l'aide des barrières et des facteurs facilitateurs recensés dans la littérature, alors que d'autres éléments spécifiques à l'Hôpital Sainte-Croix auraient pu davantage avoir été identifiés avec une partie qualitative à cette étude comme par exemple, un groupe de discussion ou des entrevues. Par contre, considérant que le questionnaire présentait des écarts significatifs entre la pratique clinique et les recommandations, il importe de penser que les infirmières semblent avoir une perception différente du portrait réel des soins qui sont administrés à la clientèle AVC.

### **Recommandations pour la recherche**

Bien que l'AVC soit un sujet d'actualité et, qu'à ce jour, de nombreuses recherches portent sur ce sujet, un nombre moindre est effectué dans le domaine des sciences infirmières. Il me paraît important de continuer à s'y investir pour s'assurer que les soins administrés aux usagers soient effectués selon les données probantes et les résultats de recherche. En lien avec le suivi des recommandations canadiennes, il serait pertinent de refaire une étude similaire ultérieurement pour pouvoir mesurer l'impact des recommandations émises dans cette étude sur l'amélioration de la qualité des soins administrés. Il serait aussi intéressant de reprendre cette étude dans l'ensemble des établissements du CIUSSS MCQ, afin d'avoir une vision globale des soins qui y sont administrés concernant la prise en charge des usagers ayant subi un AVC, et ce, considérant la fusion et l'uniformisation des soins dans ces établissements. Plusieurs auteurs ont également expliqué que l'augmentation du nombre de recherches sur les soins administrés et sur l'intégration des suivis systématiques aiderait à augmenter l'adhésion aux nouvelles pratiques par les professionnels de la santé et augmenterait la qualité des soins (Abilleira, Ribera, Sanchez, et al., 2012; Caminiti et al., 2005; de Carvalho et al., 2012; Luker & Grimmer-Somers, 2009).

En regard des indicateurs évalués en soins infirmiers, il serait intéressant de les évaluer sur tout le processus de soins. Ceci permettrait d'avoir un portrait global du continuum de soins, c'est-à-dire à partir du moment où l'utilisateur arrive au triage jusqu'au moment où il obtient son congé de la réadaptation. De plus, des études concernant le PTI

et son impact sur la prise en charge de l'utilisateur ainsi que sur l'amélioration de l'état de santé seraient bénéfiques pour l'amélioration de la qualité des soins.

Concernant les facteurs influençant le suivi des recommandations, une étude qualitative sous forme de groupes de discussion ou d'entrevues pourrait apporter une autre dimension relative aux barrières et aux facteurs facilitateurs identifiés avec plus de précision en lien avec les indicateurs qui sont analysés.

### **Recommandations pour la pratique**

Cette étude a permis de tracer un portrait de la situation actuelle suite à la mise en place des recommandations canadiennes. L'élaboration d'un outil d'analyse de dossiers standardisé pourrait permettre à d'autres établissements de santé son utilisation, afin d'effectuer des audits de qualité de façon plus systématique en regard de l'AVC. Tout comme plusieurs autres chercheurs, nous sommes d'avis que des audits de qualité devraient être instaurés de façon systématique dans les hôpitaux afin d'assurer une excellente qualité de soins administrés aux gens atteints d'un AVC (Abilleira, Ribera, Sanchez, et al., 2012). D'autres types d'évaluation de la qualité pourraient aussi être envisagés pour assurer un suivi de la qualité comme la réalisation de « cas traceurs », c'est-à-dire de suivre la traçabilité d'un usager à partir du moment où il arrive au triage jusqu'à ce qu'il obtienne son congé. Cette méthode d'évaluation ne peut pas permettre de généraliser les résultats obtenus, mais elle donne un aperçu des soins donnés à un usager qui se fait hospitaliser pour un AVC.

En regard de l'analyse des dossiers, le fait qu'un score était accordé à chaque indicateur permettait d'identifier lesquels étaient davantage préoccupants. De plus, l'élaboration ou l'intégration de certains outils standardisés en milieu hospitalier assurerait un suivi au niveau des indicateurs pour lesquels aucune documentation n'a été produite par les infirmières. Parmi ces outils, on note les soins de bouche, l'incontinence urinaire ainsi que l'enseignement qui doit être fait à l'usager et à sa famille.

Cette analyse de dossiers a permis d'avoir une vision globale de l'ensemble de la pratique infirmière concernant les soins administrés aux gens ayant subi un AVC. L'évolution des soins à administrer aux gens qui subissent un AVC est rapide. C'est pourquoi, il est parfois difficile pour le personnel de demeurer à jour au niveau de ses connaissances. Par ailleurs, dans cette étude, les infirmières ont semblé avoir une perception différente de la réelle pratique exercée. Pour ces raisons, il devient impératif de diffuser les résultats afin de permettre au personnel infirmier d'avoir une juste réalité du suivi des recommandations et de leur offrir la formation ainsi que les outils nécessaires pour assurer l'adhésion aux recommandations canadiennes.

Finalement, concernant l'évaluation neurologique, des nouvelles recommandations ont été émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux par le biais d'une trousse d'outils cliniques d'évaluation en phase aiguë et hyperaiguë des personnes ayant subi un AVC. Dans ces nouvelles recommandations ministérielles, l'utilisation de l'Échelle neurologique canadienne (ENC) et du National Institutes of



Health Stroke Scale (NIHSS) est recommandée pour évaluer la sévérité de l'AVC. Cependant, l'NIHSS est principalement effectué par les médecins, alors que l'ENC peut être réalisée par le personnel infirmier. L'ENC qui est un outil validé uniquement pour l'AVC évalue dix fonctions cliniques dont le niveau de lucidité chez l'utilisateur ayant subi un AVC. Pour le CIUSSS MCQ, un projet pilote est en cours d'organisation pour l'implantation de l'ENC dans les unités de soins ayant ce type de clientèle. Cependant, dans les recommandations du ministère, on ne mentionne pas la fréquence de son utilisation, ni à quel moment nous devons l'utiliser dans la phase aiguë de l'AVC. L'implantation de l'ENC fait partie des projets en cours pour la surveillance neurologique. Il sera donc primordial d'apporter le support nécessaire aux équipes et d'effectuer des audits de qualité quant à son utilisation par le personnel infirmier.

### **Recommandations pour l'enseignement**

Dans le domaine de la santé où les façons de soigner évoluent très rapidement, l'élaboration de programmes de formation continue sur les recommandations en matière d'AVC pourrait permettre aux infirmières de se garder à jour. De plus, la formation initiale en soins infirmiers qui est enseignée aux étudiantes permet aux futures infirmières d'acquérir des connaissances de base en regard de la pathologie de l'AVC, mais aucune formation spécifique n'est donnée sur les recommandations dans le cadre de l'enseignement sur la profession en soins infirmiers. De plus, l'élaboration d'un guide clinique et pratique comportant des mises à jour annuelles selon les nouvelles lignes directrices de l'AVC en cours permettrait aux infirmières de développer leur expertise et

de devenir plus compétentes dans la prise en charge rapide d'un usager subissant un AVC.

## **Chapitre 6 : Conclusion**

En conclusion, les objectifs de cette étude étaient de comparer la pratique clinique avec les recommandations canadiennes de l'AVC et d'identifier les facteurs qui en influencent le suivi. Les résultats de cette étude donnent un aperçu global du suivi des recommandations en soins infirmiers. Tout d'abord, des écarts entre les recommandations canadiennes de l'AVC et la pratique clinique ont été démontrés. Concernant l'indicateur dont le score était le plus élevé, on note la mobilisation précoce. Par contre, certains indicateurs ont obtenu des scores plus faibles tels que le dépistage du risque de chutes et l'évaluation de la douleur. Certains autres indicateurs n'ont pu être évalués faute d'outils standardisés pouvant permettre de les mesurer tels que les soins de bouche, l'incontinence urinaire ainsi que l'enseignement fait à l'usager et à la famille.

Bien que les infirmières ayant participé à l'étude aient identifié quelques barrières au suivi des recommandations, celles-ci ont tout de même répondu de façon favorable aux questionnaires, c'est-à-dire que celles-ci étaient davantage en accord avec les énoncés présentés. Néanmoins, étant donné les écarts identifiés concernant le suivi des indicateurs, il semble y avoir une certaine discordance entre celui-ci et la perception que les infirmières semblent avoir de la pratique clinique effectuée. De toute évidence, de la formation continue pour le personnel infirmier ainsi que l'élaboration de nouveaux outils seraient bénéfiques pour l'amélioration de la qualité des soins en regard de l'AVC.

Somme toute, ce projet d'étude a pu mettre en lumière des écarts dans la pratique clinique et d'y apporter des solutions pour permettre de les réduire (Donabedian, 1978). De plus, cette étude pourra aussi servir de référence aux recherches futures en lien avec le suivi de recommandations chez les gens qui subissent un AVC. L'AVC est un sujet d'actualité pour lequel de nombreuses recherches sont effectuées. Toutefois, la recherche en soins infirmiers est très pertinente et devrait être davantage exploitée pour s'assurer d'appliquer à la pratique clinique les résultats de recherche obtenus.

## **Annexes**

**Annexe 1**  
Acronyme V I T E

## **APPRENEZ LES SIGNES DE L'AVC**

**V**ISAGE Est-il affaissé?  
**I**NCAPACITÉ Pouvez-vous lever les deux bras normalement?  
**T**ROUBLE DE LA PAROLE Trouble de prononciation?  
**E**XTRÊME URGENCE Composez le 9-1-1.

## Annexe 2

### Lettres aux experts pour la validation des outils de mesure



Octobre 2016

Nathalie Thiffault

Conseiller cadre en soins infirmiers pour le volet continuu soins critiques, cardiologie et neurologie, Rive-Nord

CIUSSS MCQ, Centre Hospitalier Affilié Universitaire Régional  
Trois-Rivières (Québec)

#### **Objet : Lettre pour validation des outils de la recherche**

---

Madame,

Mon nom est Amélie Bélanger et je suis étudiante à la Maîtrise en sciences infirmières à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Mon mémoire porte sur la prise en charge en phase aiguë et hyperaiguë des patients ayant subi un AVC au Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, site Hôpital Sainte-Croix, Drummondville.

Je suis à l'élaboration de mes instruments de mesure. Je vous sollicite en tant qu'experts en sciences infirmières pour réviser ces instruments de mesure tant au plan du contenu que du contenu. Il y en a deux soit une grille d'évaluation et un questionnaire. Pour chacun des instruments, les critères d'analyse que vous pouvez utiliser sont présentés.

**Grille d'évaluation :** Elle sera utilisée pour faire une analyse rétrospective de l'adhésion aux lignes directrices canadiennes de l'AVC dans 30 dossiers médicaux.

#### **Est-ce que la grille d'évaluation :**

- est claire?
- est concise?
- est précise?
- contient des éléments facilement observables?
- permet de mesurer ce qu'elle doit mesurer?
- permet de faire une analyse juste des recommandations canadiennes en soins infirmiers en regard de l'AVC?



**Questionnaire** : 24 questions sur les barrières et les facteurs facilitateurs auprès des infirmières et des infirmiers concernant l'adhésion aux lignes directrices canadiennes de l'AVC. Le questionnaire est inspiré des lignes directrices canadiennes de l'AVC et des barrières et facilitateurs identifiés dans la littérature.

**Est-ce que le questionnaire :**

- présente des consignes correctement formulées?
- est visuellement intéressant?
- comporte des questions claires?
- contient des questions concises?
- offre des questions précises?
- est composé de questions qui suivent une séquence logique?

Vous êtes invités à noter vos commentaires directement sur les documents. Vous pouvez également m'en faire part par courriel ou au téléphone. N'hésitez pas à souligner les aspects à améliorer.

Je sais que votre temps est précieux et je vous remercie du fait que vous puissiez considérer ma demande. Si vous acceptez, je vous invite à me faire part de vos commentaires d'ici le 1 novembre 2016.

Vous réitérant mes remerciements, je vous prie d'agréer mes chaleureuses salutations.

Amélie Bélanger, Inf. B.Sc.

Étudiante à la Maîtrise en sciences infirmières

[Amelie.Belanger1@uqtr.ca](mailto:Amelie.Belanger1@uqtr.ca)

819 848-1173 (819) 314-5040

### Annexe 3

#### Questionnaire (page 1 de 4)



#### Questionnaire

Amélie Bélanger, inf. B. Sc. Inf., Et. M. SC inf.  
Lyne Cloutier, inf. PhD, Directrice de recherche  
Septembre 2016

**Étude descriptive-comparative des pratiques de soins au CSSS de Drummondville pour la prise en charge des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral en regard des lignes directrices canadiennes.**

Précisez l'unité de soins dans laquelle ou lesquelles vous exercez, votre quart de travail ainsi que votre statut (temps plein ou temps partiel).

**Unité de travail :**      ☐ Urgence                      ☐ Soins intensifs                      ☐ 7<sup>e</sup> Médecine  
**Quart de travail :**      ☐ Jour                              ☐ Soir                              ☐ Nuit  
**Statut :**                      ☐ 5 jours/semaine      ☐ 3-4 jours /semaine      ☐ 2 jours et moins/semaine

Précisez à quelle tranche d'années, vous vous situez dans votre expérience de travail depuis l'obtention de votre permis d'exercice.

