



**INTERVENTIONS INFIRMIERES POUR AMELIORER LA
QUALITE DE VIE DES PATIENTS VIVANT AVEC LES
SEQUELLES D'UN ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL**

PAULINE TOUTAIN

Étudiante Bachelor – Filière Soins infirmiers

FAUSTINE DUC

Étudiante Bachelor – Filière Soins infirmiers

Directrice de travail : VERONIQUE DE GOUMOENS

**TRAVAIL DE BACHELOR DÉPOSÉ ET SOUTENU A LAUSANNE EN JUILLET 2017 EN VUE DE
L'OBTENTION D'UN BACHELOR OF SCIENCE HES-SO EN SOINS INFIRMIERS**

**Haute Ecole de Santé Vaud
Filière Soins infirmiers**

RÉSUMÉ

Problématique : Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) provoquent des séquelles physiques ou psychologiques qui provoquent des changements dans la qualité de vie du patient.

Objectifs : Donner des interventions infirmières précoces qui permettront au patient d'améliorer sa qualité de vie.

Méthode : Pour la recherche d'articles scientifiques, les bases de données CINAHL et Pubmed ont été utilisées. Ceci a permis de sélectionner six articles qui ont été analysés à l'aide de deux grilles d'analyse issues du Fortin (2010). Ces articles ont été choisis en regardant la langue (français et anglais), la limite dans le temps (maximum dix ans) et la correspondance avec la question de recherche.

Résultats : La synthèse des résultats a fait émerger les trois thèmes suivants : la qualité de vie, l'estime de soi et l'espoir.

Discussion : L'articulation des résultats se fait avec la théorie de la gestion des symptômes. Le fait de minimiser les déficits fonctionnels, d'augmenter le niveau de dépendance, de soutenir les proches, faire des tournées infirmières privilégiant le confort et l'absence de péjoration de l'état de santé du patient ainsi que l'évaluation de l'estime de soi et la recherche d'une symptomatologie dépressive sont des interventions infirmières permettant de répondre à la question de recherche initiale.

Conclusion : Ce travail permet aux infirmières d'avoir des pistes pour des interventions pratiques qui aideront le patient à améliorer sa qualité de vie. Le travail interdisciplinaire doit également être favorisé, ce qui permettra une prise en charge holistique du patient ayant subi un AVC.

Mots-clés : accident vasculaire cérébral, interventions infirmières, qualité de vie

AVERTISSEMENT

Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteurs et en aucun cas celle de la Haute Ecole de Santé Vaud, du Jury ou du Directeur du Travail de Bachelor.

J'atteste/nous attestons avoir réalisé seul-e(s) le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste de références.

Juillet 2017, Toutain Pauline et Duc Faustine

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier Mme de Goumoëns, directrice du travail de bachelor, pour sa disponibilité et son investissement. Ses pistes de réflexion et son expertise ont permis d'étayer notre réflexion et d'ouvrir notre champ de recherche et de nous guider pour l'élaboration de ce travail.

TABLE DES MATIÈRES

1.	Introduction	1
1.1.	Problématique.....	1
1.1.1.	Physiopathologie de l'AVC.....	1
1.1.2.	Qualité de vie.....	2
1.1.3.	Réadaptation.....	3
1.1.4.	Cadre théorique	4
1.1.5.	Concepts de la théorie	4
2.	Méthodes	7
2.1.	Outil PICOT	7
2.2.	Stratégies de recherches documentaires	7
2.2.1.	Filtres.....	7
2.2.2.	Critères d'inclusion	8
2.2.3.	Critères d'exclusion.....	8
2.3.	Equations de recherche et articles sélectionnés.....	8
3.	Résultats.....	10
3.1.	Principaux thèmes issus des résultats	24
3.1.1.	Qualité de vie.....	24
3.1.2.	Statuts émotionnels.....	25
3.2.	Synthèse des résultats.....	27
4.	Discussion.....	29
4.1.	Perspectives et principaux résultats avec le cadre de référence choisi.....	29
4.2.	Réponse à la question de recherche et implications pour la pratique.....	31
4.3.	Caractère généralisable des résultats	32
4.4.	Implications pour la recherche et limites des articles retenus	32
4.5.	Limites du travail.....	33
5.	Conclusion.....	35
	Liste de références.....	36
	Annexes.....	38

1. INTRODUCTION

Selon la revue médicale Swiss medical weekly (2009), le pourcentage de patients décédant dans les trois premiers mois suivant un accident vasculaire cérébral (AVC) s'élève de 20 à 30%. La mortalité diminue de 30% avec un diagnostic précoce et une prise en charge rapide. Selon l'Association Suisse des personnes cérébrolésées et de leurs proches, « Fragile Suisse », il y a 16'000 nouveaux cas d'AVC par an en Suisse : « les AVC sont la troisième cause de mortalité ». Ils sont également la première cause de handicap non traumatique chez l'adulte. Après un AVC, quatre possibilités ressortent de manière égale: la présence de séquelles non-invalidantes, la nécessité d'aide pour la récupération des fonctions, la dépendance ou la mort. Une personne sur six est touchée par un AVC durant sa vie et ce chiffre augmente avec l'allongement de l'espérance de vie. En revanche, les progrès médicaux et la prévention peuvent faire diminuer la fréquence de ces accidents. Selon l'association Fragile Suisse, environ 75% des AVC touchent des personnes âgées de plus de 65ans. A 75ans, le risque est trois fois plus élevé qu'à 65ans. Malheureusement, un quart des victimes n'ont pas encore atteint l'âge de la retraite.

1.1. Problématique

1.1.1. Physiopathologie de l'AVC

Un AVC correspond à une perturbation de l'irrigation de certaines cellules du cerveau, ce qui conduit à un déficit neurologique localisé (Brunner et Suddarth, 2011). En effet, les cellules nerveuses de la zone sont endommagées et périssent : les fonctions corporelles perturbées après l'AVC et la sévérité des séquelles dépendent de l'étendue et de la situation de la région touchée. Il y a deux types d'AVC :

Les accidents ischémiques

Ils sont les plus fréquents (80%). L'AVC ischémique est provoqué par un caillot qui obstrue un vaisseau sanguin du cerveau, empêchant ainsi l'apport de sang et d'oxygène aux cellules cérébrales dans la région touchée (Jarvis, 2010).

Les accidents hémorragiques

Ils sont provoqués par la rupture d'un vaisseau. Il existe différentes étiologies. La plus fréquente est une atteinte dégénérative des petites artères perforantes liée à l'hypertension artérielle. L'hématome se forme rapidement. Puis, un œdème se forme autour de l'hématome, ce qui aggrave la compression du cerveau dans la boîte crânienne, entraînant ou aggravant une hypertension intra-crânienne (HTIC). L'hématome peut se rompre dans un ventricule cérébral. La rupture d'un anévrisme artériel au sein des espaces sous-arachnoïdiens provoque une hémorragie méningée, qui peut être associée à une inondation ventriculaire ou à un hématome intraparenchymateux (= hémorragie intracérébrale) (Brunner et Suddarth, 2011).

Une lésion cérébrale bouleverse profondément la vie de la personne atteinte et celle de ses proches. Suivant l'étendue et la région du cerveau qui est touchée, cette personne n'a plus les mêmes capacités que par le passé. Certaines fonctions cérébrales ne sont plus disponibles ou seulement de manière aléatoire. En plus d'un handicap visible, il existe de nombreux déficits invisibles que les autres ne perçoivent souvent pas de prime abord. (Fragile suisse [Fragile], 2016)

Fréquemment, il peut y avoir, une paralysie ou une faiblesse d'un côté du corps (hémisyndrome sensitivo-moteur), des problèmes de vision, des troubles d'expression ou de compréhension orale, une incapacité de reconnaître ou d'utiliser des objets familiers, des difficultés à apprendre et à mémoriser de l'information nouvelle et de la fatigue généralisée. Au niveau psychologique, une dépression, des réactions émotionnelles exagérées ou déplacées ou encore des changements de personnalité peuvent faire partie des séquelles de l'AVC (Jarvis, 2010).

1.1.2. Qualité de vie

L'infirmière ne doit pas seulement se concentrer sur les séquelles physiques apparentes. Elle doit également se pencher sur le bien-être psychologique, social, culturel et spirituel qui sont les cinq dimensions de l'être humain. Toutes ces dimensions vont donc influencer sur la modification de la qualité de vie du patient. La qualité de vie selon l'OMS (1993) est définie comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement. »

Selon Dadah et al (2013), l'AVC constitue une cause majeure de mortalité et de handicap chez les survivants. La qualité de vie dépend de la nature du handicap et de sa perception par le patient, son entourage et la communauté. Elle dépend également de l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne (AVQ). Par exemple, la capacité à se nourrir, à effectuer les soins d'hygiène et la mobilité. Un point important à relever est l'incontinence urinaire ou fécale suite à des lésions neurologiques. Cette perte d'autonomie a une influence sur l'estime de soi. L'estime de soi est définie par de Saint Paul (2000) de la manière suivante : « l'estime de soi correspond à la valeur que nous nous donnons, le jugement personnel que nous portons sur nous-mêmes. Cette évaluation se rapporte à quelque chose qui nous sert de mesure : l'idéal du moi. Plus l'idéal du moi est réaliste, meilleure sera l'estime de soi. Vu les conséquences qu'un AVC peut engendrer, l'estime de soi de ces patients peut être diminuée. Il est important que l'infirmière les informe et les rassure sur les suites de l'accident. Elle doit les accompagner dans le processus de réadaptation tout en augmentant petit à petit l'estime de soi du patient, en vue d'améliorer sa qualité de vie. De plus, une autre atteinte psychologique peut résulter de l'AVC. D'après Arba et al (2016), les troubles de l'humeur sont fréquents après un AVC et sont associés à une

moins bonne qualité de vie. D'après cette étude, près de un cinquième des patients ont développés une dépression ou de l'anxiété un an après l'accident. La taille de la lésion a un impact sur les troubles de l'humeur. En effet, une lésion plus petite a un impact moindre sur l'anxiété et la dépression par rapport à un infarctus cérébral sévère. Tous ces éléments altèrent la qualité de vie et peuvent empêcher le patient encore actif professionnellement de reprendre son travail ou de se réintégrer socialement.

1.1.3. Réadaptation

C'est une partie importante du processus de rétablissement. L'objectif de tout programme de réadaptation est d'aider le patient à regagner autant d'autonomie que possible, bien qu'il soit probable que le patient ne retrouve pas totalement toutes ses fonctions. La réadaptation ne peut pas « guérir » les lésions cérébrales. Mais, elle permet de réapprendre à se servir de son corps qui a subi des modifications. Selon Theofanidis (2015), il y a plusieurs stades de la réadaptation après un AVC durant la première année : Le premier stade surgit du premier au septième jour et serait la phase de surprise et de suspens incluant les étapes précoces de la réadaptation. Ce stade aigu se passe à l'hôpital. Le deuxième stade se manifeste de la première semaine à la huitième semaine et elle inclut une grande charge de travail dans le but de retrouver les fonctions motrices. Cette phase se déroule en centre de réadaptation ou dans un environnement de réadaptation, comme des centres spécialisés. Le troisième stade émerge de la huitième semaine à six mois ou plus après l'AVC. Cette phase comprend la réhabilitation continue qui se centre sur la dimension psychosociale, les ajustements pratiques et la compréhension de l'accident. Cette phase se passe à domicile avec des rendez-vous en ambulatoire. Le dernier stade apparaît de six mois à une année au plus après l'AVC. Il permet d'ajuster, sur le long terme, les effets de l'AVC et de continuer à vivre malgré l'accident. Cette phase se poursuit au domicile du patient.

Ce sujet est important à traiter pour la discipline infirmière car l'infirmière doit faire appel à ses compétences mais doit aussi solliciter l'équipe interprofessionnelle afin d'obtenir une prise en charge optimale du patient. L'AVC nécessite une prise en charge rapide afin d'éviter qu'un trop grand territoire du cerveau ne soit atteint et d'empêcher la mort cérébrale. Une observation, un suivi assidu ainsi qu'une évaluation neurologique complète et régulière permettent d'avoir un pronostic et de constater l'impact que l'AVC aura sur la qualité de vie du patient. Vu la prévalence du nombre d'accidentés vasculaires cérébraux, les infirmières sont amenées tout au long de leur carrière professionnelle à en rencontrer. En effet, elles ne les rencontreront pas uniquement en service de neurologie ou en soins aigus mais également en établissement médico-social (EMS), dans les centres de réadaptation (CTR), à domicile ou encore en psychiatrie.

1.1.4. Cadre théorique

Un changement de l'état de santé se manifeste par des symptômes. Ces symptômes sont vécus par les personnes en fonction de leurs perceptions et de leurs croyances.

Les conséquences physiques, cognitives et psychologiques qui surviennent après un accident vasculaire cérébral (AVC) peuvent se traduire par une multitude de symptômes. C'est pourquoi, pour ce travail, la théorie choisie est celle de la gestion des symptômes de Janice Humphrey (2008) comme cadre de référence.

Cette théorie a été introduite en 1994 par des chercheurs de la faculté des sciences infirmières de l'université de Californie à San Francisco (UCSF), en s'inspirant en partie, de la théorie des auto-soins de Dorothea Orem. Elle a ensuite été affinée en 2001 par Dood, Janson & al., puis en 2008 par Janice Humphreys. Le modèle a été modifié en 2001 car l'UCSF a décrété que « le rôle des patients dans leur pratique d'auto-soins, les stratégies de gestion des symptômes qu'ils avaient développées et les résultats qu'ils souhaitaient obtenir » n'étaient pas mis en évidence. C'est en 2001 que les trois domaines centraux ont été définis : personne, environnement et santé/maladie.

Il s'agit d'une théorie de niveau intermédiaire de type explicative. C'est-à-dire qu'elle vise à clarifier les relations entre les caractéristiques d'un phénomène. Cette théorie permet de définir et de valider les symptômes ressentis par les patients et ainsi de développer des stratégies de coping.

Selon Eicher & al. (2013), « placer l'expérience vécue des symptômes des personnes atteintes de maladies chroniques à la base du processus de soins infirmiers représente actuellement un enjeu de la pratique infirmière. Structurer et organiser cette pratique avec une théorie intermédiaire est une condition essentielle au développement de la discipline infirmière. » (p.14). Le but de cette théorie est d'optimiser les soins dans l'intérêt des patients. La profession infirmière est en première ligne lorsqu'il s'agit de la gestion des symptômes. Les infirmières pourront alors dispenser des stratégies individualisées.

1.1.5. Concepts de la théorie

Les trois concepts du métaparadigme des sciences infirmières c'est-à-dire la personne, l'environnement et la santé/maladie influencent les trois principaux concepts de la théorie de gestion des symptômes qui sont : 1) l'expérience des symptômes (perception, évaluation et réponses aux symptômes) ; 2) les stratégies de gestion des symptômes ; et 3) les effets obtenus (outcomes) sur l'état des symptômes (Landers in Fitzpatrick & McCarthy, 2014, p. 38).