**Expérience :**                      ☐ Moins de 2 ans      ☐ Entre 2 et 5 ans                      ☐ De 5 à 10 ans      ☐ Plus de 10 ans

De ce nombre d'années d'expérience, quelle est le nombre d'années dans votre service actuel?

**Expérience :**                      ☐ Moins de 2 ans      ☐ Entre 2 et 5 ans                      ☐ De 5 à 10 ans      ☐ Plus de 10 ans

Liste des recommandations canadiennes de l'AVC en soins infirmiers
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prise en charge de la température aux 4 heures pendant les premiers 48 heures</li> <li>• Mobilisation précoce dans un délai inférieur à 24 heures (exercices passifs ou actifs, levé au fauteuil, marche au corridor, etc.)</li> <li>• Prise en charge de la continence urinaire et fécale, noter l'heure et la fréquence et intervenir lors de constipation</li> <li>• Soins bucco-dentaires effectués minimalement 2 fois par jour, documenté au dossier</li> <li>• Prise en charge de la douleur à l'épaule post AVC, administrer analgésique au besoin</li> <li>• Évaluation de la dysphagie effectuée avant toute prise entérale de liquide, médicament ou nourriture (utilisation du formulaire : Dépistage de dysphagie, clientèle AVC-AIT)</li> <li>• Prévention et prise en charge des chutes (utilisation du formulaire : Instrument de dépistage des personnes à risque de chute)</li> <li>• Plan thérapeutique infirmier réalisé incluant les problèmes prioritaires de l'utilisateur</li> </ul>

### Annexe 3

#### Questionnaire (page 2 de 4)

Des barrières et des facteurs facilitateurs à l'adhésion aux lignes directrices de la prise en charge des personnes qui font un AVC ont été identifiés dans la littérature (voir celles-ci en annexe). L'ensemble de ceux-ci ont été regroupés en 3 thèmes différents que l'on retrouve dans ce questionnaire.

**Noircir le cercle qui correspond à votre opinion concernant ces affirmations suivantes.**

<b>Parmi les barrières et facteurs facilitateurs identifiés dans la littérature en regard de l'adhésion aux recommandations canadiennes de l'AVC, certains sont davantage liés à l'application de ces recommandations.</b>					
	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni en désaccord ni d'accord	En désaccord	Totalement en désaccord
1. Je crois que les recommandations canadiennes sont une source utile de conseils lorsque je travaille.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Je crois que les recommandations canadiennes sont fondées sur des preuves solides et scientifiques suffisantes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Je crois que si tous les professionnels appliquent les recommandations canadiennes, cela conduirait à l'amélioration de la qualité des services offerts aux usagers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Mes connaissances et compétences facilitent mon travail selon les recommandations canadiennes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. J'ai de la facilité à adapter ma routine ou mes habitudes afin de suivre les recommandations canadiennes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Globalement, je ne suis pas résistant(e) à travailler selon les recommandations canadiennes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Commentaires :</b>					

**Annexe 3**  
Questionnaire (page 3 de 4)

<b>Parmi les barrières et facteurs facilitateurs identifiés dans la littérature en regard de l'adhésion aux lignes directrices canadiennes de l'AVC, certains sont davantage <u>liés aux caractéristiques personnelles du personnel soignant.</u></b>					
	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni en désaccord ni d'accord	En désaccord	Totalement en désaccord
7. Ma compréhension de l'importance des recommandations canadiennes de l'AVC m'aide à les appliquer dans mon travail.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Je suis motivé(e) à travailler selon les recommandations canadiennes de l'AVC.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. J'ai suffisamment de connaissances en regard des recommandations canadiennes de l'AVC.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. J'ai suffisamment de connaissances en regard de la pathologie de l'AVC.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Je m'intéresse à l'AVC et je m'informe sur le sujet de façon autonome.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Lorsque je travaille, j'ai de la facilité à prioriser les soins pour pouvoir soigner selon les recommandations canadiennes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Lorsque je travaille, je me sens outillé(e) pour bien soigner les usagers selon les recommandations canadiennes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Lorsque de nouvelles pratiques de soins sont apportées sur la prise en charge des usagers qui font un AVC, je m'y adapte facilement.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Lorsque je travaille, je connais bien mon rôle comme infirmier ou infirmière dans la prise en charge des gens qui subissent un AVC.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Commentaires :</b>					

**Annexe 3**  
Questionnaire (page 4 de 4)

<b>Parmi les barrières et facteurs facilitateurs identifiés dans la littérature en regard de l'adhésion aux lignes directrices canadiennes de l'AVC, certains sont davantage liés aux caractéristiques de l'organisation.</b>					
	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni en désaccord ni d'accord	En désaccord	Totalement en désaccord
16. Je crois avoir reçu suffisamment de formation sur la prise en charge des usagers qui font un AVC selon les recommandations canadiennes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Je crois que j'ai un support suffisant de la part de mes collègues de travail qui me permet d'être en mesure de soigner selon les recommandations canadiennes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Lorsque j'ai besoin d'aide et/ou que j'ai un manque de connaissances, je n'ai pas peur de demander de l'aide à mes collègues de travail concernant les soins à administrer aux usagers qui subissent un AVC.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Le fonctionnement de l'équipe de soins favorise une prise en charge des usagers atteints d'AVC selon les recommandations canadiennes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Je considère avoir suffisamment de temps pour soigner les usagers selon les recommandations canadiennes de l'AVC.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Lorsque je travaille, j'ai suffisamment d'équipement pour être en mesure de soigner les usagers selon les recommandations canadiennes de l'AVC.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Concrètement, je pense que le nombre d'infirmières est suffisant pour pouvoir soigner les usagers selon les recommandations canadiennes de l'AVC.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Je pense que le personnel reçoit la même formation en regard des recommandations canadiennes de l'AVC peu importe le quart de travail travaillé (jour, soir, nuit).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Commentaires :</b>					

## Annexe 4

### Feuille de paramètres fondamentaux

Centre de santé et de services sociaux  
Drumont



CD00407

#### PARAMÈTRES FONDAMENTAUX SIGNES VITAUX

Année: AAAA Mois: MM

Date JJ		Heure hh / mm	
TEMPÉRATURE (celsius)	X RECTALE	• BUCCALE	
			40
			39
			38
			37
			36
PRESSION ARTÉRIELLE			260
			250
			240
			230
			220
			210
			200
			190
			180
			170
			160
			150
			140
			130
			120
			110
			100
			90
			80
		70	
		60	
		50	
		40	
		30	
AUTRES		Pouls	
		Resp	
		O <sub>2</sub>	
		Sat. O <sub>2</sub>	
		Urines	
		Poids	

3016-00-0104 REV. 2014-10

PARAMÈTRES FONDAMENTAUX - SIGNES VITAUX

Dossier de l'utilisateur

## Annexe 5

### Outil du décompte des selles

Centre de santé et de services sociaux  
Drummond

#### FEUILLE DE SUIVI DES SELLES

DATE AAAA/MM/JJ	HEURE HH-MM	DESCRIPTION DES SELLES				INITIALES
		QUANTITÉ	APPARENCE	CONSISTANCE	SPÉCIMEN	
		<input type="checkbox"/> Petite <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Abondante <input type="checkbox"/> Trace	<input type="checkbox"/> Brune <input type="checkbox"/> Noire <input type="checkbox"/> Jaunâtre <input type="checkbox"/> + sang <input type="checkbox"/> Glaire <input type="checkbox"/> Verdâtre	<input type="checkbox"/> Formée <input type="checkbox"/> Molle non formée <input type="checkbox"/> Semi-liquide <input type="checkbox"/> Liquide	Envoyé <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Culture selles	
		<input type="checkbox"/> Nauséabondes <input type="checkbox"/> Crampes abdominales <input type="checkbox"/> Vomissements				
		<input type="checkbox"/> Petite <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Abondante <input type="checkbox"/> Trace	<input type="checkbox"/> Brune <input type="checkbox"/> Noire <input type="checkbox"/> Jaunâtre <input type="checkbox"/> + sang <input type="checkbox"/> Glaire <input type="checkbox"/> Verdâtre	<input type="checkbox"/> Formée <input type="checkbox"/> Molle non formée <input type="checkbox"/> Semi-liquide <input type="checkbox"/> Liquide	Envoyé <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Culture selles	
		<input type="checkbox"/> Nauséabondes <input type="checkbox"/> Crampes abdominales <input type="checkbox"/> Vomissements				
		<input type="checkbox"/> Petite <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Abondante <input type="checkbox"/> Trace	<input type="checkbox"/> Brune <input type="checkbox"/> Noire <input type="checkbox"/> Jaunâtre <input type="checkbox"/> + sang <input type="checkbox"/> Glaire <input type="checkbox"/> Verdâtre	<input type="checkbox"/> Formée <input type="checkbox"/> Molle non formée <input type="checkbox"/> Semi-liquide <input type="checkbox"/> Liquide	Envoyé <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Culture selles	
		<input type="checkbox"/> Nauséabondes <input type="checkbox"/> Crampes abdominales <input type="checkbox"/> Vomissements				
		<input type="checkbox"/> Petite <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Abondante <input type="checkbox"/> Trace	<input type="checkbox"/> Brune <input type="checkbox"/> Noire <input type="checkbox"/> Jaunâtre <input type="checkbox"/> + sang <input type="checkbox"/> Glaire <input type="checkbox"/> Verdâtre	<input type="checkbox"/> Formée <input type="checkbox"/> Molle non formée <input type="checkbox"/> Semi-liquide <input type="checkbox"/> Liquide	Envoyé <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Culture selles	
		<input type="checkbox"/> Nauséabondes <input type="checkbox"/> Crampes abdominales <input type="checkbox"/> Vomissements				
		<input type="checkbox"/> Petite <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Abondante <input type="checkbox"/> Trace	<input type="checkbox"/> Brune <input type="checkbox"/> Noire <input type="checkbox"/> Jaunâtre <input type="checkbox"/> + sang <input type="checkbox"/> Glaire <input type="checkbox"/> Verdâtre	<input type="checkbox"/> Formée <input type="checkbox"/> Molle non formée <input type="checkbox"/> Semi-liquide <input type="checkbox"/> Liquide	Envoyé <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Culture selles	
		<input type="checkbox"/> Nauséabondes <input type="checkbox"/> Crampes abdominales <input type="checkbox"/> Vomissements				
		<input type="checkbox"/> Petite <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Abondante <input type="checkbox"/> Trace	<input type="checkbox"/> Brune <input type="checkbox"/> Noire <input type="checkbox"/> Jaunâtre <input type="checkbox"/> + sang <input type="checkbox"/> Glaire <input type="checkbox"/> Verdâtre	<input type="checkbox"/> Formée <input type="checkbox"/> Molle non formée <input type="checkbox"/> Semi-liquide <input type="checkbox"/> Liquide	Envoyé <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Culture selles	
		<input type="checkbox"/> Nauséabondes <input type="checkbox"/> Crampes abdominales <input type="checkbox"/> Vomissements				
		<input type="checkbox"/> Petite <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Abondante <input type="checkbox"/> Trace	<input type="checkbox"/> Brune <input type="checkbox"/> Noire <input type="checkbox"/> Jaunâtre <input type="checkbox"/> + sang <input type="checkbox"/> Glaire <input type="checkbox"/> Verdâtre	<input type="checkbox"/> Formée <input type="checkbox"/> Molle non formée <input type="checkbox"/> Semi-liquide <input type="checkbox"/> Liquide	Envoyé <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Culture selles	
		<input type="checkbox"/> Nauséabondes <input type="checkbox"/> Crampes abdominales <input type="checkbox"/> Vomissements				

## Annexe 6

### Acronyme PQRSTU pour l'évaluation de la douleur

PQRSTU	Signification	Exemples de questions
Provoque/pallie	Provoque	Selon vous, quelle est la cause de votre problème ?
	Pallie (améliore)	Que faisiez-vous lorsque le problème est apparu ?
	Aggrave	Que faites-vous pour soulager votre symptôme ?
	Première fois ?	Qu'est-ce qui aggrave le symptôme ? Consigne à l'infirmière: Noter s'il y a une chronicité
Qualité/Quantité	Qualité	Que ressentez-vous ?
	Quantité	Décrivez-moi ce que vous ressentez ? Quantifiez le symptôme sur une échelle de 0 à 10 ou une échelle sémantique (léger, moyen, sévère). Est-ce que le symptôme diminue ou s'intensifie ? Avez-vous noté des changements d'intensité ?
Région	Région	Précisez l'endroit exact du problème et pointez le moi avec un doigt.
	Irradiation	Ressentez-vous votre douleur ailleurs qu'à l'endroit que vous m'avez montré ? Si oui, où ?
Signes et symptômes	Symptômes associés	Avez-vous remarqué d'autres malaises ou sensations inhabituelles ?
	Signes associés	Avez-vous remarqué des signes visibles accompagnateurs ?
Temps	Temps	Selon vous, à quel moment votre symptôme est-il apparu ? Diriez-vous qu'il est constant ou intermittent ? Combien de temps dure votre symptôme lorsqu'il apparaît ? À quelle fréquence votre syndrome apparaît-il ? Est-il associé à un moment de la journée ? Est-ce la première fois ? Consigne à l'infirmière: Noter le nombre d'apparition du symptôme par unité de temps (heure, jour, semaine)
Understand Perception qu'a le patient de son problème	Signification de la situation pour la personne	Que signifie pour vous cette situation ? Comment percevez-vous votre problème ?
	AVD/AVQ affectés	À quoi l'associez-vous ? Consigne à l'infirmière: Comment le symptôme affecte-t-il les AVD/AVQ du client ? Le client peut-il expliquer la sévérité de son symptôme ?

Source : <http://mistralfc.oiiq.org/ezcontent/ORG00006/Content/CRS0077/.../Ressources-PQRSTU>



## Annexe 7

### Outil de dépistage de la dysphagie (page 1 de 2)

Csss Drummond 1213-12345678

1/2

Centre de santé et de services sociaux  
Dorchester

#### DÉPISTAGE DE DYSPHAGIE CLIENTÈLE AVC-AIT ÉVALUATION INFIRMIÈRE

<b>Étape 1</b>	<b>DÉPISTAGE À FAIRE AVANT TOUTE ADMINISTRATION PER OS</b>	
Dépistage préliminaire (N = normal; A = anormal)		N    A
Éveil : A = l'usager ne peut pas demeurer éveillé sans stimulation		
Gestion des sécrétions : A = respiration embarrassée, écoulement salivaire		
Après l'étape 1, si un des deux items du dépistage préliminaire est anormal, suivre les recommandations suivantes :		
<input checked="" type="checkbox"/> Garder NPO <input checked="" type="checkbox"/> Aviser équipe de dysphagie <input checked="" type="checkbox"/> Aviser médecin <input checked="" type="checkbox"/> Inscrire note au PTI		

Le dépistage peut être répété au besoin au moindre changement dans l'état de l'usager, qu'il s'améliore ou qu'il se détériore.

<b>Étape 2</b>	<b>VALIDATION DES INDICATEURS À CONSIDÉRER AVANT DE DONNER DU LIQUIDE PAR LA BOUCHE :</b>	
Accorder un point si :		Points
1. L'usager peut conserver une position assise > 60° en visant une position de 90°.		
2. La voix de l'usager est claire, sans entrave de sécrétions dans la gorge.		
3. La bouche de l'usager n'est pas déviée ou affaissée d'un côté ou de l'autre.		
4. L'usager est capable de tousser sans effort et efficacement, sur demande.		
5. La salive de l'usager ne s'écoule pas sans contrôle de l'usager.		
		Total
Après l'étape 2, si :		
- L'usager ne maintient pas son éveil; - La condition médicale change durant l'épreuve;		<input checked="" type="checkbox"/> Mettre fin à l'évaluation <input checked="" type="checkbox"/> Aviser le médecin
Si l'usager n'a pas obtenu ses 5 points :		
<input checked="" type="checkbox"/> Il faut être très attentif aux réactions de l'usager pour la troisième étape (au verso)		

Continuer le test au verso:

REV. : 2014-07

DÉPISTAGE DE DYSPHAGIE  
CLIENTÈLE AVC-AIT

Dossier de l'usager

## Annexe 7

### Outil de dépistage de la dysphagie (page 2 de 2)

Csss Drummond 1213-12345678

2/2

<b>Étape 3 :</b>	<b>Test de gorgées d'eau (donner de l'eau, au verre, à l'usager) Le test des gorgées d'eau doit être fait en entier à moins que la sécurité de l'usager soit compromise par la prise de liquide.</b>						
<b>Cocher les éléments observés dans le tableau</b> Aucun élément observé par gorgée = 1 point      1 élément observé pour la gorgée = 0 point							
	N'avalé pas	Délai > 5 secondes pour avaler	Toux immédiate ou avec retard	Voix mouillée	Écoulement labial	Points	
Gorgée d'eau N° 1							
Gorgée d'eau N° 2							
Gorgée d'eau N° 3							
Gorgée d'eau N° 4							
Gorgée d'eau N° 5							
Total étape n°3							

Total étape 2+3= Pointage final :

- ☐ Dépistage non complété : motif : \_\_\_\_\_
- ☐ Médecin avisé

**Interprétation des résultats :**

10/10 : Débuter alimentation per os avec diète au goût ou selon ordonnances médicales.

Si un pointage de 9/10 ou moins est obtenu :

- ☒ Référer à l'équipe de dysphagie
- ☒ Assurer une surveillance durant les repas
- ☒ Faire une note au PTI en ce sens
- ☒ Suivre les recommandations suivantes pour le début de l'alimentation

9/10 : Débuter alimentation per os avec diète purée et liquides clairs puis, progresser.

8/10 : Débuter alimentation per os avec diète purée et liquides « nectar ».

6/10 et 7/10 : Débuter alimentation per os avec diète purée sans aucun liquide (pas de gruau, ni potage, ni bouillon). Aviser le médecin pour décision concernant hydratation.

5/10 et moins : NPO, aviser le médecin pour décision concernant hydratation et/ou alimentation entérale.

Signature de l'infirmière \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

AAAA MM JJ

Heure \_\_\_\_\_

hh - mm

DÉPISTAGE DE DYSPHAGIE  
CLIENTÈLE AVC-AIT

## Annexe 8

### Outil de dépistage du risque de chute

Centre de santé et de services sociaux  
Drummond

#### INSTRUMENT DE DÉPISTAGE DES PERSONNES À RISQUE DE CHUTE

☐ CHFGH      ☐ CHABC      ☐ CHMY  
☐ CLSC      ☐ HSC

Encercler le pointage à gauche de chaque élément s'y rapportant. Faire le total. Toute personne dont la cote est de 10 ou plus est considérée à risque de chute.

POINTS	DÉMARCHE ET ÉQUILIBRE
<b>ÂGE</b> 1 80 ans ou plus 2 70 à 79 ans  <b>ÉTAT MENTAL</b> 0 Orienté dans les trois sphères 2 Confus en tout temps 4 Confus de façon sporadique  <b>TEMPS DE SÉJOUR À L'UNITÉ</b> 0 Admis ou transféré à l'unité depuis 4 jours ou plus 2 Admis ou transféré à l'unité depuis 3 jours ou moins  <b>ÉLIMINATION</b> 0 Continent et indépendant pour la satisfaction de ses besoins d'élimination 1 Porteur d'un cathéter et/ou d'une stomie 3 Requié de l'assistance pour ses besoins d'élimination 5 Incontinent et circule seul  <b>ANTÉCÉDENTS DE CHUTES AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS</b> 0 Aucun antécédent de chute durant les 6 derniers mois 2 A chuté 1 ou 2 fois durant les 6 derniers mois 5 A chuté 3 fois ou plus durant les 6 derniers mois  1 DÉFICIT VISUEL OU MAL COMPENSÉ  3 CONFINÉ À UNE CHAISE (ceinturé au fauteuil ou exigeant une assistance dès qu'il se lève de la chaise)  2 HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE (lors du passage de la position couchée à la position debout, chute de la tension artérielle systolique de 20 mm Hg ou plus)  <small>PROCÉDURE DE MESURE DE LA TENSION ARTÉRIELLE : CONSULTER LA RÉGLE DE SOINS ET SERVICES INTERDISCIPLINAIRES « PRÉVENTION DES CHUTES » POUR LA PROCÉDURE</small>	<b>DÉMARCHE ET ÉQUILIBRE</b> Pour remplir cette section, évaluer l'usager alors que vous lui demandez de : a) se tenir debout au même endroit les deux pieds collés ensemble durant 30 secondes, sans aucune aide b) marcher ensuite droit devant en ligne droite c) traverser ensuite un encadrement de porte d) continuer à marcher tout en effectuant un virage  <b>POINTEZ TOUS LES ÉLÉMENTS PERTINENTS</b> 1 Incapable de maintenir ses pieds rapprochés en station debout sur place 1 Perte d'équilibre en station debout sur place 1 Problèmes d'équilibre durant la marche 1 Ralentissement/diminution de la coordination musculaire durant l'exercice d'évaluation 1 Démarche titubante, oscillante, ou qui « claque » (comme si on tapait sur le plancher) 1 Lorsqu'il traverse un encadrement de porte, se tient ou change sa façon de marcher 1 Se déplace soudainement, par saccades, ou est instable lorsqu'il effectue un virage 1 Utilise des dispositifs d'assistance pour la marche (canne, marchette, chaise, etc.)  <b>ALCOOL ET MÉDICAMENTS</b> <input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Diurétiques <input type="checkbox"/> Anesthésiques <input type="checkbox"/> Hypoglycémifiants <input type="checkbox"/> Antihistaminiques <input type="checkbox"/> Laxatifs/émollients <input type="checkbox"/> Antihypertenseurs <input type="checkbox"/> Narcotiques <input type="checkbox"/> Anticonvulsivants/antépiléptiques <input type="checkbox"/> Psychotropes <input type="checkbox"/> Benzodiazépines <input type="checkbox"/> Sédatifs/hypnotiques  Parmi la liste des groupes de médicaments figurant ci-haut, combien l'usager en prend-il? 0 Aucun médicament 1 Un médicament 2 Deux médicaments et plus  1 Si l'usager a subi un changement dans sa médication et/ou un changement de posologie au cours des 5 derniers jours, ajoutez un point  <b>TOTAL : _____</b> Un pointage de 10 ou plus indique un risque de chute.  <b>ÉVALUATION FAITE PAR : _____</b>  <b>DATE : _____</b> <small>AAAA-MM-JJ</small>



## Annexe 10

Lettre d'information s'adressant à la chef de service des archives médicales  
(page 1 de 2)



### LETTRE D'INFORMATION

*Étude descriptive-comparative des pratiques de soins au CSSS de Drummondville pour la prise en charge des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral en regard des lignes directrices canadiennes.*

**Chercheuse principale : Amélie Bélanger Inf.B.Sc.**

**Directrice de recherche : Lyne Cloutier Inf.Ph.D.**

**Département des sciences infirmières**

Cette lettre d'information vise à vous annoncer le projet de recherche qui sera effectué dans le cadre de ma maîtrise en sciences infirmières. Puisque mon projet concerne l'accident vasculaire cérébral et qu'une analyse de dossiers des patients ayant subi un AVC sera effectuée, je sollicite votre autorisation pour la réalisation de ce projet.

#### Objectifs

Cette étude permettra de vérifier 2 objectifs. Le premier objectif consiste à comparer la pratique clinique au CSSS de Drummondville avec les lignes directrices canadiennes en regard des soins infirmiers administrés aux personnes ayant subi un AVC. Une évaluation sera effectuée dans 30 dossiers de patients selon une grille d'évaluation. Le deuxième objectif est d'identifier les barrières et les facteurs facilitateurs au CSSS de Drummondville en regard de l'adhésion aux lignes directrices canadiennes dans les soins infirmiers administrés aux personnes ayant subi un AVC. Les participants auront à compléter un questionnaire.

#### Méthode

Pour le premier objectif, un audit de qualité par le biais d'une analyse rétrospective sera réalisé dans les dossiers des patients ayant été hospitalisés pour un AVC. Un total de 30 dossiers sera analysé selon une grille d'évaluation en regard des recommandations canadiennes de l'AVC concernant les soins infirmiers. En ce qui concerne les dossiers des patients, seules les informations concernant l'âge, le sexe et le type d'AVC seront colligées. Aucune information

## **Annexe 10**

### Lettre d'information s'adressant à la chef de service des archives médicales (page 2 de 2)

permettant d'identifier les patients ne sera recueillie de façon à préserver la confidentialité. De plus, la coordonnatrice des archives à la direction des services multidisciplinaires sera sollicitée afin d'obtenir son autorisation pour la consultation des dossiers et le recueil d'informations pour ce projet de recherche.

Pour le deuxième objectif, un questionnaire sur les barrières et les facteurs facilitateurs sera complété de façon anonyme par les infirmiers et infirmières qui travaillent soit à l'urgence, aux soins intensifs ou sur l'unité spécialisée AVC au 7<sup>ième</sup> médecine. Le projet de recherche sera expliqué sur les unités de soins concernées et le questionnaire sera complété de façon anonyme et sur une base volontaire. Aucun risque n'est associé à la participation des infirmiers et infirmières. Les infirmières seront sollicités pour leur participation entre les mois d'octobre et de décembre 2016 pour répondre au questionnaire d'une durée d'environ 15 minutes.

#### **Retombées attendues**

En un premier temps, cette étude permettra d'avoir un portrait de la situation actuelle de la prise en charge des gens qui subissent un AVC au CSSS Drummond. De plus, l'élaboration d'un outil d'analyse de dossiers pourrait permettre à d'autres établissements de santé son utilisation afin d'effectuer des audits de qualité de façon plus systématique en regard des soins infirmiers de l'AVC. Ensuite, l'identification des barrières et des facteurs facilitateurs concernant l'application des lignes directrices canadiennes dans les milieux de soins pourrait permettre d'apporter des solutions spécifiques aux barrières identifiées.

À ce moment-ci, je vous sollicite donc pour une lettre signifiant votre accord à la consultation de dossiers médicaux et le recueil d'informations pour ce projet de recherche.

Votre collaboration est précieuse et appréciée. Je vous en remercie à l'avance.

#### **Responsable de la recherche**

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Amélie Bélanger par courriel [Amelie.Belanger1@uqtr.ca](mailto:Amelie.Belanger1@uqtr.ca).