Tout d'abord, le concept de la personne représente des indices démographiques, psychologiques, sociologiques et physiologiques. Ils sont liés au sexe et à la maturité de l'individu et peuvent varier selon les symptômes. Dans ce travail, le domaine de la personne correspond à un patient adulte, de plus de 50

ans, ayant été victime d'un AVC, et se trouvant en phase aigüe de la réhabilitation. Le genre n'a pas été défini.

L'environnement représente le contexte dans lequel un symptôme apparaît. Il prend en compte des composantes physiques, sociales et culturelles. Dans ce travail, l'environnement physique sera le milieu hospitalier. Les environnements social et culturel ne sont pas spécifiés.

Enfin, le concept santé/maladie définit l'état de santé ou l'état pathologique de patient. Il regroupe les facteurs de risques, les traumatismes ou les handicaps. Dans ce travail, ceci regroupe toutes les séquelles dont peut souffrir un patient ayant subi un AVC, notamment les déficits moteurs.

Les trois concepts centraux de la théorie sont : 1) l'expérience des symptômes, 2) les stratégies de gestion des symptômes et 3) les effets obtenus sur l'état des symptômes :

En premier lieu, l'expérience des symptômes rassemble la perception des symptômes par la personne, l'évaluation de ces derniers (signification pour la personne) et la/les réponse(s) à ceux-ci. C'est en quelque sorte le recueil de données complet du patient. La perception des symptômes traduit toute modification perçue par l'individu par rapport à son état de santé habituel. L'évaluation des symptômes décrit le degré de sévérité, l'origine, les traitements ainsi que la répercussion que ces symptômes ont sur le patient. Selon Dood & al. (2001) : « L'évaluation d'un symptôme comprend son intensité, sa localisation, sa nature temporelle, sa fréquence et son impact affectif. L'auto-évaluation des symptômes est considérée comme le Gold Standard pour mesurer les symptômes. » (p.672). La/les réponses à ces symptômes peuvent être physiologiques, psychologiques et comportementales. Un seul symptôme peut déclencher plusieurs réponses. (Dood & al., 2001)

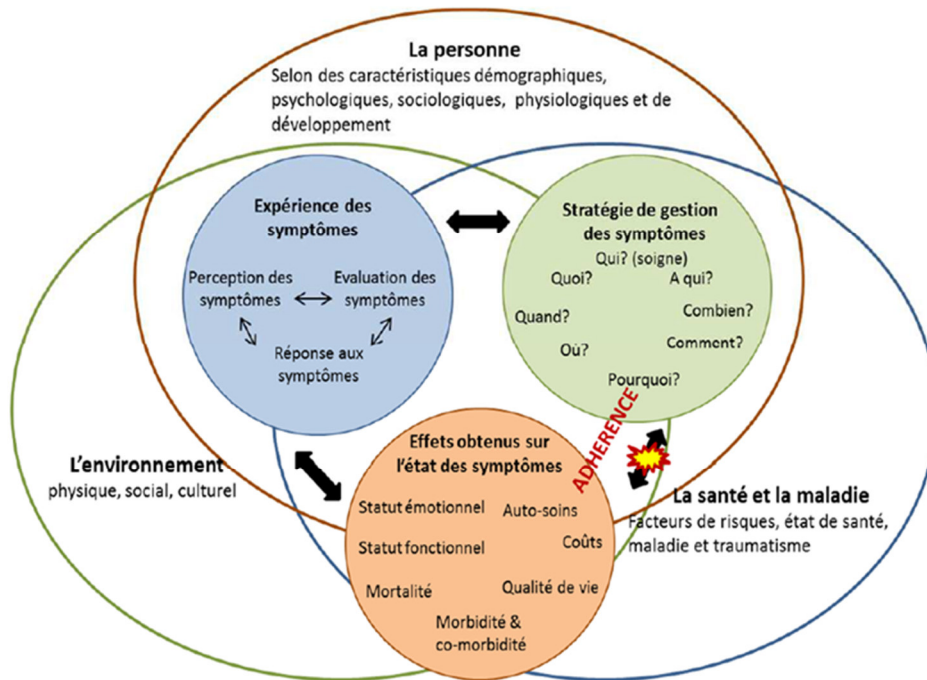
Deuxièmement, la stratégie de gestion des symptômes comprend les auto-soins, les interventions infirmières et interdisciplinaires ainsi que les stratégies biomédicales. Afin de mieux gérer ces manifestations, il est nécessaire de choisir la meilleure stratégie selon le recueil de données.

Pour finir, les effets obtenus sur l'état des symptômes sont quantifiables et distincts afin d'évaluer l'efficacité de la stratégie mise en place. Cela permet alors une diminution des symptômes. Ces effets obtenus se basent sur huit composantes : le statut fonctionnel, le statut émotionnel, l'auto-soin, les coûts, la qualité de vie, la morbidité, la comorbidité et la mortalité.

Lorsqu'il n'y a pas de liens entre les principaux concepts, c'est tout le processus de gestion des symptômes qui est perturbé. Ce lien est aussi appelé adhérence. Une rupture peut apparaître (schématisée par une flèche brisée sur l'image) lorsque les stratégies sont trop exigeantes, ne sont pas appliquées ou sont appliquées de façon fluctuante. (Humphreys & al., 2014, p. 146). L'adhérence est sous le contrôle du patient ou des membres de la famille. Certaines caractéristiques des professionnels de la santé et du système de soins peuvent aussi l'influencer. (Dodd & al., 2001, p. 674). De plus, des facteurs situés dans

les domaines de la personne, l'environnement et la santé/maladie peuvent contribuer à une non adhérence dans la gestion des symptômes (Humphreys & al., 2014, p. 146).

Figure 1 : schéma théorique de la théorie de la gestion des symptômes (traduction du schéma publié par Dodd, Janson, et al., 2001), utilisé selon l'accord de Manuela Eicher



2. METHODES

Dans cette partie du travail, les outils méthodologiques ayant servis à l'élaboration de la question de recherche seront présentés. D'autre part, apparaîtront également les stratégies de recherche documentaires permettant de répondre à la problématique. Tout d'abord, l'outil PICOT sera présenté. Ensuite, les équations de recherche documentaires aboutissant à la sélection d'articles sur les bases de données seront explicitées.

2.1. Outil PICOT

Cet outil permet de cibler la population, les interventions, les comparaisons ou les contextes, les résultats et le temps.

Population : patients adultes, de plus de 50 ans, hospitalisés, souffrant de handicap après un AVC.

Interventions / phénomène d'intérêt : interventions infirmières dans l'accompagnement pour le recouvrement de la qualité de vie.

Comparaison : /

Outcomes / résultats souhaités : Retrouver une meilleure qualité de vie malgré les séquelles

Temps : phase précoce et réhabilitation

Cet acronyme a permis d'élaborer la question de recherche suivante : *Quelles sont les interventions infirmières précoces qui permettent à une personne ayant subi un AVC d'améliorer sa qualité de vie ?*

2.2. Stratégies de recherches documentaires

Afin de réaliser ce travail de recherche, l'emploi de plusieurs bases données a été nécessaire. Tout d'abord, la base de données *CINAHL* qui comprend les articles scientifiques traitant la discipline infirmière et du domaine de la santé a été utilisée. Dans un second temps, des recherches ont été effectuées sur *PubMed*, une autre base de données relative à la médecine et à la biologie. Enfin, certains articles ont été recherché et repéré avec « l'effet boule de neige », c'est-à-dire grâce à des références de revue de littérature recherchées en parallèle sur *Google Scholar*.

2.2.1. Filtres

Les résultats du PICOT énoncés précédemment, ont permis de cibler la recherche et choisir les articles correspondants. La population étudiée correspond à des adultes de plus de 50 ans hospitalisés et souffrant de séquelles après un AVC. Seul les articles ayant un intérêt pour la discipline infirmière ont été retenus. Une limite chronologique de dix ans a été posée afin de trouver des articles correspondants

aux dernières pratiques et connaissances. Le but de cette limitation est de proposer une avancée des sciences infirmières. De plus, les articles traitant des sujets en lien avec la qualité de vie ont été préférés.

2.2.2. Critères d'inclusion

Certaines revues de littérature ont permis de rechercher par la suite la source primaire en lien. Finalement, seules les sources primaires rédigées en anglais ou en français ont été retenues.

2.2.3. Critères d'exclusion

Tous les articles ne correspondant pas à la question de recherche et aux critères d'inclusion n'ont pas été conservés.

2.3. Equations de recherche et articles sélectionnés

Ce tableau de mots-clés créé selon l'outil PICOT a permis d'établir la recherche de terme CINAHL.

PICOT	Mots-clés	CINHAL
Population : patients adultes, de plus de 50 ans, hospitalisés, souffrant de handicap après un AVC.	Stroke Stroke recovery Inpatient stroke Stroke patient Stroke care	Stroke Stroke inpatient Acute inpatient stroke
Interventions/ phénomène d'intérêt : interventions infirmières dans l'accompagnement dans le recouvrement de la qualité de vie et/ou le bien-être.	Nursing Nursing care Nursing rehabilitation Nursing intervention	Nursing interventions Nursing care Nursing
Comparaisons : -	-	-
Outcomes / résultats souhaités : Retrouver une qualité de vie	Quality of life Hemiplegia	Quality of life Functionnal status Functionnal Communication (Depression)
Temps : phase précoce, phase aiguë et réhabilitation	Rehabilitation Acute phase 6 months	Acute care Stroke inpatients rehabilitation

Pour la base de données CINAHL, les mots-clés suivants ont permis de trouver des articles correspondants à la question de recherche :

- Stroke AND Quality of life AND Fonctionnal (439 résultats)
- Stroke AND Nursing care AND Acute care (216 résultats)
- Stroke AND Quality of life AND Nursing care (105 résultats)
- Stroke inpatients rehabilitation AND Nursing AND Fonctionnal status (28 résultats)
- Acute inpatient stroke AND depression AND nursing (5 résultats)

Pour la base de données PubMed, un seul article a été trouvé et ce par « effet boule de neige ».

3. RÉSULTATS

Suite à la recherche, une lecture puis une analyse critique des six articles sélectionnés ont été réalisées. Pour se faire, les grilles d'analyse d'étude qualitative et quantitative issues du Fortin (2010) ont été utilisées. Celles-ci se trouvent en annexe [Annexe I- VI]. Dans cette partie du travail, une synthèse des résultats est présentée pour chaque article sous forme de tableaux et de résumés. Ceci permettra une lecture rapide et efficace des principaux résultats et thèmes abordés. À l'issue de la confection des grilles, trois sujets principaux ont émergés. Ceux-ci correspondent à la théorie de la gestion des symptômes ainsi qu'à la question de recherche.

Predictors of functional level and quality of life at 6 months after a first-ever stroke : the KOSCO study

Chang, W.H., Sohn, M.K., Lee, J., Kim, D.Y., Lee, S.-G., Shin, Y.I., Oh, G.J., Lee, Y.S., Joo, M.C., Han, E.Y., Kang, C., Kim, Y.-H

But	Population	Méthode
<p>Déterminer les facteurs indiquant le niveau fonctionnel et la qualité de vie chez un patient ayant subi un premier AVC.</p>	<p>8521 participants (N=8521) dont 80.1% d'AVC ischémiques et 19.9% d'AVC hémorragiques. Patient ayant fait un AVC pour la première fois. 6mois post-AVC. Recruté par le groupe KOSCO entre aout 2012 et octobre 2014. Il faut avoir suivi le programme KOSCO consistant à travailler un jour en atelier. Les patients doivent faire partie des hôpitaux dans lesquelles KOSCO travaillent, doivent avoir fait leur premier AVC et doivent suivre un programme 6mois après leur AVC. AVC hémorragique ou ischémique mais transitoire exclu.</p>	<p>Utilisation de deux échelles. La première aidant à quantifier le degré de dépendance (FMI) et la deuxième mesurant la qualité de vie (EQ-5D).</p>
Résultats		
<p>Corrélation entre les deux échelles 6mois après l'AVC quel qu'en soit l'origine (hémorragique ou ischémique). (P<0.001) Corrélation significative entre l'échelle FMI et les AVC ischémiques. (P<0.05)</p>		
<p>Sur un premier schéma, il y a l'analyse (sur 2857 patients) afin de savoir si le patient est atteint d'un AVC ischémique ou hémorragique. La majeure partie (2289 participants) étaient atteints d'un AVC ischémique contre 568 hémorragique. Plus le niveau d'indépendance est bas, moins bonne sera la qualité de vie. (P<0.05) Les années d'éducation, les fonctions motrices et le langage à la sortie étaient des prédicteurs positifs pour la qualité de vie dans la phase chronique des patients atteints d'AVC ischémiques. Pour les AVC hémorragiques, plus la réhabilitation progresse meilleure est la qualité de vie.</p>		
Limites		
<p>4.8% d'informations manquantes concernant la récolte des données sur les participants. Personnes aphasiques ou ayant des pertes cognitives trop importantes pour suivre l'étude exclues. Les notions de dépression et d'anxiété n'ont pas été traitées et cela aurait pu être inclus dans l'étude. Le statut émotionnel n'a pas été abordé alors qu'il a un grand lien avec la qualité de vie. Il s'agit d'une étude effectuée en Corée et qui est donc une communauté différente de la nôtre.</p> <p>Interventions infirmières Informations utiles pour procurer des soins adaptés et systématiques au patient → utilisation des deux échelles. Empathie et écoute. Se renseigner sur le mode de vie avant l'AVC pour comprendre les facteurs prédictifs</p>		

Dans cette étude il s'agit de déterminer les facteurs indiquant le niveau fonctionnel et la qualité de vie chez un patient ayant subi un premier AVC. Pour se faire, un échantillon de plus de 8000 patients a été retenu. Pour y participer, les patients devaient avoir été victime d'un premier AVC dans les six derniers mois. Ils devaient avoir été choisi par la KOSCO qui est la cohorte coréenne pour le fonctionnement et la réadaptation après un accident vasculaire cérébral. Les patients devaient avoir été hospitalisés dans un des hôpitaux où la KOSCO travaille. Ils doivent avoir suivi un programme durant les six premiers mois après leur AVC. Les AVC ischémiques et hémorragiques étaient choisis mais les transitoires furent exclus. Au final, l'étude est composée de 8521 participants dont 80.1% ayant fait un AVC ischémique et 19.9% un AVC hémorragique. Afin de déterminer les liens entre la qualité de vie et le niveau fonctionnel, la cohorte a choisi de sélectionner deux échelles. Il s'agit de la FIM qui aide à quantifier le degré de dépendance et de la EQ-5D mesurant la qualité de vie. Les résultats démontrent qu'il y a une corrélation entre les deux échelles. En effet, plus le niveau d'indépendance est bas, moins bonne sera la qualité de vie. Ceci révèle donc que la réhabilitation a un rôle important dans l'amélioration de la qualité de vie du patient. Il a été démontré également que l'âge, le niveau d'étude, les fonctions motrices et langagières sont des facteurs favorisant une bonne qualité de vie. Cette étude comporte plusieurs limites. La première est celle de la situation géographique. En effet, cet article est effectué en Corée. Il existe donc des différences de cultures à prendre en compte. Il y a eu un nombre important (4.8%) d'informations manquantes lors de la récolte de données. Les personnes étant aphasiques ou ayant des troubles cognitifs trop importants après l'AVC ont été exclus de l'étude. Une autre remarque relève le fait que les aspects psychologiques et émotionnels n'ont pas été inclus alors qu'ils ont de grandes répercussions sur la qualité de vie des patients. Pour la pratique infirmière, il est intéressant de prendre connaissances des deux échelles servant à évaluer le niveau fonctionnel ainsi que la qualité de vie de la patientèle ayant été victimes d'un AVC. Ceci permettra de mieux comprendre la situation et de savoir où et comment agir pour que la personne retrouve une meilleure qualité de vie. Il faut donc faire preuve d'empathie et d'être à l'écoute des patients. Prendre connaissance du mode de vie que la personne adoptait avant l'AVC afin de mieux comprendre l'abaissement de la qualité de vie est également primordial.