## Annexe 11

### Lettre d'autorisation pour l'accès aux dossiers médicaux

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de la Mauricie-et-  
du-Centre-du-Québec



PAR COURRIEL

Trois-Rivières, le 20 mars 2017

Madame Amélie Bélanger, B. Sc. Inf.  
Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières  
Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)  
3351, boulevard des Forges  
Trois-Rivières (Québec) G9A 5H7  
amelie\_belanger\_csssdrum@ssss.gouv.qc.ca

**Objet : Autorisation de réaliser la recherche suivante :**

Étude descriptive-comparative des pratiques de soins et d'organisation au CSSS de Drummondville pour la prise en charge des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral en regard des lignes directrices canadiennes

Numéro attribué par le CÉR évaluateur : **CÉR-2016-026**

Numéro d'établissement attribué par le Service de la recherche : **460-Étude descriptive-comparative AVC**

Madame Bélanger,

Il nous fait plaisir de vous autoriser à réaliser la recherche identifiée en titre sous les auspices du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ).

Cette autorisation vous permet de réaliser la recherche dans les lieux suivants :  
Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Drummondville.

Pour vous donner cette autorisation, notre établissement reconnaît l'examen éthique qui a été effectué par le Comité d'éthique de la recherche multiclientèle du CIUSSS MCQ.

- qui agit comme CÉR évaluateur pour ce projet, conformément au Cadre de référence des établissements publics, du RSSS pour l'autorisation d'une recherche menée dans plus d'un établissement (le Cadre de référence); et
- qui a confirmé dans sa lettre du **16 février 2017** le résultat positif de l'examen scientifique et de l'examen éthique du projet.

Nous joindrons la lettre d'autorisation pour la consultation de certains dossiers médicaux du Directeur des services professionnels et de la pertinence clinique (DSP) du CIUSSS MCQ à la copie de cette autorisation qui sera transmise au CÉR évaluateur.

Cette autorisation vous est donnée à condition que vous vous engagiez à :

- respecter les dispositions du Cadre de référence se rapportant à votre recherche;
- respecter le cadre réglementaire de notre établissement sur les activités de recherche, notamment pour l'identification des participants à la recherche;



Mme Amélie Bélanger

20 mars 2017

2

- utiliser la version des documents se rapportant à la recherche approuvée par le CÉR évaluateur, les seuls changements apportés, si c'est le cas, étant d'ordre administratif et identifiés de façon à ce que le CÉR évaluateur puisse en prendre connaissance; et
- respecter les exigences fixées par le CÉR évaluateur pour le suivi éthique continu de la recherche.

L'autorisation qui vous est donnée ici de réaliser la recherche sous les auspices de notre établissement devra être renouvelée à la date indiquée par le CÉR évaluateur afin que l'approbation éthique de la recherche demeure en vigueur sans autre procédure de notre part.

La personne à joindre pour toute question relative à cette autorisation ou à son renouvellement ou au sujet de changements d'ordre administratif qui auraient été apportés à la version des documents se rapportant à la recherche approuvée par le CÉR évaluateur est madame Caroline Guertin, chef de service de la Recherche médicale et clinique, au 819 697-3333 poste 68146 ou à l'adresse courriel suivante : [caroline\\_quertin@ssss.gouv.qc.ca](mailto:caroline_quertin@ssss.gouv.qc.ca)

La présente autorisation peut être suspendue ou révoquée par notre établissement en cas de non-respect des conditions établies. Le CÉR évaluateur en sera alors informé.

Vous consentez également à ce que notre établissement communique aux autorités compétentes des renseignements personnels qui sont nominatifs au sens de la loi en présence d'un cas avéré de manquement à la conduite responsable en recherche de votre part lors de la réalisation de cette recherche.

Je vous invite à entrer en communication avec l'équipe de la recherche par le biais du guichet unique, si besoin est, à l'adresse suivante : [guichet.recherche@ssss.gouv.qc.ca](mailto:guichet.recherche@ssss.gouv.qc.ca). Vous pouvez aussi solliciter l'appui de notre CER en vous adressant à [ciusssmcq\\_bureau\\_integre\\_de\\_lethique@ssss.gouv.qc.ca](mailto:ciusssmcq_bureau_integre_de_lethique@ssss.gouv.qc.ca) pour obtenir les conseils et le soutien voulu.

En terminant, je vous demanderais de toujours mentionner dans votre correspondance au sujet de cette recherche le numéro attribué au projet de recherche par le CER évaluateur (**CÉR-2016-026**) ainsi que le numéro attribué à votre demande par notre établissement (**460-Étude descriptive-comparative AVC**).

Veuillez agréer, Mme Bélanger, mes salutations distinguées.



Gilles Hudon  
Directeur des services multidisciplinaires  
et directeur administratif intérimaire de l'enseignement universitaire, de la recherche et de l'innovation  
CIUSSS MCQ

p. j. La lettre du directeur des services professionnels et de la pertinence clinique du CIUSSS MCQ qui sera utilisée pour la réalisation de la recherche dans l'établissement

c. c. : Mme Julie Allard, Assistante – chef du service des archives, CIUSSS MCQ;  
Mme Nathalie Boisvert, directrice-adjointe – Urgences et soins critiques, CIUSSS MCQ;  
Mme Lyne Cloutier, inf. Ph. D. – Département des sciences infirmières, UQTR;  
M. Bernard Deshaies, président du CÉR du CIUSSS MCQ;  
Mme Caroline Guertin, chef de service – Recherche médicale et clinique, CIUSSS MCQ;  
Mme Trudy Ruel, Chef de service - Accueil-Admission et Archives, Drummondville, CIUSSS MCQ;



GRILLE D'ANALYSE RELATIVE AUX INDICATEURS

INDICATEURS	ANALYSE	EXPLICATIONS
<b>4.2.2 Prise en charge de la température</b> 1. La température doit être évaluée toutes les 4 heures pendant les 48 premières heures et ensuite selon les recommandations du service ou en fonction du jugement clinique.  2. Si la température est supérieure à 37,5°C, il faut augmenter la fréquence de la surveillance et mettre en place des mesures visant à réduire la température.	1. T° q 4 h x 48 h = 12 fois Nombre de prises de T° /12 → ____/1  2. Si T° < 38°C = N/A Si T° > 38°C : nombre de fois antipyrétique est administré/ 12 doses antipyrétiques= ____/____ → ____/1  Total : Pointage : ____/2 ou ____/1 si 2 <sup>e</sup> élément N/A  <b>Pointage final : ____/1</b>	1. Nombre de T° prises sur 48 h et ramener sur 1. 2. Il est déjà pré-coché sur l'ordonnance collective que lorsque la température excède 38 degré C, 1 g d'acétaminophène doit être administré 4 fois/jour pour 72 heures. 1. Par exemple, si le nombre de prises de T° est de 8 fois dans le premier 48 h donc 8/12= 0,67/1 2. Si le taux d'antipyrétiques donnés est de 0,5/1, le pointage pour l'indicateur est de 1,17/2, donc pointage final pour l'indicateur est de 0,56/1
<b>4.2.3 Mobilisation précoce</b> La mobilisation fait référence à un processus visant à ce que l'utilisateur bouge dans son lit, s'assied, se mette debout et éventuellement marche. Les usagers admis à l'hôpital en raison d'un AVC aigu devraient tous suivre un protocole de mobilisation dès et aussi fréquemment que possible, préférablement moins de 24 heures après l'apparition des symptômes de l'AVC, à moins que cela ne soit contre-indiqué (CI). Parmi les CI à une mobilisation précoce, mentionnons un état médical instable, une PAS < 110 ou > 220, une saturation en oxygène < 92% avec O2 et une fracture ou lésion d'un membre inférieur.	1. Si l'utilisateur fait des exercices actifs au lit (ou passifs avec intervenant), s'il s'assied au bord du lit, s'il s'assied au fauteuil, s'il marche dans sa chambre ou au corridor (avec aide ou de façon autonome) dans le premier 24 heures = ____/1  2. Si le patient a contre-indication = N/A  <b>Pointage final ____/1 ou N/A</b>	Un point si l'utilisateur a été mobilisé et N/A si CI. (Calculer aussi proportion de tous les usagers qui ont été mobilisés sur les 30 dossiers à l'étude et proportion des usagers qui avaient CI). CI/1 : État instable, T > 38,5 degrés C. PAS < 110 ou > 220, fracture membre inférieur, saturation en O2 avec supplément, usagers ayant reçu ATP selon indications du médecin

**Annexe 12**  
Grille d'analyse des dossiers (page 2 de 9)

INDICATEURS	ANALYSE	EXPLICATIONS
<p><b>4.2.4 Continence</b></p> <p>Il faut dépister l'incontinence et la rétention urinaire, l'incontinence fécale et la constipation (heure et fréquence) chez tous les usagers avec AVC. L'utilisation d'un appareil à ultrasons portable est recommandée pour l'évaluation non invasive du résidu post-mictionnel.</p> <p>La prise en charge de la continence repose également sur l'évaluation des facteurs qui contribuent à l'incontinence dont les médicaments, la nutrition, le régime alimentaire, la mobilité, l'activité, la cognition, l'environnement et la communication ainsi que des infections des voies urinaires qui peuvent être une cause transitoire de rétention urinaire.</p>	<p><b>Continence fécale</b> (les premiers 14 jours)</p> <p>1. Feuille de suivi des selles présente au dossier avec le nombre de fois que le décompte des selles est fait sur le nombre de jours hospitalisés <math>\times 3 = \text{---}/n \rightarrow \text{---}/1</math></p> <p>2. Si l'usager ne fait pas de selle durant 3 jours, nombre de fois que le protocole de constipation a été mis en application divisé par le nombre de fois que l'usager passe 3 jours sans selle = <math>n/n \rightarrow \text{---}/1</math> ou N/A si fait des selles</p> <p style="text-align: center;">Pointage final pour la continence fécale = <math>\text{---}/2 \rightarrow \text{---}/1</math></p>	<p>1. Feuille spécifique déjà existante au CSSS Drummond qui doit être présente au dossier de tous les usagers et remplie sur les 3 quarts de travail.</p> <p>2. Par exemple, si l'usager a eu 2 épisodes de soins avec 3 jours sans selle et qu'on lui a administré le protocole constipation à une seule reprise, = 1/2 Si les éléments 2 et/ou 3 est N/A, le résultat sera alors sur 1 ou sur 2.</p>

INDICATEURS	ANALYSE	EXPLICATIONS
<b>5.4.3.2 Prise en charge de la douleur à l'épaule post AVC</b> Pour soulager la douleur, il faut traiter avec l'utilisation d'acétaminophène ou d'un autre analgésique.	<p>1. Inscrire le nombre de quarts de travail que la douleur est évaluée et documentée divisé par le nombre de jours d'hospitalisation et multiplier par 3 quarts de travail =            ____/____ → ____/1</p> <p>2. Inscrire le nombre de quarts de travail que l'évaluation de la douleur est documentée selon le PQRST divisé par le nombre de jours d'hospitalisation et multiplier par 3 quarts de travail =            ____/____ → ____/1</p> <p>Si l'évaluation selon le PQRST est impossible à faire et que c'est documenté= N/A</p> <p>3. Nombre de fois qu'un analgésique est administré divisé par le nombre de fois que l'usager dit ressentir de la douleur et qu'il peut recevoir un analgésique =            ____/____ → ____/1</p> <p style="text-align: center;">Pointage final = ____/2 ou 3 → ____/1</p>	<p>1. L'infirmière documente l'évaluation de la douleur à chaque quart de travail</p> <p>2. Acronyme PQRST            P : provoque/pallie            Q : quantité/qualité            R : région/irradiation            S : signes/symptômes            T : temps/durée</p> <p>3. Par exemple, si la douleur est documentée 6 fois et que le l'usager a seulement reçu 3 analgésiques = 3/6 → 0.5/1</p>

**Annexe 12**  
Grille d'analyse des dossiers (page 4 de 9)

INDICATEURS	ANALYSE	EXPLICATIONS
<p><b>7.2 Évaluation de la dysphagie</b> La déglutition des usagers ayant subi un AVC doit être évaluée à l'aide d'un protocole simple, valide et fiable pouvant être utilisé au chevet de l'usager, et ce, dans le cadre des évaluations initiales effectuées et avant d'amorcer la prise par voie orale de médicaments, de liquides ou d'aliments. Les usagers qui ne sont pas éveillés durant les 24 premières heures devraient être surveillés attentivement et le dépistage de la dysphagie devrait avoir lieu lorsque cela sera cliniquement approprié et sécuritaire. Il est recommandé que le dépistage de la dysphagie soit effectué dans un délai inférieur à 4 heures.</p> <p>Il est recommandé que les usagers atteints d'un AVC qui présentent des indices de dysphagie ou d'aspiration pulmonaire doivent subir une évaluation clinique complète de leur déglutition par un orthophoniste ou un spécialiste qui a reçu une formation appropriée, qui devrait formuler des conseils relatifs à la sécurité des usagers et à la consistance des liquides et des aliments.</p>	<p>1. Dépistage de la dysphagie avec un outil valide fait dans un délai inférieur à 4 heures suivant l'arrivée au triage = ____/1</p> <p>2. Si l'usager ne peut demeurer éveillé ou n'a aucune gestion des sécrétions, usager gardé NPO, aviser médecin, aviser équipe dysphagie = ____/1 (0,4 point pour NPO, 0,3 pt pour md et 0,3 pt pour équipe dysphagie) Si état de l'usager permet le dépistage = N/A</p> <p>3. Étape 2 du dépistage est complétée = ____/1</p> <p>4. Dépistage fait avec les gorgées d'eau (0,2 pt par gorgée pour un total de 5 gorgées recommandées dans l'outil de dépistage) = ____/1</p> <p>5. Intervention faite selon l'interprétation des résultats = ____/1</p> <p style="text-align: center;">Pointage final = ____/4 ou 5 → ____/1</p>	<p>Référence : Formulaire <i>Dépistage de la dysphagie</i> (annexe 1).</p> <p>Le résultat est sur 4 si l'élément 2 est N/A sinon est sur 5.</p> <p>5. Se référer aux notes au dossier, notes de la nutritionniste et consultations. Interventions déjà pré-cochées sur le formulaire de dépistage de la dysphagie.</p> <p>(Prendre en note si le dépistage est fait, mais dans un délai supérieur à 4 heures)</p>
<p><b>7.5 Prévention et prise en charge des chutes</b> Un clinicien expérimenté doit évaluer le risque de chutes chez tous les usagers atteint d'un AVC à leur admission, lorsque leur état de santé subit un changement et aux points de transition. Le dépistage du risque de chutes devrait déterminer les facteurs médicaux, fonctionnels, cognitifs et environnementaux qui influent sur le potentiel de chutes et de blessures dues aux chutes. Les personnes considérées comme étant à risque de chutes devraient subir une évaluation interprofessionnelle approfondie qui comprend un examen physique et des antécédents au niveau des fonctions, et qui passe en revue la mobilité, la vision, la perception, la cognition et l'état cardiovasculaire.</p> <p>En fonction des résultats de l'évaluation du risque de chute, il est recommandé qu'un plan de prévention soit dressé et mis en œuvre pour chaque usager.</p>	<p>1. Feuille de dépistage du risque de chute présente au dossier remplie (0,1 point pour chacun des 10 éléments pour un total de 1 point) = ____/1</p> <p style="text-align: center;">Pointage final = ____/1 → ____/1</p>	<p>Référence : Voir les 10 éléments du formulaire <i>Dépistage des personnes à risque de chute</i> (Annexe 2)</p>

**Annexe 12**  
Grille d'analyse des dossiers (page 5 de 9)

INDICATEURS	ANALYSE	EXPLICATIONS
<b>OIIQ. Plan thérapeutique infirmier (PTI)</b> Le plan thérapeutique infirmier constitue un plan de travail et doit être rempli pour chaque usager hospitalisé et consigné au dossier des usagers.	1. PTI est au dossier avec minimalement un problème prioritaire et au moins une intervention en lien avec ce problème = ____/1  2. Si l'usager fait de la température > 38°C, le problème est inscrit et une intervention en lien avec ce problème est inscrite au PTI = ____/1 Si l'usager ne fait pas de température > 38°C = N/A (référence 4.2.2)  3. Si l'usager présente de la douleur, le problème doit être inscrit au PTI avec une intervention en lien = ____/1 Si l'usager ne présente aucune douleur = N/A (5.4.3.2)  4. Si l'usager présente un trouble de dysphagie, le problème doit être inscrit au PTI avec une intervention en lien avec la dysphagie = ____/1 Si l'usager ne présente aucun trouble dysphagique ou si dépistage de la dysphagie non fait = N/A (référence 7.2)  5. Si l'usager présente un risque de chute, le problème doit être inscrit au PTI avec une intervention en lien avec la prévention des chutes = ____/1 Si l'usager n'est pas à risque de chute = N/A (référence 7.5) Pointage final : nombre de points sur le nombre d'éléments calculés = n / n <b>Pointage final = ____/____ → ____/1</b>	Annexe 3.  Par exemple, si 3 éléments sont N/A, le résultat sera sur 5, puis on le ramènera sur 1.
<b>Pointage final du dossier = ____/7</b>		

## Annexe 12

### Grille d'analyse des dossiers (page 6 de 9)

#### Annexe 1 (page 1)

C399 Drummond 1213-12345678

1/2

Centre de santé et de services sociaux  
Drummond

#### DÉPISTAGE DE DYSPHAGIE CLIENTÈLE AVC-AIT ÉVALUATION INFIRMIÈRE

<b>Étape 1</b>	<b>DÉPISTAGE À FAIRE AVANT TOUTE ADMINISTRATION PER OS</b>		
Dépistage préliminaire (N = normal; A = anormal)			N    A
Éveil : A = l'usager ne peut pas demeurer éveillé sans stimulation			
Gestion des sécrétions : A = respiration embarrassée, écoulement salivaire			
Après l'étape 1, si un des deux items du dépistage préliminaire est anormal, suivre les recommandations suivantes :			
<input checked="" type="checkbox"/> Garder NPO <input checked="" type="checkbox"/> Aviser équipe de dysphagie <input checked="" type="checkbox"/> Aviser médecin <input checked="" type="checkbox"/> Inscrire note au PTI			

Le dépistage peut être répété au besoin au moindre changement dans l'état de l'usager, qu'il s'améliore ou qu'il se détériore.

<b>Étape 2</b>	<b>VALIDATION DES INDICATEURS À CONSIDÉRER AVANT DE DONNER DU LIQUIDE PAR LA BOUCHE :</b>		
Accorder un point si :			Points
1. L'usager peut conserver une position assise > 60° en visant une position de 90°.			
2. La voix de l'usager est claire, sans entrave de sécrétions dans la gorge.			
3. La bouche de l'usager n'est pas déviée ou affaissée d'un côté ou de l'autre.			
4. L'usager est capable de tousser sans effort et efficacement, sur demande.			
5. La salive de l'usager ne s'écoule pas sans contrôle de l'usager.			
Total			
Après l'étape 2, si :			
- L'usager ne maintient pas son éveil;		<input checked="" type="checkbox"/> Mettre fin à l'évaluation	
- La condition médicale change durant l'épreuve;		<input checked="" type="checkbox"/> Aviser le médecin	
Si l'usager n'a pas obtenu ses 5 points :		<input checked="" type="checkbox"/> Il faut être très attentif aux réactions de l'usager pour la troisième étape (au verso)	

Continuer le test au verso

REV. : 2014-07

DÉPISTAGE DE DYSPHAGIE  
CLIENTÈLE AVC-AIT

Dossier de l'usager

## Annexe 12

### Grille d'analyse des dossiers (page 7 de 9)

Annexe 1 (page 2)

Cass Drummond 1213-12345678

2/2

<b>Étape 3 :</b>	<b>Test de gorgées d'eau</b> (donner de l'eau, au verre, à l'usager) Le test des gorgées d'eau doit être fait en entier à moins que la sécurité de l'usager soit compromise par la prise de liquide.					
Cocher les éléments observés dans le tableau						
Aucun élément observé par gorgée = 1 point                      1 élément observé pour la gorgée = 0 point						
	N'aveale pas	Délai > 5 secondes pour avaler	Toux immédiate ou avec retard	Voix mouillée	Écoulement labial	Points
Gorgée d'eau N° 1						
Gorgée d'eau N° 2						
Gorgée d'eau N° 3						
Gorgée d'eau N° 4						
Gorgée d'eau N° 5						
<b>Total étape n°3</b>						

Total étape 2+3= Pointage final :

☐ Déplatement non complété : motif : \_\_\_\_\_

☐ Médecin avisé

**Interprétation des résultats :**

10/10 : Débuter alimentation per os avec diète au goût ou selon ordonnances médicales.

Si un pointage de 9/10 ou moins est obtenu :

- ☒ Référer à l'équipe de dysphagie
- ☒ Assurer une surveillance durant les repas
- ☒ Faire une note au PTJ en ce sens
- ☒ Suivre les recommandations suivantes pour le début de l'alimentation

9/10 : Débuter alimentation per os avec diète purée et liquides clairs puis, progresser.

8/10 : Débuter alimentation per os avec diète purée et liquides « nectar ».

6/10 et 7/10 : Débuter alimentation per os avec diète purée sans aucun liquide (pas de gruau, ni potage, ni bouillon). Aviser le médecin pour décision concernant hydratation.

5/10 et moins : NPC, aviser le médecin pour décision concernant hydratation et/ou alimentation entérale.

Signature de l'infirmière \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

AAAA MM JJ

Heure \_\_\_\_\_

hh - mm

DÉPISTAGE DE DYSPHAGIE  
CLIENTÈLE AVC-AIT

## Annexe 12

### Grille d'analyse des dossiers (page 8 de 9)

Annexe 2

**Centre de santé et de services sociaux**  
(CHSS)

**INSTRUMENT DE DÉPISTAGE  
DES PERSONNES À RISQUE DE CHUTE**

☐ CHFGH    ☐ CHABC    ☐ CHMY

☐ CLSC    ☐ HSC

Encartez le pointage à gauche de chaque élément s'y rapportant. Faire le total.

POINTS	DÉMARCHE ET ÉQUILIBRE
<b>ÂGE</b>	
1 80 ans ou plus	<b>DÉMARCHE ET ÉQUILIBRE</b> <small>Postez remplir cette section, évaluer l'usager alors que vous lui demandez de :</small>
2 70 à 79 ans	a) se tenir debout au même endroit les deux pieds collés ensemble durant 30 secondes, <del>sans aucune aide</del>
<b>ÉTAT MENTAL</b>	
0 Orienté dans les trois sphères	b) marcher ensuite droit devant en ligne droite
2 Confus en tout temps	c) traverser ensuite un encadrement de porte
4 Confus de façon sporadique	d) continuer à marcher tout en effectuant un virage
<b>TEMPS DE SÉJOUR À L'UNITÉ</b>	
0 Admis ou transféré à l'unité depuis 4 jours ou plus	<b>PONTEZ TOUS LES ÉLÉMENTS PERTINENTS</b>
2 Admis ou transféré à l'unité depuis 3 jours ou moins	1 Incapable de maintenir ses pieds rapprochés en station debout sur place
<b>ÉLIMINATION</b>	
0 Continent et indépendant pour la satisfaction de ses besoins d'élimination	1 Perte d'équilibre en station debout sur place
1 Porteur d'un cathéter et/ou d'une stomie	1 Problèmes d'équilibre durant la marche
2 Requiert de l'assistance pour ses besoins d'élimination	1 Maintien/diminution de la coordination musculaire durant l'exercice d'évaluation
4 Incontinent et circule seul	1 Démarche titubante, oscillante, ou qui « clique » (comme si on tapait sur le plancher)
<b>ANTÉCÉDENTS DE CHUTES AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS</b>	
0 Aucun antécédent de chute durant les 6 derniers mois	1 Lorsqu'il traverse un encadrement de porte, se tient ou change sa façon de marcher
2 A chuté 1 ou 2 fois durant les 6 derniers mois	1 Se déplace soudainement, par saccades, ou est instable lorsqu'il effectue un virage
4 A chuté 3 fois ou plus durant les 6 derniers mois	1 Utilise des dispositifs d'assistance pour la marche (canne, marchette, chaise, etc.)
<b>DÉFICIT VISUEL OU MAL COMPENSÉ</b>	
1	<b>ALCOOL ET MÉDICAMENTS</b>
<input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Anesthésiques <input type="checkbox"/> Laxatifs/émétiques	
<input type="checkbox"/> Antihistaminiques <input type="checkbox"/> Antihypertenseurs <input type="checkbox"/> Narcotiques	
<input type="checkbox"/> Anticonvulsivants/antipileptiques <input type="checkbox"/> Psychotropes	
<input type="checkbox"/> Benzodiazépines <input type="checkbox"/> Sédatifs/hypnotiques	
Parmi la liste des groupes de médicaments figurant ci-haut, combien l'usager en prend-il?	
0 Aucun médicament	0
1 Un médicament	1
2 Deux médicaments et plus	2
Si l'usager a subi un changement dans sa médication et/ou un changement de posologie au cours des 5 derniers jours, ajoutez un point	
<b>TOTAL :</b> _____ Un pointage de 10 ou plus indique un risque de chute.	
ÉVALUATION PRÉPARÉE PAR : _____	
DATE : _____	

Toute personne dont le score est de 10 ou plus est considérée à risque de chute.

2015-01  
3016-00-002

Instrument de dépistage des personnes à risque de chute

Dossier usage



## Grille d'analyse des dossiers (page 9 de 9)

**PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER  
(PTI)**

[illegible]

© ONQ, 2006

AH-602 DT9158 (07-03)

### PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER (PTI)

N° de page : \_\_\_\_\_

### Annexe 13

Lettre d'information s'adressant aux chefs de service des unités de soins (page 1 de 2)



#### Lettre d'information adressée aux directions et aux chefs de service

**Étude descriptive-comparative des pratiques de soins au Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ), site Hôpital Sainte-Croix, Drummondville, pour la prise en charge des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral en regard des lignes directrices canadiennes.**

**Chercheuse principale : Amélie Bélanger Inf.B.Sc.**

**Directrice de recherche : Lyne Cloutier Inf.Ph.D.**

**Département des sciences infirmières**

Cette lettre d'information vise à vous annoncer le projet de recherche qui sera effectué dans le cadre de ma maîtrise en sciences infirmières. Puisque mon projet concerne l'accident vasculaire cérébral et que les 3 unités susceptibles de recevoir des patients ayant subi un AVC sont l'urgence, les soins intensifs et l'unité spécialisée AVC au 7<sup>e</sup> médecine, je sollicite votre autorisation pour la réalisation de ce projet.