Quality of life in stroke survivor-caregiver dyads: a new conceptual framework and longitudinal study protocol

Savini, S., Buck, H., Vaughan Dickson, V., Simeone, S., Pucciarelli, G., Fida, R., Matarese, M., Alvaro, R., & Vellone, E. (2014)

But	Population	Méthode
<p>Décrire la qualité de vie des survivants des AVC et de leur soignant de la réhabilitation à l'hôpital jusqu'à 12 mois après et examiner la situation avant l'AVC, la nouvelle situation après l'AVC et les supports sociaux dans l'environnement.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pour les patients : Diagnostic de l'AVC, être dans un hôpital de réadaptation, avoir une volonté écrite de participer à l'étude. • Pour les soignants : identifié comme le soignant principal non payé par le patient. Accord sous forme écrite du patient à participer à l'étude. • Minimum de 200 participants requis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Deux questionnaires sont distribués pour obtenir des informations sur le duo soignant-soigné. • Utilisation de deux échelles afin d'analyser les résultats. • L'étude propose un nouveau cadre de recherche qui va aider à exprimer les résultats.
Résultats	Limites	Interventions infirmières
<p>Des tableaux permettent d'expliquer les résultats obtenus à l'aide des deux échelles.</p> <p>L'analyse des résultats est faite à l'aide d'un nouveau modèle conceptuel proposé dans cette étude. Les résultats ne sont pas encore sortis étant donné qu'il s'agit d'un protocole.</p> <p>La qualité de vie de la victime et de son proche-aidant est modifiée après un AVC et qu'il est comme un fardeau pour ces deux personnes.</p>	<p>L'étude est italienne avec des participants provenant tous de ce pays. Il est donc possible que des différences entre les cultures existent.</p> <p>Les participants sont des gens se trouvant à domicile. Or, nous ne pouvons pas faire de généralité avec les phases aigües.</p>	<p>Ce nouveau cadre conceptuel peut être utilisé dans la profession infirmière lors des réhabilitations pour les AVC.</p> <p>L'infirmière a un rôle de soutien du réseau et de soutien du patient.</p>

Cette étude quantitative de Savini et al. (2014), a pour but de décrire la qualité de vie à l'hôpital des personnes ayant fait un AVC et celle de leur proche-aidant en réhabilitation. Afin d'exposer cela, les auteurs de l'étude proposent un nouveau cadre conceptuel. La situation avant l'AVC sera étudiée à même titre que la nouvelle situation après l'AVC et ce jusqu'à 12 mois après l'accident. Les supports sociaux et environnementaux seront également pris en compte. Les participants de cette étude seront donc des patients ayant été atteints d'un AVC ainsi que des proches-aidants voulant leur réhabilitation. Pour y participer en tant que patient, il faut un diagnostic médical d'AVC, être dans un hôpital de réhabilitation et avoir certifié par écrit la volonté d'y contribuer. Concernant les soignants, il faut être considéré comme la personne principale soignante et être non-payée directement par le patient. Il faut également que le patient en question ait rédigé une attestation qui confirme la volonté de participer à l'étude. Afin d'effectuer cette étude, les données sur la dyade soignant-soigné ont été récoltées à l'aide de deux questionnaires correspondant à deux échelles différentes. Le nouveau cadre conceptuel présenté permet aux infirmières de soutenir les patients ainsi que leur famille dans le processus de réhabilitation. Les résultats révèlent que la qualité de vie de la victime de l'AVC ainsi que celle de ses proches-aidants est modifiée. En effet, cet accident et la réhabilitation qui en suit deviennent un fardeau pour la dyade du patient et de sa famille. Néanmoins, il s'agit d'un protocole et les résultats complets ne sont pas encore sortis. Les limites de l'étude se trouvent dans l'origine de cette dernière. Effectivement, l'étude a été effectuée en Italie avec des patients et des soignants exclusivement de cette nationalité. Il peut donc apparaître des différences de culture entre ce pays et la Suisse. De plus, il est précisé que les résultats de l'étude ne doivent pas être généralisés avec un patient en phase aigüe ou en phase de réadaptation précoce.

Health-related quality of life is associated with stroke deficits in older adults.

Min, K-B. & Min, J-Y. (2015)

But	Population	Méthode
<p>Investiguer l'association entre la qualité de vie relative à la santé et les déficits post-AVC chez les personnes âgées.</p> <p>Plus particulièrement quels déficits et le nombre de déficits (hémiplégié, paralysie faciale, dysarthrie (trouble d'élocution et parole), dysphagie ou troubles visuels), ont le plus d'impact sur la qualité de vie.</p>	<p>Choisie à partir d'une enquête sur la santé de la communauté coréenne de plus de 60 ans.</p> <p>Les données ont été récoltées en 2008 et 2009.</p> <p>L'échantillon initial était de 138 920 participants de plus de 60 ans. Après exclusion, il reste 122 095 participants inclus dans cette étude.</p> <p>N= 6 698 ayant subi un AVC (5.5%) dont 2 222 (33.2 %) ayant un ou plusieurs déficits suite à l'AVC.</p>	<p>Devis descriptif corrélationnel transversal.</p> <p>L'outil utilisé pour mesurer la qualité de vie est le EQ-5D (questionnaire individuel qui permet de quoter de 0 à 5 son état de santé, sur 5 dimensions et qui les traduit en score de santé)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mobilité • Auto-soins • Activité habituelle • Douleur/ inconfort • Anxiété/ dépression <p>Des questions sur les antécédents d'AVC, le diagnostic, la date et les déficits post-AVC (hémiplégié, dysarthrie, dysphagie, paralysie faciale ou encore des troubles visuels) ont été posées aux participants</p>
Résultats	Limites	Interventions infirmières
<p>2 comparaisons effectuées entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un groupe sans antécédents d'AVC et un groupe ayant subi un AVC (n=6 698) : <p>Les patients ayant subi un AVC avaient un score significativement plus bas au questionnaire EQ-5D : 0.67 contre 0.87.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un groupe ayant des déficits après l'AVC (n= 2 222) et un autre n'ayant pas de déficits après l'AVC. <p>Le ou les déficits les plus rapportés sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hémiplégié : 63.9 % (P < 0.0001) • Dysarthrie : 20.3 % (P = 0.0008) • Troubles de la vision : 7.9 % (P = 0.0274) • Paralysie faciale : 7.6 % • Dysphagie : 1.1 % (P = 0.0347) 	<p>Etude transversale</p> <p>Biais auto-déclarés</p> <p>Erreurs de mesure</p> <p>Une auto-évaluation de l'AVC plutôt qu'une évaluation objective par un médecin.</p> <p>Article sud-coréen : culture et valeurs différentes de l'Europe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Minimiser les déficits de l'AVC afin d'améliorer la qualité de vie chez les personnes âgées. • Améliorer les déficits qui impliquent des déficiences physiques, en particulier l'hémiplégié. • Cependant, pas d'interventions concrètes énoncées dans cet article. • Points clés : • Association entre la qualité de vie et les déficits liés à l'AVC. • Les troubles moteurs après un AVC ont un impact sur la qualité de vie. • Une faible qualité de vie est associée au nombre et au type de déficits.

<p>Plus le nombre de déficits est important, plus le score de EQ-5D diminue et donc plus la qualité de vie diminue. Respectivement pour un, deux trois, quatre ou cinq déficits, la valeur $\beta = -0.080$; -0.147 ; -0.229 ; -0.252 et -0.293.</p> <p>L'hémiplégie est le déficit le plus significatif qui induit une réduction de la qualité de vie : $\beta = -0.143$ et $P < 0.001$ et 0.63 au questionnaire EQ-5D.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Plus le nombre de séquelles augmente moins la qualité de vie est haute. • L'hémiplégie est la séquelle principale qui induit un faible niveau de qualité de vie.
--	--	---

Cette étude de Min, K-B. & Min, J-Y. (2015) a pour but de comprendre le lien entre la qualité de vie relative à la santé et les déficits post-AVC chez les personnes âgées. Elle cherche à connaître quels déficits et quel nombre de déficits ont le plus d'impact sur la qualité de vie. La population participante à l'étude a été sélectionnée par le biais d'une enquête sur la santé de la communauté coréenne de plus de 60ans réalisée entre 2008 et 2009. Le nombre total final de participants était de 122'095 personnes. 6'698 d'entre eux ont subi un AVC dont 2'222 se retrouvant avec un ou plusieurs déficits suite à cela. L'outil utilisé afin de mesurer la qualité de vie de ces patients se nomme la EQ-5D et comprend sur cinq thèmes. Afin de compléter ces données, des questionnaires concernant les antécédents d'AVC, le diagnostic, la date et les séquelles post-AVC ont été distribués.

Pour obtenir des résultats cohérents, deux comparaisons ont été effectuées entre un groupe sans antécédents d'AVC et un groupe ayant subi un AVC (représentant 6'698 personnes) ainsi qu'un groupe ayant des déficits après l'AVC et l'autre n'ayant pas de déficits après l'AVC (2'222 personnes). Pour le premier groupe, il a été clairement mentionné que les personnes ayant subi un AVC avaient un score plus bas à l'échelle EQ-5D que ceux sans antécédents d'AVC. Pour le deuxième groupe, il est ressorti que plus le nombre de déficits était élevé, plus le score de EQ-5D (représentant la qualité de vie) diminuait. Il est également ressorti que l'hémiplégie représente le déficit le plus handicapant pour les victimes d'AVC.

Concernant les limites, l'étude transversale comporte des biais auto-déclarés et des erreurs de mesure. Elle se base uniquement sur des auto-évaluations et il n'y a pas d'évaluation objective médicale. De plus, il s'agit d'un article sud-coréen qui importe donc des différences au niveau des valeurs et de la culture.

Pour la pratique infirmière, il est important de minimiser les déficits de l'AVC afin d'améliorer la qualité de vie chez les personnes âgées. Il faut également améliorer les déficits qui impliquent des déficiences physiques, en particulier l'hémiplégie. Les points-clés de cet article à retenir sont les liens entre les déficits, surtout moteurs, et la qualité de vie.

Staff and patient views of the concept of hope on a stroke unit : a qualitative study

Tutton, E., Seers, K., Langstaff, D. & Westwood, M. (2011)

But	Population	Méthode
<p>Explorer l'expérience de l'espoir pour les patients et le personnel soignant dans le contexte d'une unité britannique spécialisée en AVC.</p> <p>L'espoir aurait une influence positive dans la récupération et la réhabilitation.</p> <p>Le concept d'espoir est placé dans un contexte précis, au Royaume-Uni où les AVC sont la principale cause d'invalidité et 20 à 30% des personnes décèdent au cours du premier mois.</p>	<p>Les participants à l'étude ont été recrutés dans une unité régionale d'AVC aiguë dans un hôpital universitaire desservant une population semi-rurale.</p> <ul style="list-style-type: none"> 10 personnes atteintes d'AVC : 7 hommes et 3 femmes âgés de 37 à 72 ans et ayant fait un séjour hospitalier de 4 à 19 jours. 10 membres de l'équipe multidisciplinaire : 1 physiothérapeute, 1 ergothérapeute, 1 médecin senior, 1 assistant de soins de santé, 6 infirmières ayant une expérience variée. 	<p>Etude qualitative issue d'une approche de recherche ethnographique.</p> <ul style="list-style-type: none"> Entrevues informelles d'observation d'une durée d'environ une heure ont été enregistrées numériquement et transcrites textuellement. Observation des participants au quotidien lors des soins Questions aux professionnels de santé : « Quelles sont vos expériences d'espoir, ayant travaillé en unité spécialisée en AVC? ». Questions aux patients atteints d'AVC « Parlez-moi de ce qui vous est arrivé » avant de demander « Quel est votre espoir depuis que vous avez subi un AVC? ».
Résultats	Limites	Interventions infirmières
<p>Les résultats des interviews ont permis d'identifier 4 thèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> La souffrance : émotionnelle ou physique notamment liée à la douleur, la dépendance fonctionnelle pour les activités de la vie quotidienne liée aux troubles moteurs, la dysphagie et le sentiment de vulnérabilité. La souffrance est liée aux changements autour de leur corps et de leur vie. La lutte sans espoir et avec désespoir : proximité de la mort, dépression, aucun espoir de récupération, faiblesse généralisée, « ce serait plus facile de se laisser mourir » L'espoir de récupérer : reflète la détermination à se déplacer, revenir à la « vie normale » et atteindre ses objectifs ambitieux. L'espoir réaliste : processus entrepris pour soutenir les personnes à travers leur rétablissement émotionnel, physique et social. Trouver un équilibre entre la gravité de l'AVC tout en ouvrant le potentiel de possibilités futures. 	<p>Pas d'interviews :</p> <ul style="list-style-type: none"> dans les disciplines individuelles → auraient pu élargir la compréhension de l'espoir au sein du travail multidisciplinaire. patients atteints d'aphasie, dysarthrie, d'une dépression clinique sévère ou qui étaient en train de décéder. proches des patients → aurait pu accroître les données et améliorer la compréhension du concept de l'espoir. Les interventions ou les stratégies ne sont concrètes mais l'auteur le recommande pour les recherches futures. 	<ul style="list-style-type: none"> Favoriser les objectifs d'espoir, à l'aide d'objectifs réalistes et en évitant les faux espoirs. Les faux espoirs seraient contre-productifs Favoriser une progression émotionnelle du patient pour sa récupération. Les patients mettent l'accent sur le corps défaillant, l'incertitude, le risque d'un autre AVC, et l'invalidité à long terme Le concept de l'espoir est placé entre la souffrance et la persistance (incertitude de récupération) L'espoir d'un retour à la normale La nécessité d'apprendre la patience. Le statut physique influence l'espoir <p>L'espoir est l'instigateur des objectifs et des activités nécessaires à la récupération.</p>

Cette étude qualitative de Tutton et al. (2011), a pour but d'explorer l'expérience de l'espoir pour les patients et le personnel soignant dans le contexte d'une unité britannique spécialisée en accident vasculaire cérébral (AVC). D'après eux, l'espoir aurait une influence positive dans la récupération et la réhabilitation. Ce concept d'espoir a été placé dans un contexte précis soit au Royaume-Uni où les AVC sont la principale cause d'invalidité et où 20 à 30% des personnes décèdent au cours du premier mois. Les participants de cette étude (soignants et soignés) ont été choisis dans un hôpital universitaire desservant une population semi-rurale et plus précisément dans une unité d'AVC aigu. Un échantillon de dix patients (sept hommes et trois femmes) âgés entre 37 et 72 ans, ayant été victimes d'un AVC et ayant séjourné à l'hôpital pendant quatre à 19 jours, ainsi que dix membres de l'équipe soignante interdisciplinaire a été choisi. Cette étude est issue d'une approche de recherche ethnographique. Des entrevues informelles d'observation ont été menées, puis des questions aux professionnels de santé ainsi qu'aux patients ont été posées. Les observations des participants au quotidien lors des soins ont été recueillies et jointes à l'étude.