#### Objectifs

Cette étude permettra de vérifier 2 objectifs. Le premier objectif consiste à comparer la pratique clinique au CSSS de Drummondville avec les lignes directrices canadiennes en regard des soins infirmiers administrés aux personnes ayant subi un AVC. Une évaluation sera effectuée dans 30 dossiers de patients selon une grille d'évaluation. Le deuxième objectif est d'identifier les barrières et les facteurs facilitateurs au CSSS de Drummondville en regard de l'adhésion aux lignes directrices canadiennes dans les soins infirmiers administrés aux personnes ayant subi un AVC. Les participants auront à compléter un questionnaire.

#### Méthode

Pour le premier objectif, un audit de qualité par le biais d'une analyse rétrospective sera réalisé dans les dossiers des patients ayant été hospitalisés pour un AVC. Un total de 30 dossiers sera analysé selon une grille d'évaluation en regard des recommandations canadiennes de l'AVC concernant les soins infirmiers. En ce qui concerne les dossiers des patients, seules les informations concernant l'âge, le sexe et le type d'AVC seront colligées. Aucune

### **Annexe 13**

#### **Lettre d'information s'adressant aux chefs de service des unités de soins (page 2 de 2)**

information permettant d'identifier les patients ne sera recueillie de façon à préserver la confidentialité. De plus, la coordonnatrice des archives à la direction des services multidisciplinaires sera sollicitée afin d'obtenir son autorisation pour la consultation des dossiers et le recueil d'informations pour ce projet de recherche.

Pour le deuxième objectif, un questionnaire sur les barrières et les facteurs facilitateurs sera complété de façon anonyme par les infirmiers et infirmières qui travaillent soit à l'urgence, aux soins intensifs ou sur l'unité spécialisée AVC au 7<sup>e</sup> médecine. Le projet de recherche sera expliqué sur les unités de soins concernées et le questionnaire sera complété de façon anonyme et sur une base volontaire. Aucun risque n'est associé à la participation des infirmiers et infirmières. Les infirmières seront sollicités pour leur participation entre les mois de février 2017 et d'avril 2017 pour répondre au questionnaire d'une durée d'environ 15 minutes.

#### **Retombées attendues**

En un premier temps, cette étude permettra d'avoir un portrait de la situation actuelle de la prise en charge des gens qui subissent un AVC au CSSS Drummond. De plus, l'élaboration d'un outil d'analyse de dossiers pourrait permettre à d'autres établissements de santé son utilisation afin d'effectuer des audits de qualité de façon plus systématique en regard des soins infirmiers de l'AVC. Ensuite, l'identification des barrières et des facteurs facilitateurs concernant l'application des lignes directrices canadiennes dans les milieux de soins pourrait permettre d'apporter des solutions spécifiques aux barrières identifiées.

À ce moment-ci, je vous sollicite donc pour une lettre signifiant votre accord à l'application de mon projet de recherche dans votre unité de soins.

Votre collaboration est précieuse et appréciée. Je vous en remercie à l'avance.

#### **Responsable de la recherche**

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Amélie Bélanger par courriel [Amelie.Belanger1@uqtr.ca](mailto:Amelie.Belanger1@uqtr.ca).

## Annexe 14

Lettre d'information s'adressant aux participants (page 1 de 2)



### Lettre d'information adressée aux participants

Étude descriptive-comparative des pratiques de soins au Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ), site Hôpital Sainte-Croix, Drummondville, pour la prise en charge des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral en regard des lignes directrices canadiennes.

**Chercheuse principale :** Amélie Bélanger Inf.B.Sc.

**Directrice de recherche :** Lyne Cloutier Inf.Ph.D.

**Département des sciences infirmières**

Votre participation à la recherche, qui vise à mieux comprendre la prise en charge des gens qui subissent un AVC en phase aiguë et hyperaiguë, serait grandement appréciée.

#### Objectifs

Cette étude permettra de vérifier deux (2) objectifs. Le premier objectif consiste à comparer la pratique clinique au CIUSSS MCQ, site Hôpital Sainte-Croix, avec les lignes directrices canadiennes en regard des soins infirmiers administrés aux personnes ayant subi un AVC. Une évaluation sera effectuée dans 30 dossiers de patients selon une grille d'évaluation. Le deuxième objectif est d'identifier les barrières et les facteurs facilitateurs au CIUSSS MCQ, site Hôpital Sainte-Croix, en regard de l'adhésion aux lignes directrices canadiennes dans les soins infirmiers administrés aux personnes ayant subi un AVC. Les participants auront à compléter un questionnaire.

Le but de cette lettre d'information est de vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche de sorte que vous puissiez prendre une décision éclairée à ce sujet. Prenez donc le temps de la lire attentivement et n'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles.

#### Tâche

Votre participation à ce projet de recherche consiste à répondre à un questionnaire sur les barrières et les facteurs facilitateurs en regard de l'adhésion aux lignes directrices canadiennes de l'AVC. La durée du questionnaire est d'environ 15 minutes et celui-ci pourra être complété sur l'Unité de soins pendant votre journée de travail.

Initiales : \_\_\_\_\_

## Annexe 14

### Lettre d'information s'adressant aux participants (page 2 de 2)

#### Risques, inconvénients, inconforts

Aucun risque n'est associé à votre participation. Le temps consacré au projet, soit environ 15 minutes, demeure le seul inconvénient.

#### Bénéfices

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de la prise en charge des gens qui subissent un AVC sont les seuls bénéfices directs prévus à votre participation.

#### Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme d'un article, ne permettront pas d'identifier les participants.

Les données recueillies seront conservées sous clé dans un classeur dans un local de recherche à l'Université du Québec à Trois-Rivières et l'étudiante-chercheuse est la seule personne qui y aura accès. Les données seront détruites après 5 ans par déchiqueteuse pour les questionnaires papier et par formatage au niveau des données informatiques, et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

#### Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, de refuser de répondre à certaines questions ou de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications. Votre collaboration est précieuse. Nous l'apprécions et vous en remercions.

#### Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toutes autres questions concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Amélie Bélanger par courriel [Amelie.Belanger1@uqtr.ca](mailto:Amelie.Belanger1@uqtr.ca).

#### Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro [CER-16-228-07.07] a été émis le 25 octobre 2016. Cette recherche est également approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains du Centre Hospitalier Affilié Universitaire Régional (CHAUR) de Trois-Rivières et un certificat portant le [CÉR-2016-026] a été émis le 20 mars 2017. Le numéro d'établissement attribué par le Service de la recherche est : **460-Étude descriptive-comparative AVC**.

Pour toutes questions ou plaintes d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique [CEREH@uqtr.ca](mailto:CEREH@uqtr.ca).

Amélie Bélanger, B.Sc.Inf.  
Étudiante à la maîtrise  
Université du Québec à Trois-Rivières  
[Amelie.belanger1@uqtr.ca](mailto:Amelie.belanger1@uqtr.ca)

Initiales : \_\_\_\_\_

**Annexe 15**

Certificat du comité de la recherche et de l'éthique de l'UQTR  
CER-16-22807.07 (page 1 de 2)

Le 25 octobre 2016

Madame Amélie Bélanger  
Étudiante  
Département des sciences infirmières

Madame,

Le comité d'éthique a reçu votre demande de certification pour le projet **Étude descriptive-comparative des pratiques de soins et d'organisation au CSSS de Drummonville pour la prise en charge des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) en regard de lignes directrices canadiennes** en date du 6 octobre 2016.

Lors de sa 228<sup>e</sup> réunion tenue le 21 octobre 2016, le Comité d'éthique, après analyse, a émis un avis favorable à l'attribution du certificat demandé.

Le certificat, dont une copie vous sera acheminée par courrier interne, porte le numéro CER-16-228-07.07 et sa période de validité s'étend du 25 octobre 2016 au 25 octobre 2017. Le certificat rappelle les obligations auxquelles s'engage un responsable de projet dans le contexte du suivi de la certification : nous vous invitons à en prendre connaissance.

Je vous souhaite la meilleure des chances dans vos travaux et vous prie d'agréer, Madame, mes salutations distinguées.

LA SECRÉTAIRE DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

FANNY LONGPRÉ  
Agente de recherche  
Décanat de la recherche et de la création

FL/mct

c. c. Mme Lyne Cloutier, professeure au Département des sciences infirmières

## Annexe 16

### Certificat du comité de la recherche et de l'éthique du CIUSSS MCQ CÉR-2016-026

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de la Mauricie-et-  
du-Centre-du-Québec

Québec 

Drummondville, le 9 septembre 2016

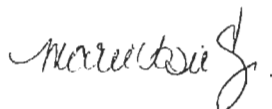
**Madame Amélie Bélanger**  
Étudiante à la maîtrise | UQTR  
3351, boul. des Forges  
Trois-Rivières (Québec) G9A 5H7

#### Objet : Autorisation à procéder au projet de recherche

Madame,

C'est avec plaisir que nous vous autorisons à réaliser la recherche intitulée *Étude descriptive-comparative des pratiques de soins au CSSS de Drummondville pour la prise en charge des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral en regard des lignes directrices canadienne*, et ce, dans le CIUSSS MCQ, installation Drummond. Cette autorisation vous permet de réaliser la recherche dans le lieu suivant : Unité de médecine, 7<sup>ième</sup> étage. Cette autorisation vous est accordée sur la certitude des documents que vous allez déposer auprès de notre établissement, notamment les lettres du CER de l'UQTR et du CIUSSS MCQ incluant l'examen de convenance pour le CSSS Drummond, qui établissent que votre projet de recherche a fait l'objet d'un examen scientifique et d'un examen éthique dont le résultat est positif. Cette autorisation est effective à partir de la date à laquelle vous obtiendrez vos numéros de chacune des deux certifications éthiques. Cette autorisation estime que vous vous engagez à vous conformer aux demandes du CER évaluateur, notamment pour le suivi éthique continu de la recherche.

Vous réitérant notre appui dans vos études, nous vous prions d'agréer, Madame Bélanger, nos sentiments les meilleurs.



## Références



- Abilleira, S., Ribera, A., Permanyer-Miralda, G., Tresserras, R., & Gallofre, M. (2012). Noncompliance with certain quality indicators is associated with risk-adjusted mortality after stroke. *Stroke*, 43(4), 1094-1100. <http://dx.doi.org/10.1161/strokeaha.111.633578>
- Abilleira, S., Ribera, A., Sanchez, E., Tresserras, R., & Gallofre, M. (2012). The Second Stroke Audit of Catalonia shows improvements in many, but not all quality indicators. *Int J Stroke*, 7(1), 19-24. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1747-4949.2011.00638.x>
- Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U., . . . Wein, A. (2003). The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology*, 61(1), 37-49.
- Agence de la santé publique du Canada. (2009). Points saillants: Suivi des maladies du coeur et des accidents vasculaires cérébraux au Canada 2009. Page consultée à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/2009-suivi-maladies-coeur-accidents-vasculaires-cerebraux-canada/points-saillants.html>
- Agence de la santé publique du Canada. (2011). *Suivi des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux (AVC) au Canada. Faits saillants sur les AVC 2011*. Page consultée à [http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/cvd-mcv/sh-fs-2011/pdf/StrokeHighlights\\_FR.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/cvd-mcv/sh-fs-2011/pdf/StrokeHighlights_FR.pdf)
- Armstrong, J. R., & Mosher, B. D. (2011). Aspiration pneumonia after stroke: intervention and prevention. *Neurohospitalist*, 1(2), 85-93. <http://dx.doi.org/10.1177/1941875210395775>
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2017). Prevention of Falls and Fall Injuries in the Older Adult. International Affairs and Best Practice Guidelines. Page consultée à [http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/FALL\\_PREVENTION\\_WEB\\_1207-17.pdf](http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/FALL_PREVENTION_WEB_1207-17.pdf)
- Baatiema, L., Otim, M. E., Mnatzaganian, G., de-Graft Aikins, A., Coombes, J., & Somerset, S. (2017). Health professionals' views on the barriers and enablers to evidence-based practice for acute stroke care: a systematic review. *Implementation Science*, 12(1), 74-74. <http://dx.doi.org/10.1186/s13012-017-0599-3>
- Baker, C., & Wong, D. (1987). Pain in Children: Comparison of Assessment Scales. *Pediatric Nursing*, 14(1).