Les résultats de cette étude ont permis de définir quatre thèmes. Premièrement la souffrance, qui est émotionnelle ou physique et qui est notamment liée à la douleur, la dépendance fonctionnelle pour les activités de la vie quotidiennes liées aux troubles moteurs, la dysphagie et le sentiment de vulnérabilité. Le deuxième thème apparaissant est la lutte sans espoir et avec désespoir. Ceci représente la proximité de la mort, la dépression, le non-espoir de récupération, la faiblesse généralisée et le « cela serait plus facile de se laisser mourir ». Troisièmement, l'espoir de récupérer se reflétant par la détermination à se déplacer et à revenir à la « vie normale » et atteindre ses objectifs ambitieux. La dernier thème traite l'espoir réaliste. Ceci est un processus entrepris pour soutenir les personnes à travers leur rétablissement émotionnel, physique et social. Il faut trouver un équilibre entre la gravité de l'AVC tout en ouvrant le potentiel de possibilités futures. Les résultats nous démontrent également que l'état physique influence l'espoir. L'espoir est l'instigateur des objectifs et des activités nécessaires à la récupération.

Plusieurs limites existantes dans l'étude apparaissent dans les interviews notamment lorsqu'il est question de discipline individuelle et non multidisciplinaire. La deuxième limite est le fait que les patients étant aphasiques, souffrant de dysarthrie ou de dépression sévère ainsi que les patients décédés ont été exclus de l'étude. Les proches des patients ont également été exclus de l'étude. Les dernières limites sont les interventions et les stratégies qui ne sont pas concrètes. L'auteur cherche tout de même des solutions en proposant des recherches futures.

Cet article permet d'obtenir plusieurs interventions infirmières qui sont utiles pour la pratique. Notamment en favorisant les objectifs d'espoir à l'aide d'objectifs réalistes et en évitant les faux espoirs. Mais aussi en favorisant une progression émotionnelle du patient pour sa récupération.

- Les patients mettent l'accent sur le corps défaillant, l'incertitude, le risque d'un autre AVC, et l'invalidité à long terme
- Le concept de l'espoir est placé entre la souffrance et la persistance (incertitude de récupération)
- L'espoir d'un retour à la normale
- La nécessité d'apprendre la patience.

Self-esteem level and stability, admission functional status and depressive symptoms in acute inpatient stroke rehabilitation.

Vickery, C.D., Sepheri, A., Evans, C.C. & Jabeen L.N. (2009)

But	Population	Méthode
<p>Investiguer la relation entre le niveau d'estime de soi, la stabilité de l'estime de soi, l'état fonctionnel et les symptômes dépressifs chez les patients hospitalisés après un AVC en réadaptation.</p> <p>Hypothèses Des déficits plus importants dans les capacités fonctionnelles, tant physiques que cognitives, représenteraient une plus grande menace pour l'estime de soi de l'individu, ce qui les exposerait à un plus grand risque de dysfonction émotionnelle.</p>	<p>Échantillon aléatoire simple N= 120</p> <p>Inclusion : Toutes les personnes admises directement des soins aigus à la réhabilitation après un AVC, entre octobre 2007 et octobre 2008 sont incluses.</p> <p>Exclusion : aphasie, troubles du langage, démence préexistante, troubles neurologiques (ex : Parkinson), confusion, trouble sensoriel (ouïe, vue), antécédents ou actuels troubles psychiatriques (ex : schizophrénie).</p>	<p>Devis corrélationnel prédictif. Outils de mesure :</p> <ul style="list-style-type: none"> • State self-esteem scale (SSES) : échelle de mesure de l'estime de soi comportant 20 items qui permettent d'évaluer les fluctuations d'estime de soi. Réalisée durant les 3 premiers jours de réhabilitation. Une évaluation a été réalisée deux fois par semaine (environ 1 fois tous les 3 jours), une fois le matin et une fois l'après-midi après les thérapies et pour voir les variations durant la journée. • Geriatric Depression Scale (GDS) : une échelle de 30 items reflétant les symptômes dépressifs sur plusieurs semaines. Il a été complété durant les deux derniers jours de la rééducation. • Functional Independence Measure =FIM divisé en 2 domaines : les auto-soins et la mobilité. L'addition du score de FIM cognitif a été inclus pour l'analyse des données. Le FIM a été évalué par les physiothérapeutes et ergothérapeutes dans les 48 heures après l'entrée.
<p>Limites</p> <ul style="list-style-type: none"> • La méthodologie de cette étude ne permet pas de tirer des conclusions concernant la causalité. • D'autres facteurs comme la sévérité de l'AVC, les troubles du langage auraient pu être pris en compte et contribueraient à une autre variance de la prédiction émotionnelle. Mais l'auteur le recommande pour des recherches futures. • L'auto-déclaration des symptômes dépressifs n'équivaut pas à un diagnostic clinique de dépression. Par conséquent, ce ne sont que des niveaux de détresse émotionnelle par rapport à l'étude variables. • Les symptômes dépressifs sur le GDS n'ont pas été contrôlés dans l'analyse de régression, mais des études antérieures l'ont démontré. 	<p>Interventions infirmières</p> <ul style="list-style-type: none"> • La diminution de l'état fonctionnel ne doit pas être strictement assimilée à une perturbation émotionnelle. • L'évaluation de l'estime de soi tout au long du séjour d'un patient en réadaptation aigüe peut être utile pour surveiller le risque de développer une symptomatologie dépressive. • Evaluer ce qui est important pour le survivant, c'est-à-dire ce que le survivant utilise pour faire un jugement de sa propre valeur (ex. actif physiquement, pouvoir se mobiliser seul...) • Surveiller les échecs perçus dans la mobilité qui pourraient précipiter la baisse de l'estime de soi, qui peut alors représenter un facteur de risque pour le développement de troubles émotionnels. • Maximiser la récupération pendant la réadaptation. 	

Le but de cette étude écrite en 2009 par Vickery et al., est d'explorer la relation entre le niveau d'estime de soi, la stabilité de l'estime de soi, l'état fonctionnel et les symptômes dépressifs chez les patients hospitalisés en réadaptation après un AVC. Pour se faire, un échantillon aléatoire simple de 120 personnes a été requis. Tous devaient avoir été admis dans un service de soins aigus directement après l'AVC puis avoir passé dans un service de réhabilitation entre octobre 2007 et octobre 2008. Les patients présentant des aphasies, des troubles du langage, des troubles neurologiques (Parkinson), des états de confusion, des troubles sensoriels (vue, ouïe), des troubles psychiatriques actuels ou des démences préexistantes ont été exclus. La méthode de cette étude est établie selon un devis corrélationnel prédictif. Trois outils ont été utilisés. La première échelle est la « State self-esteem scale » (SSES). Elle mesure l'estime de soi avec des items qui permettent d'évaluer les fluctuations de l'estime de soi à différents moments de la journée, ce qui a permis de déceler des variations. La deuxième échelle est la « Geriatric Depression Scale » (GDS) qui permet de déceler des symptômes dépressifs sur plusieurs semaines. Cet outil a été utile pour les deux derniers jours de la rééducation. Le dernier outil utilisé était le « Functional Independence Measure » (FIM). Cette méthode est utile pour connaître le degré d'indépendance du patient pour ses auto-soins et sa mobilité.

Les résultats ont démontré que l'âge moyen des patients (57% de femmes et 43% d'hommes) était de 68.7ans. Ces personnes étaient admises en réhabilitation en moyenne 9.9 jours après l'AVC. 53% d'entre eux étaient atteints d'hémisphère du côté droit, 40% du côté gauche et 7% de façon bilatérale. 21% de ces personnes présentaient des antécédents de symptômes dépressifs. Ces résultats ont également démontré qu'il y avait des corrélations significatives entre la FIM, le niveau d'estime de soi et les symptomatologies dépressives à la sortie. La faible estime de soi et les symptômes dépressifs plus élevés sont liés à une FIM plus faible.

L'article comporte néanmoins plusieurs limites. La méthode ne permet pas d'avoir des réponses concernant la causalité. L'auteur souligne un point à améliorer pour les recherches futures. Il dénonce le fait de ne pas avoir pris en compte les facteurs de sévérité de l'AVC et les troubles phasiques car ils peuvent entraîner des changements sur le niveau émotionnel. La symptomatologie dépressive n'a pas été évaluée avec un diagnostic médical mais avec un auto-diagnostic.

Cet article est intéressant pour la pratique infirmière. L'infirmière doit comprendre que la diminution de l'état fonctionnel ne doit pas être strictement assimilée à une perturbation émotionnelle. De plus, l'infirmière doit faire une évaluation de l'estime de soi tout au long du séjour du patient en réadaptation aigüe. Ceci peut être utile pour surveiller le risque de développer des symptômes dépressifs. Elle doit également évaluer ce qui est important pour le survivant, ce qu'il juge être sa propre valeur. Il est primordial que le personnel infirmier surveille les échecs perçus dans la mobilité du patient ce qui pourrait précipiter la baisse de l'estime de soi et donc un risque de troubles émotionnels. En conclusion, l'infirmière se doit de maximiser la récupération de son patient pendant sa réadaptation.

Nurse-led ward rounds : a valuable contribution to acute stroke care.

Catangui, E.J. & Slark, J. (2012)

But	Population	Méthode	Outils
<p>Améliorer la prise en soin infirmière des patients ayant subi un AVC, dans la phase aigüe, grâce aux tournées infirmières.</p> <p>Prévenir, détecter et traiter rapidement les complications possibles après un AVC.</p>	<p>Échantillonnage aléatoire : tous les patients de l'unité de neuroréhabilitation dans laquelle l'étude a été menée (Londres, Royaume-Unis), ont été choisis pour participer à l'étude. N = 108</p> <p>Collecte des données entre mars et octobre 2011.</p> <p>L'auteur s'est plus intéressé aux actions infirmières sur cette population qu'aux problèmes réels de la population à l'étude.</p>	<p>Devis expérimental.</p> <p>Évaluation clinique hebdomadaire par une équipe d'infirmières spécialisées en AVC (dont une infirmière clinicienne, l'ICUS et une infirmière du service).</p> <p>Des buts appropriés sont ensuite programmés, puis les données « proforma » sont retranscrites dans le dossier médical. Le plan de soin du patient est ensuite discuté avec l'équipe multidisciplinaire.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Grille d'évaluation « proforma » (intégrité de la peau, continence, soins buccaux, médication, résultats et autres) • Tableau regroupant les rôles de l'équipe infirmière. • Score de Barthel • Modified Rankin score • Échelle de dépression (SODS = signs of depression scale)
Résultats	Limites	Interventions infirmières	
<p>Les principales complications rencontrées sur lesquelles les infirmières peuvent agir étaient :</p> <p>Dépression: 27.7%</p> <p>Constipation: 22.2%</p> <p>Affections buccales: 11.1 %</p> <p>Infection urinaire: 2.7 %</p> <p>Affections génitale: 2.7 %</p> <p>Escarres: 2.7 %</p>	<p>Les résultats ne prennent pas en compte les expériences des patients et des infirmières par rapport à ce nouveau procédé. Une étude qualitative serait recommandée.</p> <p>Il n'y a pas la présence de statistiques représentatives, qui nous indiquent si le nombre de complications ont diminué grâce aux tournées infirmières et aux interventions proposées.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Continence : éviter la pose de sonde vésicale, proposer un vase ou un urinal, stimuler l'apport liquidien durant la journée et diminution au cours de la soirée. - Constipation : apport liquidien suffisant (sauf contre-indication), régime riche en fibres, médication à risque de constipation, prescription régulière de laxatifs, tableau des selles et note des observations cliniques - Soins buccaux : Soins de bouche, traitement antifongique - Examens des prescriptions médicamenteuse : Contrôle des prescriptions du médecin, l'indication du traitement, la bonne dose, bonne fréquence et bonne voie d'administration - Examen des voies veineuses et sonde nasogastrique : Test de déglutition, surveillances des signes d'infections, changements des cathéters veineux périphériques toutes les 72H. - Mesure des résultats : évaluation régulière pour contrôler l'efficacité des traitements, mesure du poids dans les 72 h après admission et surveillance hebdomadaire, évaluation symptômes dépressifs (pleurs, apathie, retrait social) et score à l'aide de 6 questions types. 	

Le but de cette étude de Catangui & Slark en 2012, est d'améliorer la prise en soin infirmière des patients ayant subi un AVC, dans la phase aigüe, grâce aux tournées infirmières. Le rôle infirmier dans cette phase est de prévenir, détecter et traiter rapidement les complications possibles après un AVC. Pour mener cette étude, un échantillon aléatoire a été entrepris. Cela signifie que tous les patients (n=108) de l'unité de neuroréhabilitation (Londres, Royaume-Unis), ont été choisis pour participer à l'étude entre mars et octobre 2011, soit 28 semaines. L'auteur s'est d'avantage intéressé aux actions infirmières sur cette population qu'aux problèmes réels de la population à l'étude. La méthode de cette étude est établie selon un devis expérimental. L'auteur souhaite évaluer l'efficacité des tournées infirmières dans la prévention et la prise en soins des complications de l'AVC. Pour se faire, une évaluation clinique hebdomadaire auprès du patient est effectuée, avec une équipe d'infirmières spécialisées en AVC (dont une infirmière clinicienne, l'ICUS et une infirmière du service). Ce procédé est inspiré des visites médicales faites par les médecins. Les infirmières utilisent des outils pour leur évaluation clinique. Celle-ci prend 10 min par patient, l'unité comporte 14 patients, l'évaluation se déroule de 9h à 11h30 (140 min). Le premier outil est un grille d'évaluation « proforma » regroupant les soins et surveillances essentielles à effectuer (intégrité de la peau, continence, soins buccaux, médication, résultats et autres). Le second outil est un tableau regroupant les rôles de l'équipe infirmière pour la prise en soin d'un patient ayant subi un AVC, notamment l'évaluation. Pendant, ces tournées les infirmières programment des buts appropriés. Puis elles retranscrivent les données du tableau « proforma » dans le dossier médical. Le plan de soin du patient est ensuite discuté avec l'équipe multidisciplinaire. Par ailleurs, les infirmières tiennent compte des scores de Barthel, le Modified Rankin score et l'échelle de dépression (SODS = signs of depression scale) pour leurs objectifs.