- Barnard, S. L. (2011). Nursing dysphagia screening for acute stroke patients in the emergency department. *J Emerg Nurs*, 37(1), 64-67. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2010.11.002>
- Bayley, M. T., Hurdowar, A., Richards, C. L., Korner-Bitensky, N., Wood-Dauphinee, S., Eng, J. J., . . . Graham, I. D. (2012). Barriers to implementation of stroke rehabilitation evidence: findings from a multi-site pilot project. *Disabil Rehabil*, 34(19), 1633-1638. <http://dx.doi.org/10.3109/09638288.2012.656790>
- Bentz, B. A. (2015). Nonvitamin K antagonist oral anticoagulants in everyday practice: Stroke prevention in atrial fibrillation and treatment of venous thromboembolism. *J Am Assoc Nurse Pract*, 27(12), 721-731. <http://dx.doi.org/10.1002/2327-6924.12330>
- Blanc-Labarre, C., Delpont, B., Hervieu-Bègue, M., Osseby, G. V., Ricolfi, F., Thouant, P., . . . Béjot, Y. (2017). [Acute management of ischemic stroke in 2017]. *La Revue de Medecine Interne*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.revmed.2017.07.006>
- Bonaiuti, D., Sioli, P., Fumagalli, L., Beghi, E., & Agostoni, E. (2011). Acute medical complications in patients admitted to a stroke unit and safe transfer to rehabilitation. *Neurol Sci*, 32(4), 619-623. <http://dx.doi.org/10.1007/s10072-011-0588-2>
- Boussier, M.-G., & Mas, J.-L. (2009). *Accidents vasculaires cérébraux*. (R.-M. Dion Éd.). France.
- Brittain, K., Perry, S., Shaw, C., Matthews, R., Jagger, C., & Potter, J. (2006). Isolated urinary, fecal, and double incontinence: prevalence and degree of soiling in stroke survivors. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(12), 1915-1919. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2006.00987.x>
- Caminiti, C., Scoditti, U., Diodati, F., & Passalacqua, R. (2005). How to promote, improve and test adherence to scientific evidence in clinical practice. *BMC Health Services Research*, 5, 62.
- Carrión, S., Cabre, M., Monteis, R., Roca, M., Palomera, E., Serra-Prat, M., . . . Clave, P. (2015). Oropharyngeal dysphagia is a prevalent risk factor for malnutrition in a cohort of older patients admitted with an acute disease to a general hospital. *Clin Nutr*, 34(3), 436-442. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2014.04.014>
- Casaubon, L. K., Boulanger, J. M., Glasser, E., Blacquiere, D., Boucher, S., Brown, K., . . . Lindsay, P. (2016). Canadian stroke best practice recommendations: acute inpatient stroke care guidelines, Update 2015. *Int J Stroke*, 11(2), 239-252. <http://dx.doi.org/10.1177/1747493015622461>

- Center for Disease Control and Prevention. (2017). Stroke Statistics. Page consultée à <https://www.cdc.gov/stroke/facts.htm>
- Chen, C. H., Chen, M. C., Gibbs, H., Kwon, S. U., Lo, S., On, Y. K., . . . Zirlik, A. (2015). Antithrombotic treatment for stroke prevention in atrial fibrillation: The Asian agenda. *Int J Cardiol*, 191, 244-253. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijcard.2015.03.369>
- Chen, Y. D., Li, S. J., Sun, F. H., Liu, Y. Y., & Hu, W. L. (2011). Monitoring of medical complications after acute ischemic stroke in a neurological intensive care unit. *Eur Neurol*, 66(4), 204-209. <http://dx.doi.org/10.1159/000330551>
- Cheney, D. M., Siddiqui, M. T., Litts, J. K., Kuhn, M. A., & Belafsky, P. C. (2015). The Ability of the 10-Item Eating Assessment Tool (EAT-10) to Predict Aspiration Risk in Persons With Dysphagia. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 124(5), 351-354. <http://dx.doi.org/10.1177/0003489414558107>
- Crary, M. A., Carnaby, G. D., Shabbir, Y., Miller, L., & Silliman, S. (2016). Clinical variables associated with hydration status in acute ischemic stroke patients with dysphagia. *Dysphagia*, 31(1), 60-65. <http://dx.doi.org/10.1007/s00455-015-9658-6>
- Crudo, J. P., Hadiji, N., & Enjalbert, M. (2011). Les signes prédictifs de l'évolution des troubles de la déglutition après AVC. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 54, Supplement 1, e31-e32.
- Cumming, T. B., Thrift, A. G., Collier, J. M., Churilov, L., Dewey, H. M., Donnan, G. A., & Bernhardt, J. (2011). Very early mobilization after stroke fast-tracks return to walking: further results from the phase II AVERT randomized controlled trial. *Stroke*, 42(1), 153-158. <http://dx.doi.org/10.1161/strokeaha.110.594598>
- Dale, S., Levi, C., Ward, J., Grimshaw, J. M., Jammali-Blasi, A., D'Este, C., . . . Middleton, S. (2015). Barriers and enablers to implementing clinical treatment protocols for fever, hyperglycaemia, and swallowing dysfunction in the Quality in Acute Stroke Care (QASC) Project--a mixed methods study. *Worldviews Evid Based Nurs*, 12(1), 41-50. <http://dx.doi.org/10.1111/wvn.12078>
- Daniels, S. K., Anderson, J. A., & Petersen, N. J. (2013). Implementation of stroke dysphagia screening in the emergency department. *Nursing research and practice*, 2013, 304190-304190. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/304190>
- Dawson, A., Knox, J., McClure, A., Foley, N., & Teasell, R. (2013). Recommandations canadiennes por les pratiques optimales de soins de l'AVC.

- de Carvalho, F. A., Schwamm, L. H., Kuster, G. W., Bueno Alves, M., Cendoroglo Neto, M., & Sampaio Silva, G. (2012). Get with the guidelines stroke performance indicators in a brazilian tertiary hospital. *Cerebrovasc Dis Extra*, 2(1), 26-35. <http://dx.doi.org/10.1159/000339578>
- Di Carlo, A., Accetta, G., Bellan, M., Terni, G., Lamassa, M., Facchini, R., . . . Ferro, S. (2014). Quality indicators in acute stroke care: a prospective observational survey in 13 Italian regions. *Aging Clinical And Experimental Research*, 26(3), 279-286. <http://dx.doi.org/10.1007/s40520-013-0171-1>
- Diserens, K., Moreira, T., Hirt, L., Faouzi, M., Grujic, J., Bieler, G., . . . Michel, P. (2012). Early mobilization out of bed after ischaemic stroke reduces severe complications but not cerebral blood flow: a randomized controlled pilot trial. *Clinical Rehabilitation*, 26(5), 451-459. <http://dx.doi.org/10.1177/0269215511425541>
- Donabedian, A. (1978). The quality of medical care. *Science*, 200(4344), 856-864.
- Donabedian, A. (1985). Twenty years of research on the quality of medical care: 1964-1984. *Evaluation & The Health Professions*, 8(3), 243-265.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 121(11), 1145-1150.
- Donnellan, C., Sweetman, S., & Shelley, E. (2013a). Health professionals' adherence to stroke clinical guidelines: a review of the literature. *Health Policy*, 111(3), 245-263. <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.05.002>
- Donnellan, C., Sweetman, S., & Shelley, E. (2013b). Implementing clinical guidelines in stroke: a qualitative study of perceived facilitators and barriers. *Health Policy*, 111(3), 234-244. <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.04.002>
- Edmiaston, J., Connor, L. T., Loehr, L., & Nassief, A. (2010). Validation of a dysphagia screening tool in acute stroke patients. *Am J Crit Care*, 19(4), 357-364. <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2009961>
- EPTC2. (2010). Énoncé de politique des trois Conseils: Éthique de la recherche avec des êtres humains. Page consultée à [http://www.ger.ethique.gc.ca/pdf/fra/eptc2/EPTC\\_2\\_FINALE\\_Web.pdf](http://www.ger.ethique.gc.ca/pdf/fra/eptc2/EPTC_2_FINALE_Web.pdf)
- EPTC2. (2014). Énoncé de politique des 3 Conseils: Éthique de la recherche avec des êtres humains. Page consultée à [http://www.ger.ethique.gc.ca/pdf/fra/eptc2-2014/EPTC\\_2\\_FINALE\\_Web.pdf](http://www.ger.ethique.gc.ca/pdf/fra/eptc2-2014/EPTC_2_FINALE_Web.pdf)

- Fondation des maladies du coeur et de l'AVC. (2014). *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC*. Page consultée à [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2014/08/CSBPR2014\\_Overview\\_Methodology\\_FRE.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2014/08/CSBPR2014_Overview_Methodology_FRE.pdf)
- Gache, K., Leleu, H., Nitenberg, G., Woimant, F., Ferrua, M., & Minvielle, E. (2014). Main barriers to effective implementation of stroke care pathways in France: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*, 14, 95. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-14-95>
- Gillen, G. (2016). *Stroke Rehabilitation, A Function Based Approach* (3e éd.). St-Louis, Mo.: Elsevier.
- Gory, B., Piotin, M., Haussen, D. C., Steglich-Arnholm, H., Holtmannspötter, M., Labreuche, J., . . . Turjman, F. (2017). Thrombectomy in acute stroke with tandem occlusions from dissection versus atherosclerotic cause. *Stroke*, 48(11), 3145-3148. <http://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.117.018264>
- Gouily, P., & Dubard, V. (2013). Présentation de recommandations professionnelles. Accident vasculaire cérébral (AVC) : méthodes de rééducation de la fonction motrice chez l'adulte. *Kinésithérapie, la Revue*, 13(134), 2-4. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/j.kine.2012.11.027>
- Gouvernement du Canada. (2017). Accidents vasculaires cérébraux au Canada : Faits saillants du Système canadien de surveillance des maladies chroniques. Page consultée à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/accident-vasculaire-cerebral-canada-fiche-technique.html>
- Gowland, C., Stratford, P., Ward, M., Moreland, J., Torresin, W., Van Hullenaar, S., . . . Plews, N. (1993). Measuring physical impairment and disability with the Chedoke-McMaster Stroke Assessment. *Stroke* (00392499), 24(1), 58-63. <http://dx.doi.org/10.1161/01.STR.24.1.58>
- Greenwood, D. (1996). Nursing care plans: issues and solutions. *Nursing Management*, 27(3), 33-40.
- Grira, M., Damak, M., Ben Ammou, S., & Mhiri, C. (2008). Recommandations sur la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral à la phase aiguë *Revue maghrébine de Neurosciences*, 3.

- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. (2013). *The practice of nursing research : appraisal, synthesis, and generation of evidence* (7th ed.). St. Louis, Miss.: Elsevier/Saunders.
- Hall, R., Khan, F., O'Callaghan, C., Kapral, M., Cullen, A., & Levi, J. (2014). Ontario Stroke Evaluation Report 2014: On target for stroke prevention and care. Page consultée à <https://www.ices.on.ca/Publications/Atlases-and-Reports/2014/Ontario-Stroke-Evaluation-Report-2014>
- Hebert, C., Carrier, R., & Bilodeau, A. (1988). The fonctional Autonomie Measurement System (SMAF): Description and Validation of an Insrument for the Measurement of Handicaps. *Age and Ageing*, 17(5), 293-302.
- Heuschmann, P. U., Biegler, M. K., Busse, O., Elsner, S., Grau, A., Hasenbein, U., . . . Berger, K. (2006). Development and implementation of evidence-based indicators for measuring quality of acute stroke care: the Quality Indicator Board of the German Stroke Registers Study Group (ADSR). *Stroke*, 37(10), 2573-2578.
- Hinchey, J. A., Shephard, T., Furie, K., Smith, D., Wang, D., & Tonn, S. (2005). Formal dysphagia screening protocols prevent pneumonia. *Stroke*, 36(9), 1972-1976. <http://dx.doi.org/10.1161/01.STR.0000177529.86868.8d>
- Hinchey, J. A., Shephard, T., Tonn, S. T., Ruthazer, R., Selker, H. P., & Kent, D. M. (2008). Benchmarks and determinants of adherence to stroke performance measures. *Stroke*, 39(5), 1619-1620. <http://dx.doi.org/10.1161/strokeaha.107.496570>
- Hubbard, I. J., Harris, D., Kilkenny, M. F., Faux, S. G., Pollack, M. R., & Cadilhac, D. A. (2012). Adherence to clinical guidelines improves patient outcomes in Australian audit of stroke rehabilitation practice. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(6), 965-971. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2012.01.011>
- Ingeman, A., Andersen, G., Hundborg, H. H., Svendsen, M. L., & Johnsen, S. P. (2011). Processes of care and medical complications in patients with stroke. *Stroke*, 42(1), 167-172. <http://dx.doi.org/10.1161/strokeaha.110.599738>
- Institu national de santé publique du Québec. (2009). La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile/ Guide d'implantation-IMP, 2<sup>ème</sup> éd. Page consultée à [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/643-PreventChutesAinesVivantDomicile\\_2eEdi\\_1.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/643-PreventChutesAinesVivantDomicile_2eEdi_1.pdf)
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2016). Résultats d'une évaluation terrain. Portrait du traitement de l'accident vasculaire cérébral

ischémique en phase hyperaiguë au Québec en 2013-2014. Page consultée à [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Cardio/INESSS\\_Evaluationterrain\\_AVC.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Cardio/INESSS_Evaluationterrain_AVC.pdf)

Institut national de santé publique du Québec. (2005). Accidents vasculaires cérébraux au Québec. Étude de faisabilité sur la mise en place d'un système d'information à des fins de surveillance. Page consultée à <https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/416-AccidentsCerebrauxVasculairesQuebec.pdf>

Institut national de santé publique du Québec. (2009). La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile. Page consultée à [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/643-PreventChutesAinesVivantDomicile\\_2eEdi\\_1.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/643-PreventChutesAinesVivantDomicile_2eEdi_1.pdf)

Keach, J. W., Bradley, S. M., Turakhia, M. P., & Maddox, T. M. (2015). Early detection of occult atrial fibrillation and stroke prevention. *Heart*, 101(14), 1097-1102. <http://dx.doi.org/10.1136/heartjnl-2015-307588>

Khan, S., Amin, F. M., Holtmannspötter, M., Hansen, K., Florescu, A. M., Fakhri-Din, Z., . . . Ashina, M. (2017). Endovascular thrombectomy and post-procedural headache. *The Journal of Headache and Pain*, 18(1), 10-10. <http://dx.doi.org/10.1186/s10194-017-0719-0>