Les résultats ont permis d'exposer les principales complications rencontrées sur lesquelles les infirmières peuvent agir. Il s'agit de la dépression (27.7%), la constipation (22.2%), les affections buccales (11.1%), les infections urinaires (2.7%), les affections génitales (2.7%) et les escarres (2.7%).

Cet article comporte certaines limites. Les résultats ne couvrent pas la discussion des expériences des patients et des infirmières dans cette innovation. Une étude qualitative serait recommandée. Nous n'avons pas non plus de statistiques représentatives, qui nous indiquent si le nombre de complications ont diminués grâce aux tournées infirmières et aux interventions proposées.

3.1. Principaux thèmes issus des résultats

3.1.1. Qualité de vie

Lorsqu'une personne est victime d'un AVC, sa qualité de vie ainsi que celle de ses proches est modifiée de manière significative (Cecil et al. 2013, Simeone et al. 2014).

Selon la recherche de Min et al. (2015), les personnes ayant subi un AVC ont une qualité de vie inférieure aux personnes n'ayant pas d'antécédents d'AVC. Cette étude a également relevé que plus les séquelles fonctionnelles sont importantes après l'AVC, moins la qualité de vie est bonne. Parmi ces déficits, l'hémiplégie représente le symptôme agissant le plus négativement sur la qualité de vie du patient. En effet, l'hémiplégie diminue la mobilité, la performance des auto soins, les activités physiques et augmente les douleurs. Tous ces facteurs contribuent à une qualité de vie diminuante. Cette étude propose aux infirmières de minimiser les déficits, surtout physiques (particulièrement l'hémiplégie) de l'AVC ce qui va permettre donc d'accroître la qualité de vie.

Chang et al. (2016) relève le fait que les AVC ischémiques et hémorragiques ont des conséquences fonctionnelles sur le patient ce qui entraîne donc une mauvaise qualité de vie. Il ressort de cette étude que les AVC ischémiques provoquent plus de déficits moteurs. Les auteurs mettent l'accent sur le niveau d'indépendance de la personne. En effet, si celui-là est diminué, la qualité de vie du patient est dans la plupart des cas diminuée elle-aussi. L'article démontre que le niveau d'éducation, les fonctions motrices et le langage sont des prédicteurs majeurs sur la qualité de vie du patient se trouvant dans une phase chronique après un AVC ischémique. Concernant les AVC hémorragiques, il a été prouvé que plus la réhabilitation est efficace, plus la qualité de vie est haute. Ils recommandent aux infirmières de faire preuve d'empathie et d'écoute pour les patients. Afin de trouver des méthodes efficaces, il est important de se renseigner sur le mode de vie du patient avant l'AVC.

L'étude de Savini et al. (2014) a permis de comprendre l'impact que l'AVC a sur la victime mais également sur ses proches-aidants. Il a été démontré que si le proche-aidant bénéficiait d'un soutien social sa qualité de vie était améliorée. L'AVC est perçu comme un fardeau pour la victime et son proche. L'infirmière doit alors soutenir les proches ce qui leur permettra de soutenir à leur tour les patients. Les auteurs encouragent les infirmières à utiliser un nouveau cadre conceptuel afin qu'elles puissent l'utiliser dans un service de réhabilitation.

L'étude réalisée par Catanguy et Slark (2012) donne plusieurs interventions infirmières concrètes et pertinentes au sujet de l'amélioration de la qualité de vie chez les patients ayant subi un AVC. Il recommande de prévenir l'apparition des escarres. L'infirmière doit alors changer le patient de position toutes les deux heures afin d'éviter des points de compression trop importants et donc l'apparition d'escarre. Durant ces mobilisations, l'infirmière observe tous les points de pression susceptibles d'avoir endommagé la peau du patient. L'infirmière organise la mise en place d'un matelas anti-escarre, ce qui

permettra de diminuer les risques. Cette étude propose aussi quelques interventions afin de lutter contre l'incontinence de ces patients. La pose de sonde vésicale être évitée. Les soignants favorisent la proposition de vase ou d'urinal. Il est important de stimuler les patients à avoir un apport liquidien important durant la journée et d'en diminuer les quantités au cours de la soirée. Il est primordial que l'infirmière agisse sur les risques de constipation du patient en s'assurant que l'apport liquidien soit suffisant. Le régime de la personne doit être riches en fibres. La médication est revue afin d'éliminer celle pouvant provoquer des constipations, si possible. Une prescription régulière de laxatifs doit être privilégiée et un tableau des selles accompagné d'observations cliniques doit être suivi. Afin de contribuer au confort du patient, l'infirmière procure également des soins de bouche. Un traitement antifongique est mis en place s'il y a apparition de muguet. Une autre intervention primordiale de l'infirmière est le contrôle des prescriptions médicales incluant : l'indication du traitement, la bonne dose, la bonne fréquence et la bonne voie d'administration de la médication. Elle veille également à ce que le patient ne présente pas de symptomatologie dépressive en s'aidant d'une échelle permettant d'en reconnaître les symptômes. L'infirmière doit s'assurer que les apports hydriques et nutritionnels du patient soient suffisants et corrects en mesurant le poids dans les 72h après l'admission et en surveillance hebdomadaire. Elle fait appel à une collègue diététicienne qui pourra faire un bilan. Si le patient est porteur d'une sonde nasogastrique ou de cathéter veineux périphérique (CVP), une prévention des infections doit être mise en place par l'infirmière. Les CVP sont changés aux 72h et des tests de déglutition sont effectués pour les sondes nasogastriques. Afin de mener ces observations à bien, il est recommandé d'utiliser plusieurs outils comme le score de Rankin modifié, l'indice de Barthel ou la SODS (échelle de dépression).

3.1.2. Statuts émotionnels

3.1.2.1. Estime de soi

Le concept de l'estime de soi est une notion qui ressort de la lecture critique et qui est notamment reprise dans l'étude de Vickery & al. (2009). Selon cet auteur, l'estime de soi correspond au degré dont chaque individu juge son acceptation de soi globale ou son amour-propre de manière positive ou négative. Il est nécessaire de distinguer l'estime de soi de l'humeur. (Brown & Dutton, 1995 ; Heatheron & Polivy, 1991). L'estime de soi correspond à une auto-perception de l'individu, tandis que la dépression est un syndrome avec une classification particulière qui induit des symptômes et implique un état d'humeur.

Des perturbations soudaines des capacités sont très importantes pour la façon dont l'individu juge son estime de soi peuvent avoir un impact significativement important sur le fonctionnement émotionnel (Crocker & Park, 2003, chap. 15; Thoits, 1996). Un accident vasculaire cérébral (AVC) peut provoquer chez l'individu un bouleversement soudain de ses aptitudes fonctionnelles et cognitives. Par conséquent, l'AVC est une menace pour l'estime de soi et un facteur important dans le recouvrement de la santé.

Les résultats de l'étude de Vickery & al. (2009), indiquent qu'il existe des corrélations significatives entre les domaines fonctionnels (de mobilité, d'auto-soins et cognitifs) ; le niveau moyen d'estime de soi et les symptômes dépressifs à la sortie de l'hospitalisation. Autrement dit, cela indique qu'une faible estime de soi et des symptômes dépressifs plus élevés sont liés à un état fonctionnel plus faible dans les domaines de l'auto soin (autonomie), de la mobilité et cognitifs.

Des déficits physiques et cognitifs plus importants entraînent une augmentation du risque de diminution de l'estime de soi et amène vers des symptômes dépressifs/une dépression. Plus le niveau fonctionnel est atteint, plus la dépréciation de soi l'est aussi et par conséquent le niveau d'estime de soi est plus faible.

Selon la théorie de gestion de symptômes de Humphrey & al. (2008), l'AVC entraîne une série de symptômes perçus. La perception ainsi que l'évaluation des symptômes par l'individu ne sera pas la même selon les déficits que l'AVC a provoqué et selon la perception que l'individu a de lui-même (estime de soi) et de ses symptômes. Selon Dodd & al. (2001), la personne évalue ses symptômes en jugeant de leur sévérité, de leur cause, de la possibilité d'un traitement et de l'effet de ces symptômes sur sa vie. La réponse aux symptômes peut être d'origine physiologique, psychologique ou comportemental. Ainsi, dans ce cas, l'estime de soi est une réponse psychologique, tout comme les symptômes dépressifs qui en découlent. Par ailleurs, il existe une réponse comportementale à ces symptômes qui est liée au recouvrement et à l'auto-détermination à recouvrer à la santé. Selon Vickery (2009), une estime de soi positive et stable modère la relation entre le fonctionnement émotionnel et les différents domaines fonctionnels suite à un accident vasculaire cérébral.

3.1.2.2. *Espoir*

Le troisième et dernier concept issu des lectures et des analyses d'articles sélectionnés est l'espoir. C'est un concept utile pour comprendre le rétablissement de la santé. La réhabilitation précoce dans une unité d'accident vasculaire cérébral (AVC) est cruciale et l'importance du soutien émotionnel dans les soins de l'AVC a été mis en évidence (Department of Health, 2001), en particulier lorsqu'il y a présence d'anxiété et dépression (Royal College of Physicians, 2008). L'espoir interagit avec l'expérience des symptômes et notamment avec la manière dont la personne perçoit, évalue et va répondre aux symptômes.

L'étude de Tutton & al., a permis d'explorer l'expérience de l'espoir pour les patients et le personnel soignant dans le contexte d'une unité britannique spécialisée en AVC. Les résultats ont démontré que l'espoir peut être sous divisé en quatre thèmes en lien avec les séquelles possibles dues à l'AVC : la souffrance, la lutte sans espoir et avec du désespoir, l'espoir de récupérer et pour finir, l'espoir réaliste.

Le premier thème, la souffrance, peut-être d'ordre émotionnelle ou physique. Elle est en lien avec de nombreux déficits suite à un AVC comme la douleur, la dépendance fonctionnelle (pour se laver par ex.), la dysphagie, les troubles moteurs entraînant des difficultés à la marche, ou pour les gestes du quotidien. La souffrance est également reliée à une certaine vulnérabilité (sentir le corps ne pas fonctionner selon ses souhaits). Les espoirs autour du corps étaient souvent liés à la perte ou à la réflexion, le changement de leur vie. Il a été démontré par ailleurs que le statut physique influence l'espoir de façon positive ou négative. La perception de son état de santé par l'individu correspond à l'expérience des symptômes. La souffrance peut potentiellement compromettre la mise en place de stratégie de gestion des symptômes.

Le second thème qui découle des résultats de cette étude est la lutte sans espoir et avec désespoir associé à la proximité de la mort, la dépression, l'absence d'espoir de récupération, et une faiblesse généralisée. Tout comme la souffrance, il peut compromettre la gestion des symptômes et le rétablissement notamment dans la phase de réhabilitation. Certaines personnes de cette étude ont même indiqué le fait qu'il « serait plus facile de mourir ».

Le troisième thème émanant des résultats de cet article est l'espoir de récupérer. Il reflète la détermination à se déplacer, à revenir à la « vie normale » et atteindre ses objectifs ambitieux. Il permettra un processus dynamique de gestion des symptômes avec adhérence entre les trois concepts clés de la théorie (expérience des symptômes, stratégies de gestion et effets obtenus).

Par ailleurs, le dernier thème qui est l'espoir réaliste est d'avantage utile pour les soignants. C'est un processus entrepris pour soutenir les personnes à travers leur rétablissement émotionnel, physique et social. Le but est de trouver un équilibre entre la gravité de l'AVC tout en ouvrant le potentiel de possibilités futures. C'est à ce niveau que l'infirmière fera le lien entre les trois concepts énoncés ci-dessus.

3.2. Synthèse des résultats

Le tableau ci-dessous a été confectionné selon les dimensions principales de la théorie de la gestion des symptômes ainsi qu'avec ces dimensions correspondantes retrouvées dans les articles. Dans tous les articles figurent les attributs correspondants à la dimension de l'expérience des symptômes (perception, évaluation et réponses aux symptômes). Toutes les études retenues traitent cette dimension car elles expliquent les effets d'un AVC sur le bien-être holistique du patient. Concernant la stratégie de la gestion des symptômes, tous les articles sont pourvus d'interventions infirmières et multidisciplinaires plus ou moins concrètes selon les auteurs. En dernier lieu, les effets obtenus sur l'état des symptômes sont principalement les statuts émotionnels et la qualité de vie. Les statuts fonctionnels sont présents dans chacun des articles car ils ont un lien étroit avec l'affect émotionnel et la qualité de vie. L'estime de soi ainsi que la notion d'espoir sont regroupés dans les statuts émotionnels.

Tableau 1

Thèmes du cadre de référence		Chang et al., 2016	Savini et al., 2014	Min et al., 2015	Tutton et al., 2011	Vickery et al., 2009	Catangui et al., 2012
<i>Dimensions</i>	Attributs						
<i>L'expérience des symptômes</i>	Perception des symptômes par les personnes	X	X	X	X	X	X
	Evaluations des symptômes	X	X	X	X	X	X
	Réponse(s) aux symptômes	X	X	X	X	X	X
<i>La stratégie de gestion des symptômes</i>	Auto soins			X		X	X
	Interventions infirmières et multidisciplinaire	X	X	X	X	X	X
	Stratégies biomédicale						X
<i>Les effets obtenus sur l'état des symptômes</i>	Statut fonctionnel	X	X	X	X	X	X
	Statut émotionnel		X	X	X	X	X
	Auto soins			X		X	X
	Coûts						
	Qualité de vie	X	X	X			
	Morbidité	X					
	Comorbidité		X			X	
	Mortalité						

4. DISCUSSION

Dans cette partie du travail, les thèmes principaux des articles sont discutés et mis en corrélation avec la théorie choisie comme cadre de référence : la gestion des symptômes. Ensuite, un sous-chapitre est dédié à la réponse de la question de recherche ainsi qu'aux résultats obtenus pouvant être utiles à la pratique infirmière. Puis, les implications pour les recherches infirmières ainsi que les limites du travail seront exposées. Enfin, la transférabilité des résultats pour la pratique sera proposée.

4.1. Perspectives et principaux résultats avec le cadre de référence choisi

Le cadre de référence de la gestion des symptômes est un modèle adapté pour les personnes ayant subi un AVC. En effet, un AVC apparaît de manière soudaine, la plupart du temps sans signe avant-coureur, et provoque des séquelles importantes.

Le patient va donc évoluer à travers les trois dimensions de la théorie de la gestion des symptômes. Les déficits engendrés par l'AVC vont induire une multitude de symptômes physiques et psychologiques qui amèneront les patients vers la première phase de la théorie, l'expérience des symptômes. Chaque personne percevra ses symptômes d'une manière différente selon ses jugements de la situation, ses valeurs et ses habitudes de vie. Le patient développe des comportements reliés à la gravité des symptômes. Par exemple, plus les déficits fonctionnels sont importants, plus l'estime de soi est faible et donc plus les symptômes dépressifs sont présents (Vickery & al 2009).

Ensuite, la personne victime d'AVC évoluera à la dimension de la stratégie de gestion des symptômes. Pendant cette phase aiguë, les soignants et le patient devront trouver des méthodes afin de pallier au mieux au(x) symptôme(s) le(s) plus dérangeant(s) pour la personne. Cela consiste à mettre en place des actions professionnelles (interventions infirmières), des auto soins ou si nécessaire des stratégies biomédicales.

Finalement, le patient évolue vers la dernière phase qui représente les effets obtenus sur les symptômes selon plusieurs composantes. D'après les articles sélectionnés, les attributs de la théorie les plus représentatifs selon la question de recherche sont la qualité de vie, les statuts émotionnels et fonctionnels.

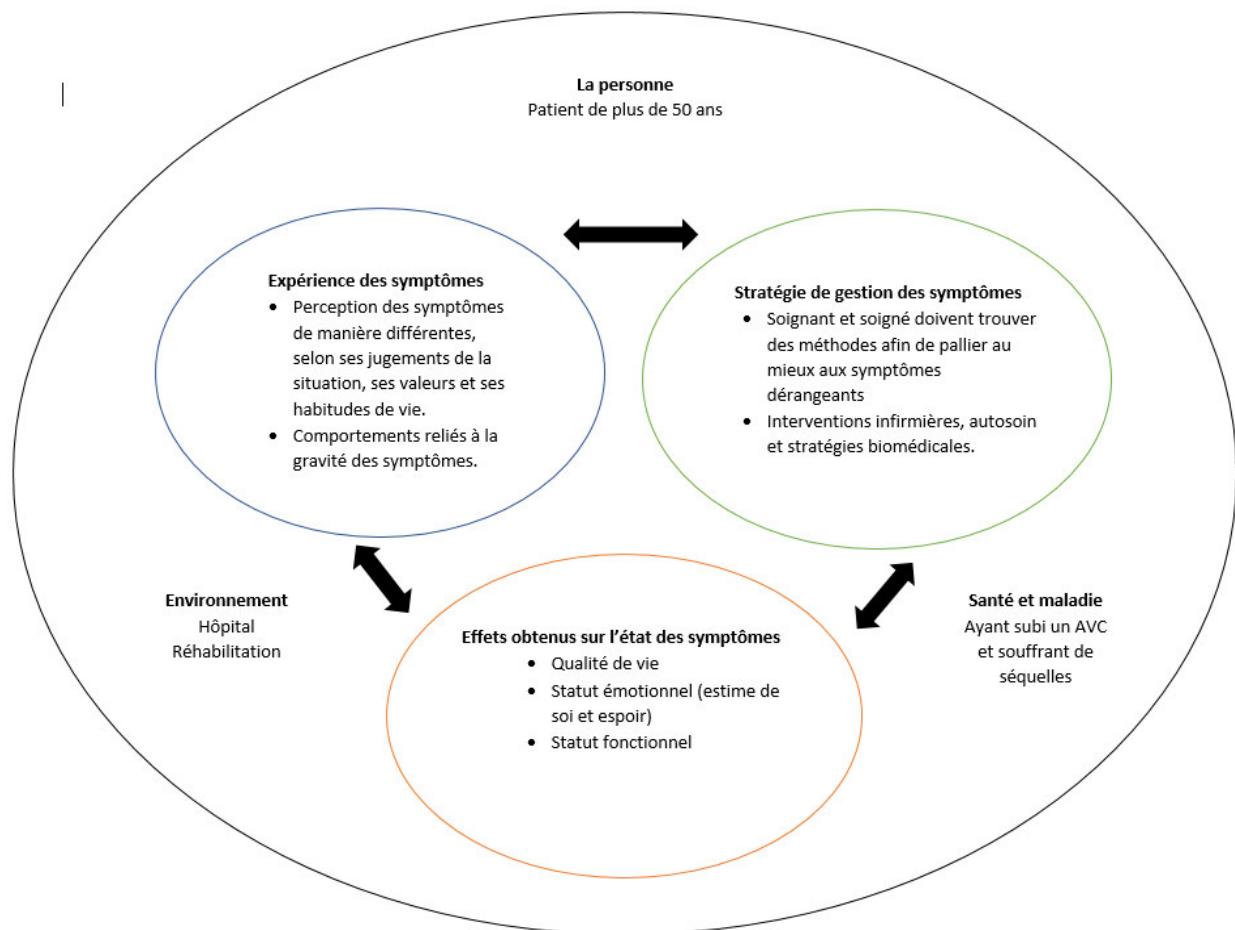
Le but de la théorie de la gestion des symptômes est en relation avec la question de recherche. En effet, les soignants (surtout les infirmières) sont au premier plan lorsqu'il s'agit de la prise en soins des patients. Leur but commun est donc de trouver des moyens de coping infirmiers afin de pallier aux symptômes. Parfois, le patient arrive à développer par lui-même des stratégies de gestion de ses symptômes. Cependant, lorsqu'il est dans l'incapacité d'y arriver seul, l'infirmière, en partenariat avec l'équipe multidisciplinaire et le patient, déploie ses compétences pour remédier aux symptômes et ainsi

d'aider le patient à retrouver une qualité de vie améliorée. Les soins doivent être individualisés étant donné que la qualité de vie est une notion subjective et interprétée de manière différente pour chacun.

Cette théorie est un processus dynamique qui permet de mettre en place des interventions rapidement. Dans la pratique, il est important d'évaluer l'efficacité des interventions infirmières. En cas d'échec, le processus est à modifier afin de retrouver l'adhérence entre chaque dimension.

Les articles retenus étaient riches de propositions d'actions professionnelles ce qui a permis de répondre à la question de recherche du travail.

Figure 1: Schéma théorique de la gestion des symptômes (traduction du schéma publiée par Dodd, Janson, et al., (2001) et adapté selon ce travail par Duc et Toutain.



4.2. Réponse à la question de recherche et implications pour la pratique

Le but de ce travail était de trouver une réponse à la question : *Quelles sont les interventions infirmières précoces qui permettent à une personne ayant subi un AVC d'améliorer sa qualité de vie ?* La lecture critique des six articles a permis de ressortir plusieurs interventions utiles et applicables à la pratique infirmière. Selon Min et al (2015), l'infirmière doit minimiser les déficits, surtout physiques et en particulier lors d'hémiplégie. Chang et al (2016) précisent que le but est d'augmenter le niveau d'indépendance et de promouvoir une réhabilitation efficace. Il faut faire preuve de beaucoup d'empathie et d'écoute et se renseigner sur le mode de vie qu'adoptait le patient avant l'AVC. Savini et al (2014) insiste sur le fait qu'il est important de soutenir les proches qui soutiendront à leur tour leur parent accidenté. Afin d'améliorer la qualité de vie, il faut également agir sur plusieurs de petits éléments présentés dans l'article de Catanguy et Slark en 2012. L'état cutané doit être contrôlé aux deux heures avec une mobilisation du patient afin de ne pas voir apparaître des points de compression ou pire, des escarres. Un matelas anti-escarre est donc recommandé. L'infirmière s'assure qu'aucune sonde vésicale ne soit posée, ceci permettra au patient de maintenir sa continence. Elle privilégie des tournées pendant lesquelles elle propose un vase ou un urinal. Elle encourage le patient à beaucoup boire la journée afin d'éviter les infections urinaires et de diminuer l'apport liquidien en soirée dans le but d'éviter des fuites urinaires nocturnes. Elle veille également sur le transit du patient en donnant des laxatifs, sous prescription médicale, de manière régulière et en s'assurant qu'aucune médication ne provoque de constipation. Elle s'assure que le patient ait un régime suffisamment riche en fibre et équilibré. Elle pèse le patient maximum 72h après l'AVC et prend cette mesure toutes les semaines afin d'assurer une traçabilité du poids. Elle n'hésite pas à faire appel à une collègue diététicienne qui prendra le relai au sujet des apports nutritionnels et liquidiens du patient. L'infirmière promeut le confort du patient en lui offrant des soins de bouche et en lui donnant un traitement antifongique, sur ordre médical, lors de muguet ou autre problème mycosique de la bouche. Elle s'assure que le patient suit le bon traitement à la bonne dose, à la bonne heure, aux bonnes indications et par la bonne voie d'administration. L'infirmière doit également être alerte quant à l'apparition d'une symptomatologie dépressive. Elle reste attentive à l'appareillage du patient en vérifiant les apparitions d'infections et en changeant les cathéters veineux périphériques aux 72h. Des tests de déglutition sont faits régulièrement pour s'assurer qu'aucune dysphagie n'est présente.

Par ailleurs, l'accident vasculaire cérébral (AVC) caractérisé la plupart du temps par son aspect soudain, provoque des changements sur les habitudes et la qualité de vie. Les capacités motrices sont également souvent altérées. Le statut émotionnel est un facteur à prendre en compte dans la phase aiguë de réhabilitation après un AVC. Les mesures infirmières se porteront donc également sur ces aspects.

L'étude de Tutton & al. a démontré que l'espoir suite à un AVC est exprimé par les patients, comme un fort désir de recouvrement, de revenir à la normale et de réflexion sur leur vie. L'espoir est l'instigateur des objectifs et des activités nécessaires à la récupération. Ainsi, l'auteur recommande dans cette étude

de favoriser les objectifs d'espoir, à l'aide d'objectifs réalistes et en évitant les faux espoirs. Ceux-ci seraient contre-productifs. Les patients mettent l'accent sur le corps défaillant, l'incertitude de récupération, le risque d'un autre AVC et l'invalidité à long terme. L'infirmière est invitée à favoriser une progression émotionnelle du patient pour sa récupération. Parallèlement, l'étude a démontré que le statut physique influence l'espoir, c'est pourquoi la nécessité d'apprendre la patience est essentielle.

La diminution de l'état fonctionnel est souvent accompagnée de perturbation émotionnelle. Vickery & al. (2009) ont démontré dans leur étude que l'estime de soi dépend du niveau fonctionnel et influence les symptômes dépressifs. En ce sens, le rôle de l'infirmière en réadaptation aigüe est d'évaluer l'estime de soi du patient, tout au long du séjour afin de prévenir le risque de développer une symptomatologie dépressive. L'auteur propose pour se faire, d'évaluer ce qui est important pour le survivant, c'est-à-dire ce que le survivant utilise pour faire un jugement de sa propre valeur (ex. actif physiquement, pouvoir se mobiliser seul...). L'infirmière devra également être attentive aux échecs perçus dans la mobilité qui pourraient précipiter la baisse de l'estime de soi. Ceci peut dès lors représenter un facteur de risque pour le développement de troubles émotionnels. Pour finir, il est important de maximiser la récupération pendant la réadaptation. La réadaptation est un processus dynamique de recouvrement où le patient est actif et où un grand nombre de facteurs émotionnels entrent en jeu.

4.3. Caractère généralisable des résultats

Chaque patient ayant subi un AVC voit sa qualité de vie modifiée. Selon la gravité et la zone touchée du cerveau, les symptômes seront présents différemment d'une personne à une autre. Chaque patient a donc des symptômes plus ou moins importants qu'il va gérer à sa manière et qui vont modifier sa qualité de vie. La façon dont la personne va gérer ses symptômes n'est pas généralisable car il faut la prendre en compte avec son vécu, ses valeurs, ses croyances et ses habitudes de vie. Plusieurs lectures ont démontré que le statut fonctionnel a un rôle important sur le statut émotionnel et la qualité de vie.

4.4. Implications pour la recherche et limites des articles retenus

Aucun des articles retenus pour ce travail n'a été confectionné sur la base de la théorie de la gestion des symptômes. Il serait donc intéressant de mettre en lumière cette théorie qui a un lien étroit avec cette atteinte neurologique.

Plusieurs articles ont traité du concept de la qualité de vie et ils comportent tous des limites. Dans l'article de Min et al. (2015), il y a plusieurs biais. Cette étude a été menée en Corée du Sud et des différences culturelles sont omniprésentes. Concernant l'étude de Savini et al (2014), la première limite est également culturelle vu que l'étude a été menée en Italie. La deuxième limite de cet article est que l'étude est menée sur des personnes vivants à domicile et ne correspondant pas à une phase aigüe.

L'article de Chang et al (2016) ne dispose pas de recueils de données complets. De plus, les personnes aphasiques ou avec des troubles cognitifs trop importants ont été exclues ce qui ne permet pas l'obtention de résultats significatifs. Les notions d'anxiété, de dépressions et de statut émotionnel n'ont pas inclus dans l'étude. Ces deux données ont une influence importante sur le concept de la qualité de vie. De plus, cette étude a été effectuée en Corée ce qui représente des différences culturelles.

L'article de Catanguai et al. (2012) qui a pour but d'améliorer la prise en soins infirmières des patients ayant subi un AVC, comprend deux limites. Les limites interviennent au niveau des résultats. Ces derniers ne prennent pas en compte les expériences des patients et des infirmières par rapport à cette nouvelle méthode. L'auteur recommande une étude qualitative. Les résultats ne comportent pas de statistiques représentatives indiquant l'efficacité des interventions infirmières.

L'étude de Vickery et al. (2009) s'intéressant à la relation entre le niveau de l'estime de soi, l'état fonctionnel et les symptômes dépressifs chez les patients accueillis en réadaptation après un AVC, comporte certaines limites. La sévérité de l'AVC ainsi que les troubles du langage n'ont pas été pris en compte. Ceci peut donc fausser les résultats étant donné que ce sont des facteurs influençant sur le statut émotionnel, plus particulièrement l'estime de soi. Ces deux composantes sont vivement recommandées à être étudiées pour de prochaines recherches. La deuxième limite de cette étude est qu'un diagnostic médical de dépression n'a pas été posé et qu'il s'agit d'un auto-diagnostic. Ceci correspond donc à un niveau de détresse émotionnelle qui peut différer d'une personne à l'autre sans pour autant révéler une véritable dépression sur le plan clinique.

L'article de Tutton et al. (2011) traitant le concept de l'espoir après un AVC contient plusieurs limites. La première révèle le fait de ne pas avoir choisi une profession de la santé en particulier mais d'avoir traité le sujet de façon interdisciplinaire. Ceci est donc plus général et les interventions ne sont pas toujours applicables pour les infirmières. Des interventions plus concrètes au niveau infirmier sont donc recommandées pour de futures recherches. De plus, les patients atteints d'aphasie, de dysarthrie ou de dépression clinique sévère ont été exclues de l'étude. L'espoir de ces personnes est probablement inférieur à celui des autres patients et cette donnée ne peut donc pas être exploitée. La dernière limite est représentée par le fait que les proches des patients n'ont pas été intégrés à l'étude. Ceci aurait pu accroître les données et donc permis une amélioration de la compréhension du concept de l'espoir.