Kiekkas, P., Aretha, D., Bakalis, N., Karpouhtsi, I., Marneras, C., & Baltopoulos, G. I. (2013). Fever effects and treatment in critical care: literature review. *Australian Critical Care: Official Journal Of The Confederation Of Australian Critical Care Nurses*, 26(3), 130-135. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aucc.2012.10.004>

Kim, E. Y., Shin, D. H., Noh, Y., Goh, B. H., & Lee, Y.-B. (2016). Comparison of imaging selection criteria for intra-arterial thrombectomy in acute ischemic stroke with advanced CT. *European Radiology*, 26(9), 2974-2981. <http://dx.doi.org/10.1007/s00330-015-4141-1>

Koh, S. S., Manias, E., Hutchinson, A. M., Donath, S., & Johnston, L. (2008). Nurses' perceived barriers to the implementation of a Fall Prevention Clinical Practice Guideline in Singapore hospitals. *BMC Health Serv Res*, 8, 105. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-8-105>

Kovindha, A., Wattanapan, P., Dejpratham, P., Permsirivanich, W., & Kuptniratsaikul, V. (2009). Prevalence of incontinence in patients after stroke during rehabilitation: a multi-centre study. *J Rehabil Med*, 41(6), 489-491. <http://dx.doi.org/10.2340/16501977-0354>

- Kunkel, S., Rosenqvist, U., & Westerling, R. (2007). Quality improvement designs are related to the degree of organisation of quality systems: an empirical study of hospital departments. *Health Policy*, 84(2-3), 191-199.
- Lees, L., Sharpe, L., & Edwards, A. (2006). Nurse-led dysphagia screening in acute stroke patients. *Nursing Standard*, 21(6), 35-42.
- Leih, P., & Salentijn, C. (1994). Nursing diagnoses: a Dutch perspective. *J Clin Nurs*, 3(5), 313-320.
- Leira, R., Rodriguez-Yanez, M., Castellanos, M., Blanco, M., Nombela, F., Sobrino, T., . . . Castillo, J. (2006). Hyperthermia is a surrogate marker of inflammation-mediated cause of brain damage in acute ischaemic stroke. *J Intern Med*, 260(4), 343-349. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2796.2006.01694.x>
- Luker, J., & Grimmer-Somers, K. (2009). Factors influencing acute stroke guideline compliance: a peek inside the 'black box' for allied health staff. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15(2), 383-389. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2753.2008.01023.x>
- Luker, J. A., Wall, K., Bernhardt, J., Edwards, I., & Grimmer-Somers, K. (2010). Measuring the quality of dysphagia management practices following stroke: a systematic review. *Int J Stroke*, 5(6), 466-476. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1747-4949.2010.00488.x>
- Mackay, J., & Mensah, G. A. (2013). The atlas of heart disease and stroke. World health organization and Center for disease control and prevention. Page consultée à [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/resources/atlas/en](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en)
- Martino, R., Maki, E., & Diamant, N. (2014). Identification of dysphagia using the Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST©): are 10 teaspoons of water necessary? *Int J Speech Lang Pathol*, 16(3), 193-198. <http://dx.doi.org/10.3109/17549507.2014.902995>
- Masrur, S., Smith, E. E., Saver, J. L., Reeves, M. J., Bhatt, D. L., Zhao, X., . . . Schwamm, L. H. (2013). Dysphagia screening and hospital-acquired pneumonia in patients with acute ischemic stroke: findings from Get with the Guidelines--Stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis*, 22(8), e301-309. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2012.11.013>
- Matthews, M., & Mitchell, E. A. (2010). Causes and rehabilitation of urinary incontinence after stroke: a literature review. *Nursing & Residential Care*, 12(10), 474-478.



- McCluskey, A., Vratsistas-Curto, A., & Schurr, K. (2013). Barriers and enablers to implementing multiple stroke guideline recommendations: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*, 13, 323. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-13-323>
- Miao, M., Power, E., & O'Halloran, R. (2015). Factors affecting speech pathologists' implementation of stroke management guidelines: a thematic analysis. *Disabil and Rehabil*, 37(8), 674-685. <http://dx.doi.org/10.3109/09638288.2014.932444>
- Middleton, S., Levi, C., Ward, J., Grimshaw, J., Griffiths, R., D'Este, C., . . . Cadilhac, D. (2009). Fever, hyperglycaemia and swallowing dysfunction management in acute stroke: a cluster randomised controlled trial of knowledge transfer. *Implement Sci*, 4, 16. <http://dx.doi.org/10.1186/1748-5908-4-16>
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. (2013). Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral, Orientations ministérielles 2013-2018. Page consultée à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2013/13-944-01W.pdf>
- Mohr, J. P., Grotta, J. C., Mayberg, M. R., Moskowitz, M., von Kummer, R., & Wolf, P. A. (2011). *Stroke Pathophysiology, Diagnosis, and Management (Fifth Edition)* (pp. xxi). Saint Louis: W.B. Saunders.
- Moulin, S., & Leys, D. (2015). [Improvement of stroke management: The most important might still have to come]. *Presse Med*, 44(5), 499-501. <http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2015.05.001>
- Nieswiadomy, R. M. (2008). *Foundations of nursing research* (5th ed.). Upper Saddle River, N.J.: Pearson/Prentice Hall.
- Ordre des Audiologistes et des Orthophoniste de l'Ontario. (2014). Normes et lignes directrices de pratique sur l'intervention de l'orthophoniste en dysphagie. Page consultée à [http://www.caslpo.com/sites/default/uploads/files/PSG\\_FR\\_Dysphagia.pdf](http://www.caslpo.com/sites/default/uploads/files/PSG_FR_Dysphagia.pdf)
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2006). Le plan thérapeutique infirmier. La trace des décisions cliniques de l'infirmière. Page consultée à [https://www.oiiq.org/sites/default/files/222\\_doc\\_0.pdf](https://www.oiiq.org/sites/default/files/222_doc_0.pdf)
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2017). Plan thérapeutique infirmier: la responsabilité de l'infirmière Page consultée à <http://www.oiiq.org>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2010). Perspective de l'exercice de la profession infirmière. Page consultée à <http://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/encadrement-de-la-pratique/guides-de-pratique-clinique>

- Ordre professionnel des diététistes du Québec. (2013). Intervention spécifique du diététiste en dysphagie. Page consultée à [https://www.opdq.org/wp-content/uploads/2013/08/OPDQ\\_AvisDysphagie\\_2006.pdf](https://www.opdq.org/wp-content/uploads/2013/08/OPDQ_AvisDysphagie_2006.pdf)
- Organisation mondiale de la santé. (2018). Les chutes. Page consultée à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/fr/>
- Paci, M., Nannetti, L., Taiti, P., Baccini, M., Pasquini, J., & Rinaldi, L. (2007). Shoulder subluxation after stroke: relationships with pain and motor recovery. *Physiotherapy Research International*, 12(2), 95-104.
- Park, J. H., & Ovbiagele, B. (2015). Optimal combination secondary prevention drug treatment and stroke outcomes. *Neurology*, 84(1), 50-56. <http://dx.doi.org/10.1212/wnl.0000000000001099>
- Pérennou, D., El Fatimi, A., Masmoudi, M., Benaim, C., Loigerot, M., Didier, J. P., & Péliissier, J. (2005). [Incidence, circumstances and consequences of falls in patients undergoing rehabilitation after a first stroke]. *Annales de Readaptation et de Medecine Physique*: 48(3), 138-145.
- Pettersen, R., Stien, R., & Wyller, T. B. (2007). Post-stroke urinary incontinence with impaired awareness of the need to void: clinical and urodynamic features. *BJU International*, 99(5), 1073-1077.
- Potter, P., A., Perry, A., G., Stockert, P., A., & Hall, A., M.,. (2016). *Fondements généraux* (Vol. Tome 2) 4<sup>e</sup> ed. Chenelière Éducation: Montréal.
- Quinn, T. J., Paolucci, S., Sunnerhagen, K. S., Sivenius, J., Walker, M. F., Toni, D., & Lees, K. R. (2009). Evidence-based stroke r-e habilitation: an expanded guidance document from the european stroke organisation (ESO) guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41(2), 99-111. <http://dx.doi.org/10.2340/16501977-0301>
- Reaven, N. L., Lovett, J. E., & Funk, S. E. (2009). Brain injury and fever: hospital length of stay and cost outcomes. *Journal of Intensive Care Medicine (Sage Publications Inc.)*, 24(2), 131-139. <http://dx.doi.org/10.1177/0885066608330211>
- Rebello, L. C., Haussen, D. C., Belagaje, S., Anderson, A., Frankel, M., & Nogueira, R. G. (2015). Endovascular treatment for acute ischemic stroke in the setting of anticoagulation. *Stroke*, 46(12), 3536-3539. <http://dx.doi.org/10.1161/strokeaha.115.011285>

- Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires. (2011). La qualité des soins de l'AVC au Canada. Page consultée à <http://canadianstrokenetwork.ca/fr/wp-content/uploads/2014/08/QoSC-FR.pdf>
- Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires, & Fondation des maladies du coeur du Canada. (2010). Stratégie canadienne de l'AVC: Recommandations pour les pratiques optimales de soins de l'AVC. Page consultée à [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2011/04/2010BPR\\_FRENCH.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2011/04/2010BPR_FRENCH.pdf)
- Richards, C. (2013). Trajectoires de services de réadaptation post-AVC Un continuum centré sur la personne. Page consultée à [http://old.repar.ca/admin/files/images/Rapport\\_CarolRichards.pdf](http://old.repar.ca/admin/files/images/Rapport_CarolRichards.pdf)
- Rosamond, W., Johnson, A., Bennett, P., O'Brien, E., Mettam, L., Jones, S., & Coleman, S. (2012). Monitoring and improving acute stroke care: The North Carolina Stroke Care Collaborative. *N C Med J*, 73(6), 494-498.
- Santé et services sociaux. (2015). Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 2015-2020. Page consultée à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-717-01W.pdf>
- Saxena, M., Young, P., Pilcher, D., Bailey, M., Harrison, D., Bellomo, R., . . . Myburgh, J. (2015). Early temperature and mortality in critically ill patients with acute neurological diseases: trauma and stroke differ from infection. *Intensive Care Medicine*, 41(5), 823-832. <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-015-3676-6>
- Saxena, S. K., Ng, T. P., Yong, D., Fong, N. P., & Gerald, K. (2006). Total direct cost, length of hospital stay, institutional discharges and their determinants from rehabilitation settings in stroke patients. *Acta Neurol Scand*, 114(5), 307-314. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0404.2006.00701.x>
- Song, S., Fonarow, G. C., Olson, D. M., Liang, L., Schulte, P. J., Hernandez, A. F., Saver, J. L. (2016). Association of get with the guidelines-stroke program participation and clinical outcomes for medicare beneficiaries with ischemic stroke. *Stroke*, 47(5), 1294-1302. <http://dx.doi.org/10.1161/strokeaha.115.011874>
- Statistique Canada. (2017). *Causes de décès au Canada*. Page consultée à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2017001/article/14776-fra.htm>
- Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., & Brainin, M. (2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen. *Stroke*, 38(11), 2948-2952. <http://dx.doi.org/10.1161/strokeaha.107.483933>

- Tung, E. L., McTaggart, R. A., Baird, G. L., Yaghi, S., Hemendinger, M., Dibiasio, E. L., . . . Jayaraman, M. V. (2017). Rethinking thrombolysis in cerebral infarction 2b: which thrombolysis in cerebral infarction scales best define near complete recanalization in the modern thrombectomy era? *Stroke*, 48(9), 2488-2493. <http://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.117.017182>
- Turner-Lawrence, D. E., Peebles, M., Price, M. F., Singh, S. J., & Asimos, A. W. (2009). A feasibility study of the sensitivity of emergency physician dysphagia screening in acute stroke patients. *Ann Emerg Med*, 54(3), 344-348, 348.e341. <http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2009.03.007>
- van Vliet, P., Carey, L., & Nilsson, M. (2012). Targeting stroke treatment to the individual. *Int J Stroke*, 7(6), 480-481. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1747-4949.2012.00867.x>
- Verheyden, G. S., Weerdesteyn, V., Pickering, R. M., Kunkel, D., Lennon, S., Geurts, A. C., & Ashburn, A. (2013). Interventions for preventing falls in people after stroke. *Cochrane Database Syst Rev*(5), Cd008728. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD008728.pub2>
- Ward, A. B. (2007). Hemiplegic shoulder pain. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 78(8), 789-789.
- Westendorp, W. F., Vermeij, J. D., Vermeij, F., Den Hertog, H. M., Dippel, D. W., van de Beek, D., & Nederkoorn, P. J. (2012). Antibiotic therapy for preventing infections in patients with acute stroke. *Cochrane Database Syst Rev*, 1, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008530.pub3/epdf>
- Wewers, M., & Lowe, N. (1990). A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena. *Research in Nursing & Health*, 13(4).
- Yeh, S. J., Huang, K. Y., Wang, T. G., Chen, Y. C., Chen, C. H., Tang, S. C., . . . Jeng, J. S. (2011). Dysphagia screening decreases pneumonia in acute stroke patients admitted to the stroke intensive care unit. *J Neurol Sci*, 306(1-2), 38-41. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jns.2011.04.001>