4.5. Limites du travail

L'AVC est un sujet très exploité dans la recherche en vue de sa forte prévalence sans cesse augmentée. De plus, l'AVC provoque des nombreuses séquelles neurologiques dont la majorité ayant fait l'objet de nombreuses études. En outre, la question de recherche est ciblée sur la qualité de vie, un terme très large. Ces trois éléments font qu'il y a une grande diversité de littérature scientifique. Il a été difficile de cibler les études pertinentes quant au sujet du travail.

Certains résumés d'articles correspondant à la question de recherche ont été lus avec attention. Après les avoir trouvés, ces études étaient écrites en une langue autre que le français ou l'anglais, ce qui a empêché de les garder pour la suite du travail.

Beaucoup d'études asiatiques écrites en anglais ont été décelées. Ces dernières étaient très pertinentes quant à la question de recherche mais ont dû être limitées pour cause de trop grandes divergences culturelles.

5. CONCLUSION

Ce travail a pour but de répondre à la question de recherche initiale : Quelles interventions infirmières précoces permettent à une personne ayant subi un AVC d'améliorer sa qualité de vie ? A partir de lectures critiques de six articles, trois concepts principaux sont ressortis. Il s'agit de la qualité de vie, de l'estime de soi et de l'espoir. Ce sont sur ces trois aspects que les interventions infirmières spécifiques pourront être mises en place. En effet, ce travail démontre que plus les déficits fonctionnels sont importants, moins bons seront les aspects émotionnels regroupant la qualité de vie, l'estime de soi et l'espoir. À travers ses soins, l'infirmière va permettre au patient d'augmenter son niveau d'indépendance tout en lui apportant empathie et écoute afin de fixer de nouveaux objectifs visant l'amélioration des statuts émotionnels. Elle doit également intégrer et soutenir la famille et les proches du patient dans les soins et tout au long la réhabilitation. Par ailleurs, dans son rôle autonome, l'infirmière est invitée à faire preuve d'observation et d'évaluation afin d'améliorer l'état du patient de manière holistique.

D'autre part, l'utilisation d'une théorie infirmière, ici la théorie de la gestion des symptômes, permet, d'une part, de cibler les enjeux de la gestion des symptômes et, d'autre part, permet d'offrir une réponse individualisée au positionnement et aux responsabilités de l'infirmier dans une telle prise en charge. L'utilisation de ce cadre de référence permet également d'ancrer ce travail dans la discipline infirmière.

Cependant, la pathologie de l'accident vasculaire cérébral est complexe et l'amélioration de la qualité de vie du patient ne dépend pas uniquement des soins infirmiers. En effet, une prise en charge multidisciplinaire est naturellement nécessaire au recouvrement des capacités. L'infirmière est donc amenée à collaborer notamment avec les physiothérapeutes, les logopédistes, les médecins, les ergothérapeutes, les diététiciennes et les techniciens en radiologie médicale. Chacun aura un rôle plus ou moins important et interviendra dans différentes mesures selon les séquelles du patient.

LISTE DE RÉFÉRENCES

- Bossy, R., Rapin P.-A. (2011). Quel itinéraire de neuroréhabilitation pour les patients victimes d'un AVC ou d'un TCC ? *Revue Médicale Suisse*, Mai 2011, p. 941-943.
- Burton, C., Gibbon, B. (2005). Expanding the role of the stroke nurse : a pragmatic clinical trial. *Journal of Advanced Nursing*, 52, 6, p.640-649
- Cantangui, E.J. & Slark, J. (2012). Nurse-led ward rounds : a valuable contribution to acute stroke care. *British journal of nursing*, vol.21, No 13.
- Chang, W.H., Sohn, M.K., Lee, J., Kim, D.Y., Lee, S-G., Shin, Y-I., Oh, G-J,...Kim, Y-H. (2016). Predictors of functional level and quality of life at 6 months after a first-ever stroke: the KOSCO study. *J. Neurol* doi : 10.1007/s00415-016-8119-y. Repéré à :
<https://www.santeromande.ch/Structure/C10.228.140.300.301.html>
- De Man-van Ginkel, J., Gooskens, F., Shuurmans, M., Lindeman, E., Hafsteinsdorrit, T. (2010). A systematic review of therapeutic interventions for poststroke depression and the role of nurses. *Journal of clinical Nursing*, 19, p.3274-3290
- Goulding, R., Thompson, D., Beech, C. (2004). Caring for patients with hemiplegia in an arm following a stroke. *British Journal of Nursing*, Vol. 13, No 9, p.534-539
- Lightbody, E.C., Baldwin, R., Connolly, M., Gibbon, B., Jawaid, N., Leathley, ... Watkins, C. L. (2007). Can nurses help identify patients with depression following stroke ? A pilot study using two methods of detection. The Authors. *Journal compilation*, 57, N 5, p.505-512
- Matthews, S., (2009), Interventions for rehabilitation post-stroke and the contribution of the nursing staff. *JARNA*, 12, 3, p.12-15
- Min, K-B. & Min, J-Y. (2015). Health-related quality of life is associated with stroke deficits in older adults. *Age and ageing*, vol44, p700-704. doi: 10.1093/ageing/afv060
- Savini, S., Buck, H-G., Vaughan Dickson, V., Simeone, S., Pucciarelli, G,...Vellone, E. (2014). Quality of life in stroke survivor-caregiver dyads: a new conceptual framework and longitudinal study protocol. *JAN Protocol*. p.676-687
- Schnitzler, A., Pradat-Diehl, P. (2006). Reprise du travail après un accident vasculaire cérébral. *La Lettre du Neurologue*, vol. X, n°4, p. 126-132.
- Smith, M. (2012). Management of hemiplegic shoulder pain following stroke. *Nursing Standard*. 26, 44, 35-44.

Struwe, J.H., Baernholdt, M., Noerholm, V. & Lind, J. (2013). How is nursing care for stroke patients organised? Nurses' views on best practices. *Journal of Nursing Management*, 21, p. 141-151.

Theofanidis, D., Fitsioris, X. & Iakosov, T. (2015). Stroke Scales and Trajectory of Recovery : a Major Concern for Patients and Nurses Alike. *Health Science Journal*, Vol. 9, No 4 :5.

Tutton, E., Seers, K., Langstaff, D. & Westwood, M. (2011). Staff and patient views of the concept of hope on a stroke unit: a qualitative study. *Journal of advanced nursing*. Vol.68(9), p.2061-2069. doi :10.1111/j.1365-2648.2011.05899.x

Vickery, C.D., Sepheri, A., Evans, C.C. & Jabeen L.N. (2009). Self-esteem level and stability, admission functional status and depressive symptoms in acute inpatient stroke rehabilitation. *Rehabilitation Psychology*, Volume 54, N.4, p. 432-439

Van Almenkerk, S., Depla, M., Smalbrugge, M., Eefsting, J-A. & Hertogh, C. (2015) Pain among institutionalized stroke patients and its relation to emotional distress and social engagement. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, volume 30, p. 1023–1031.

Yetzer, E., Blake, K., Goetsch, N., Shook, M. & St. Paul, M. (2015). SAFE Medication Management for Patients with Physical Impairments of Stroke, Part one. *Rehabilitation Nursing*, 40, p. 260-266.

Sites internet :

<http://www.fragile.ch/fr/lesions-cerebrales/causes/attaque-cerebraleavc/avc-faits-et-chiffres/> repéré le 06.06.2017

ANNEXES

Annexe I : « Predictors of functional level and quality of life at 6 months after a first-ever stroke : the KOSCO study », grille de lecture critique d'une étude quantitative (Fortin, 2010, pp. 88-89)

Annexe II : « Quality of life in stroke survivor-caregiver dyads: a new conceptual framework and longitudinal study protocol », grille de lecture critique d'une étude quantitative (Fortin, 2010, pp. 88-89)

Annexe III : « Health-related quality of life is associated with stroke deficits in older adults », grille de lecture d'une étude quantitative (Fortin, 2010, pp. 88-89).

Annexe IV: « Staff and patients views of the concept of hope on a stroke unit : a qualitative study », grille de lecture d'une étude qualitative (Fortin, 2010, pp. 90-91).

Annexe V: « Self-Esteem Level and Stability, Admission Functional Status, and Depressive Symptoms in Acute Inpatient Stroke Rehabilitation », grille de lecture d'une étude quantitative (Fortin, 2010, pp. 88-89).

Annexe VI : « Nurse-led ward rounds : a valuable contribution to acute stroke care », grille de lecture d'une étude quantitative (Fortin, 2010, pp. 88-89).

ANNEXE I

Predictors of functional level and quality of life at 6 months after a first-ever stroke: the KOSCO study. Grille de lecture critique d'une étude quantitative (Fortin, 2010, pp. 88-89)

Chang, W.H., Sohn, M.K., Lee, J., Kim, D.Y., Lee, S.-G., Shin, Y.I., Oh, G.J., Lee, Y.S., Joo, M.C., Han, E.Y., Kang, C., Kim, Y.-H. (2016).

Eléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
Titre	Le titre précise d'entrée les concepts clés de l'article qui sont la qualité de vie, l'AVC ainsi que les niveaux prédictifs fonctionnels.
Résumé	<p>Dans le résumé apparaît le problème. Ce dernier est celui qu'après l'AVC, il y a des changements concernant la qualité de vie de la personne ainsi que des changements fonctionnels.</p> <p>Le but de l'article est d'analyser les facteurs influençant le statut fonctionnel et la qualité de vie des patients six mois après le premier AVC.</p> <p>La méthode est explicitée dans le résumé également. Elle consiste à analyser une cohorte coréenne de 2857 patients (n=2857) qui compare les résultats obtenus six mois après l'AVC à l'aide de deux échelles : la FIM (permettant de mesurer l'indépendance fonctionnelle) et la EQ-5D (calculant le degré de qualité de vie du patient).</p> <p>Les résultats sont présentés brièvement. Dans le cadre de l'étude, 80.1% des patients ont été victimes d'un AVC ischémique et 19.9% d'un AVC hémorragique. Les deux échelles sont expliquées et les éléments recherchés dans ces échelles sont explicités.</p> <p>La discussion n'est pas apparente dans le résumé de manière claire. Ceci est exposé sous forme de conclusion. Il est explicité que plus les éléments fonctionnels sont touchés, moins bonne sera la qualité de vie.</p>
Introduction	
Problème de recherche	<p>Dans cet article, il s'agit d'étudier les niveaux fonctionnels des patients ayant subi un AVC ainsi que leur qualité de vie.</p> <p>Le problème s'explique par le fait que les AVC provoquent chez beaucoup de victimes de lourdes séquelles à assumer. Étant donné que le nombre d'AVC est en constante augmentation, cet article traite un contexte tout à fait actuel. Les AVC représentent un problème de santé publique. Ceci sous-entend donc que les infirmières seront de plus en plus amenées à travailler avec ces patients-là, et ce, dans n'importe quel service. Les séquelles que supportent les patients sont parfois conséquentes et elles représentent des fardeaux pour les patients mais aussi pour les soignants et les proches.</p>
Recension des écrits	Les recherches antérieures ne sont pas clairement explicitées. Elles sont citées entre parenthèses après chaque citation. Aucune d'entre elles n'est critiquée par les auteurs.

	<p>L'étude montre qu'il y a une progression des idées car nous apprenons toujours plus sur cette problématique de l'AVC. Cet article fait partie de ceux qui veulent voir une avancée sur cette thématique et va dans la continuité des autres études citées entre parenthèses.</p> <p>Toute la recension des écrits s'appuie sur des sources primaires. Il s'agit de citations provenant d'autres auteurs ayant écrit sur un sujet similaire.</p>
Cadre de recherche	Il n'y a pas de cadre conceptuel mis en évidence. L'auteur ne justifie pas l'absence d'un cadre de recherche.
But, questions de recherche	<p>Le but de l'étude apparaît dans cet article de manière claire et concise. Le but est de déterminer les facteurs indiquant le niveau fonctionnel ainsi que la qualité de vie dans une phase chronique chez un patient ayant subi un premier AVC.</p> <p>Les questions de recherches sont exposées. Deux éléments vont être investigués. D'une part, la qualité de vie du patient et d'autre part, ses facteurs fonctionnels.</p> <p>P : patient ayant fait un AVC il y a 6 mois I : analyser une large cohorte avec des sous-groupes entre AVC ischémique ou hémorragique et développer un modèle prédictif plus précis. C : - O : Le FIM a un lien étroit avec le résultat de la qualité de vie. Plus l'assistance est grande moins bonne est la qualité de vie. T : 6 mois après l'AVC</p>
Méthode	
Population et échantillon	<p>La population de l'étude est définie de manière précise. Il s'agit de patient ayant fait un AVC pour la première fois et qui ont été recruté six mois plus tard par la cohorte KOSCO (coréenne) entre août 2012 et octobre 2014. L'échantillon regroupait 8521 participants (n=8521) dont 80.1% ayant été victime d'un AVC ischémique et 19.9% d'un AVC hémorragique.</p> <p>L'auteur n'a pas envisagé des moyens d'accroître la représentativité des résultats.</p> <p>La taille de l'échantillon a été déterminée par les caractéristiques auxquelles les patients devaient correspondre. Ils devaient avoir séjourné dans des hôpitaux pour lesquelles KOSCO travaille. Ils doivent également avoir fait leur premier AVC et doivent suivre un programme six mois après leur AVC.</p>
Considérations éthiques	<p>Les moyens pour sauvegarder les droits des participants sont adéquats. Tous les comités d'éthique des hôpitaux ainsi que les patients ont donné leur accord pour la participation à l'étude.</p> <p>L'étude a été conçue de façon à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants. En effet, aucun risque n'a été exposé et les résultats ne peuvent être que du bénéfice pour l'amélioration de la prise en charge de ces patients ainsi que leur qualité de vie.</p>

Devis de recherche	<p>Le devis utilisé a permis de séparer en deux parties les résultats que l'auteur souhaite avoir. Il y a d'une part, la qualité de vie et de l'autre part, l'indépendance fonctionnelle du patient. Cette méthode a permis de recueillir des informations sur ces deux sujets et d'ainsi trouver les réponses à leurs questions grâce à leur méthode.</p> <p>Il s'agit, pour cette étude, d'une étude de cohorte et plus précisément la KOSCO (Korean Stroke Cohort for Functioning and Rehabilitation)</p>
Mode de collecte des données	<p>Afin de recueillir des données, deux outils de mesure ont été expliqués avec le détail de chaque catégorie. Il s'agit de la FIM (Functionnal Independence Measure) et de la EQ-5D (Euro Quality of life).</p> <p>La FIM mesure le nombre de limitations auxquelles le patient est confronté dans ses activités quotidiennes. Les scores vont de 18 (dépendance complète) à 126 (complètement indépendant). Cet outil comporte six catégories :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le groupe 1 : assistance totale (18-39) • Le groupe 2 : assistance maximale (40-59) • Le groupe 3 : assistance modérée (60-79) • Le groupe 4 : assistance minimale (80-99) • Le groupe 5 : supervision (100-119) • Le groupe 6 : indépendance (120-126) <p>La EQ-5D analyse la qualité de vie des patients. Cette échelle comporte cinq catégories :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le groupe 1 : complètement non-satisfait (de 0.000 à 0.3000) • Le groupe 2 : sévèrement non-satisfait (0.000-0.3000) • Le groupe 3 : modérément non-satisfait (0.3000-0.6000) • Le groupe 4 : légèrement non-satisfait (0.6000-0.9000) • Le groupe 5 : satisfait (plus de 0.9000) <p>Ces deux outils n'ont pas été créés pour les besoins de l'étude. Ils existaient déjà et l'auteur a décidé de les faire se rencontrer pour pouvoir mener à bien son étude.</p> <p>La fidélité et la validité de ces deux outils de mesure n'ont pas été évaluées.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte de données est explicité grâce aux échelles mais il est expliqué que quelques données sont manquantes concernant la manière dont ils ont choisi l'échantillon.</p>
Analyse des données	<p>L'étude comporte plusieurs tableaux qui permettent de répondre aux hypothèses et d'exprimer les résultats.</p>
Résultats	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés adéquatement de la manière suivante : Sur un premier schéma, il y a l'analyse afin de savoir si le patient est atteint d'un AVC ischémique ou hémorragique. Ces analyses ont été faites pour 2857 personnes. La majeure partie (2289 participants) était atteinte d'un AVC ischémique contre 568 hémorragique. Deuxièmement, l'analyse démontre qu'il y a un lien entre le score faible du FMI et les AVC ischémiques ou hémorragiques. Il y a bien entendu des</p>

	<p>facteurs indépendants qui agissent également sur la FIM (comme la consommation d'alcool, l'âge, la durée d'hospitalisation etc).</p> <p>Troisièmement, les années d'éducation, les fonctions motrices, les fonctions ambulatoires et la fonction linguistique à la sortie étaient des prédicteurs positifs pour la qualité de vie dans la phase chronique des patients atteints d'AVC ischémiques.</p> <p>Pour les AVC hémorragiques, plus la réhabilitation progresse meilleure est la qualité de vie.</p> <p>Chaque résultat est résumé à l'aide d'un texte narratif. Par contre, ce dernier donne peu d'informations et il renvoie aux tableaux.</p>
Discussion	
<p>Interprétation des résultats</p>	<p>Etant donné que l'étude n'est pas menée selon un cadre de recherche, les résultats ne peuvent donc pas être présentés selon un cadre de recherche.</p> <p>Les résultats de cette étude concordent avec les études antérieures. Ils aident la littérature à avancer et à compléter les éléments manquants du sujet.</p> <p>Chaque tableau reprend les résultats, les interprètent et les résumant.</p> <p>Les limites de l'étude ont été définies. Notamment, la grande partie (4.8%) d'informations manquantes concernant la récolte d'informations sur les participants. Une autre limite est celle concernant les personnes n'ayant plus la capacité de communiquer avec le langage ou ayant des pertes cognitives trop importantes pour suivre l'étude. Il est dit aussi que les notions de dépression et d'anxiété n'ont pas été traitées et que cela aurait pu être inclus dans l'étude. Il apparaît également que le statut émotionnel n'a pas été abordé alors qu'il a un grand lien avec la qualité de vie.</p> <p>Tous les éléments des résultats sont repris dans la conclusion afin de bien comprendre l'article.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Concernant les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique, il est dit que l'article comprend des informations utiles pour procurer des soins adaptés et systématiques au patient.</p> <p>L'infirmière doit prendre en compte : l'âge, la gravité initiale de l'AVC, la durée de l'hospitalisation et le niveau fonctionnel. Il y a un lien étroit entre l'atteinte motrice et fonctionnelle et la qualité de vie. Il faut donc faire preuve d'empathie de compréhension avec ces patients.</p> <p>Aucunes recommandations pour les recherches futures ne sont pas données.</p>

Fortin, M. (2010). Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives (2nd ed.). Montréal: Chenelière éducation.

ANNEXE II

Quality of life in stroke survivor-caregiver dyads: a new conceptual framework and longitudinal study protocol. Grille de lecture d'une étude quantitative (Fortin, 2010, pp. 88-89).

Savini, S., Buck, H., Vaughan Dickson, V., Simeone, S., Pucciarelli, G., Fida, R., Matarese, M., Alvaro, R., & Vellone, E. (2014)

Eléments d'évaluation Questions pour faire la lecture critique	
Titre	<p>Le titre précise le concept clé qui est la qualité de vie. La population est elle aussi exposée. Il s'agit d'étudier des survivants d'AVC ainsi que leur proche-aidant. La notion de qualité de vie est étudiée par le biais d'un nouveau cadre conceptuel et d'une étude longitudinale.</p>
Résumé	<p>Le problème est exposé. Nous savons que l'AVC a un impact significatif sur le duo patient-proche aidant car leur relation a beaucoup évolué par rapport à avant l'AVC.</p> <p>La méthode est décrite. Nous savons qu'un échantillon de patient avec leur proche aidant a été choisi et a accepté de s'inscrire à la sortie de l'hôpital de réhabilitation et sera suivi tous les 3 mois durant la première année.</p> <p>La discussion apparaît. Il est dit que l'auteur cherche à identifier des variables dans la situation préexistante avant l'accident vasculaire cérébral, la nouvelle situation de médiation après l'AVC ainsi que des modérateurs de la situation qui influencent la qualité de vie de la dyade du survivant-soignant de l'AVC.</p> <p>Il n'y a pas de sous-titre expliquant les résultats, mais dans la discussion il apparaît que l'étude donne des informations pour la pratique et pour les recherches futures. Il est dit que l'article sera utile pour les prochaines études sur la dyade patient-proche aidant.</p>
Introduction	
Problème de recherche	<p>Le phénomène est formulé. L'AVC représente des changements dans la qualité de vie du patient et de son proche-aidant. Les chercheurs de cet article ont décidé d'introduire un nouvel cadre conceptuel qui prédit la qualité de vie chez les patients ayant subi un AVC et leur famille. Le but est de fournir des preuves sur les mécanismes de prédicteurs, médiateurs et modérateurs (support social, continuité de la réhabilitation et la préparation de l'aidant) qui affectent le survivant et son soignant. Ce nouveau cadre est explicité.</p> <p>Dans le contexte des connaissances actuelles, il y a des chiffres prouvant que les AVC ont en général des répercussions importantes sur les victimes et que ceci influence leur qualité de vie.</p> <p>Les résultats obtenus auront de l'importance quant à la pratique infirmière et leurs interventions futures.</p>
Recension des écrits	<p>Des travaux de recherches antérieurs sur ce sujet ont déjà été entrepris. Il est reporté que plusieurs études sur la qualité de vie du survivant et de son proche aidant ont été menées mais que la plupart des résultats de ces études n'étaient pas très bons car la façon de voir des deux personnes</p>

	<p>peut changer à tout moment car ces études étaient des études transversales. Il est dit que d'autres études longitudinales ont été menées.</p> <p>Il y a une progression des idées. Beaucoup d'études ont été faites pour montrer l'importance d'avoir un soignant (proche-aidant) à ses côtés et qu'un bon support social augmente la qualité de vie.</p> <p>Il y a une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche. Il est dit que les études longitudinales traitaient déjà les aspects des 3 moments (avant, pendant la réhabilitation, après).</p> <p>La recension des écrits s'appuie sur des articles originaux.</p>
Cadre de recherche	<p>L'étude présente un nouveau cadre conceptuel. Ce nouveau cadre est décrit tout au long de l'étude.</p> <p>Le cadre conceptuel est relié au but de l'étude étant donné qu'il fait partie intégrante du but de l'étude.</p>
But, questions de recherche	<p>Il y a un point dédié au but de l'étude. Il est dit que le but de l'étude est de décrire la qualité de vie des survivants des AVC ainsi que leur soignant de la réhabilitation à l'hôpital jusqu'à 12 mois après et d'examiner la situation avant l'AVC, la nouvelle situation après l'AVC et les supports sociaux dans l'environnement.</p> <p>Il y a 3 hypothèses qui sont générées d'après ce cadre conceptuel :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les caractéristiques du duo avant l'AVC prédiront la qualité de vie après l'AVC • Les variables liées aux AVC et les variables liées à la prestation de soins influencent la relation entre les caractéristiques dyadiques • Les variables liées à l'environnement et aux prestataires de soins modèrent la relation entre les caractéristiques dyadiques, les variables liées aux AVC et les variables liées à la prestation de soins <p>Les variables font partie intégrante des concepts utilisés.</p>
Méthode	
Population et échantillon	<p>La population de l'étude est définie de manière détaillée. Il faut qu'il y ait un diagnostic d'AVC, être dans un hôpital de réadaptation, avoir une volonté écrite de participer à l'étude. Sont exclus : les personnes ayant des déficits psychiatriques ou moteurs avant l'AVC, avoir fait un précédent AVC qui a provoqué des aphasies ou qui a réduit le niveau de conscience, une personne ayant un cancer, un problème sévère à un organe qui peut être associé à une qualité de vie basse.</p> <p>Pour les soignants (proche-aidant), il faut être identifié comme le soignant principal non payé par le patient. Il faut que le survivant de l'AVC accepte de participer à l'étude et qu'il y ait une volonté écrite de la part du soignant de participer à l'étude.</p> <p>Si un des deux participants de la dyade ne répond pas à ce critère, les deux sont exclus de l'étude.</p>

	<p>Concernant la représentativité de l'échantillon, il est juste mentionné qu'un minimum de 200 participants est requis. 200 participants minimum car ils utilisent un modèle avec une technique d'équation structurelle (qui requiert un échantillon large).</p>
Considérations éthiques	<p>Concernant les droits des patients, il y a un accord du comité éthique en janvier 2014 ainsi qu'avec la déclaration d'Helsinki. Tous les participants reçoivent des informations avant le début de l'étude. Toutes les données sont stockées dans un endroit de manière à préserver leur confidentialité. Les participants ont le droit d'abandonner l'étude à tout moment. Si un des participants se sent fatigué durant la récolte de données, il est respecté et il a le droit de prendre une pause.</p> <p>L'étude a été conçue de manière à préserver les participants. En effet, il offre des pauses aux participants. Aucun acte n'est dangereux ou ne représente un risque pour ce dernier. Ceci permet donc d'en maximiser les bénéfices.</p>
Devis de recherche	<p>Il apparait en quoi la qualité de vie du survivant de l'AVC et de son proche aidant est modifiée et comment. Le devis choisi est donc clair.</p> <p>Le devis permet de pouvoir exploiter toutes les questions de recherche car il est séparé en 3 parties (avant, pendant, après l'AVC/réhabilitation).</p>
Mode de collecte des données	<p>Il y a plusieurs descriptions des outils utilisés pour la méthode. Pour évaluer la situation qu'il y avait avant l'AVC, deux questionnaires sont distribués pour obtenir des informations sur le duo soignant-soigné (âge, genre, statut marital, travail, éducation, salaire, les conditions de vie, la situation familiale). Il s'agit d'utiliser la Mutuality Scale et the Modified Charlson Comorbidity Index.</p> <p>La Mutuality Scale comporte 15 items qui mesure la qualité de relation entre le soignant et le soigné. Le score le plus haut indique une bonne qualité de la relation.</p> <p>Pour la nouvelle situation (après l'AVC), l'index de Barthel a été utilisé ainsi que the Hospital Anxiety and depression scale, The Caregiver Burden Inventory et le living and caring questionnaires.</p> <p>Encore une fois, ces instruments ont été considérés comme fiables et adéquats.</p> <p>Pour les modérateurs de la situation, la Multidimensional Scale of Perceived Social Support, la Caregiving Preparedness Scale.</p> <p>Tous ces instruments sont fiables.</p> <p>D'autres instruments sont utilisés spécifiquement pour mesurer la qualité de vie. Notamment la Stroke impact scale 3.0, the World Health Organization Quality of Life-Brief et la World Health Organization Quality of life-spiritual, religiousness et personal beliefs.</p> <p>L'auteur indique qu'elles ont déjà été utilisées auparavant.</p> <p>Concernant la fiabilité et la validité de ces deux outils, il est dit que la MS a été démontrée comme adéquate concernant la validité et la fiabilité. Pour MCCI, il a été démontré qu'il s'agissait de l'outil le plus précis pour prédire les résultats fonctionnels après l'AVC.</p>

<p>Conduite de la recherche</p>	<p>Afin de récolter des données sur la situation avant l'AVC, deux questionnaires sociodémographiques ont été utilisés. Ceci a permis d'avoir des informations sur la dyade patient-proche-aidant (âge, sexe, emploi, statut social, revenu etc). Ces instruments sont appelés la Mutuality Scale et la Modified Charlson Comorbidity Index.</p> <p>La nouvelle situation après l'AVC a été mesurée à l'aide de l'indice de Barthel (mesurant l'activité fonctionnelle), la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ainsi que le living and caring questionnaire. Le questionnaire living et caring ainsi que le questionnaire clinique permettent de collecter des données sur le type et le lieu de l'atteinte de l'AVC, le prix des soins et les complications. Le Caregiver Burden inventory est utilisé et aide à mesurer le fardeau que la victime représente pour son proche-aidant. La situation des proches-aidants a également été mesurée avec la Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) qui consiste à connaître si le proche-aidant reçoit de l'aide et la Caregiving Preparedness Scale consistant à connaître la préparation que le proche-aidant doit faire pour prodiguer les soins (CPS).</p> <p>Concernant l'évaluation de la qualité de vie de la dyade, ceci a été mesuré à l'aide de la Stroke Impact Scale 3.0 (SIS 3.0), la World Health Organization Quality of Life-Brief (WHOQOL-BRIEF) et la World Health Organization Quality of Life-Spiritual, Religiousness and Personal Beliefs (WHOQOL-SRPB).</p> <p>Ces évaluations ont été faites à 3, 6, 9 et 12 mois après le début de l'étude.</p>
<p>Analyse des données</p>	<p>Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont précisées afin de répondre à hypothèse. Chaque point est traité avec l'utilisation de plusieurs instruments. Chaque question a donc eu une réponse grâce à l'adéquation des instruments utilisés.</p>
<p>Résultats</p>	
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Les résultats sont repris à l'aide d'un tableau et ceci permet une bonne compréhension.</p> <p>Des statistiques ont été utilisées afin d'expliquer les résultats. Des corrélations ont été effectuées afin de comprendre le lien entre le duo patient et proche-aidant et la qualité de vie. Des régressions ont été faites afin d'identifier les prédicteurs de la qualité de vie chez le patient et le proche-aidant. Une échelle (actor-partner interdependence model) a été utilisée afin de comprendre l'impact que le partenaire a sur le patient. Ceci a révélé que l'effet-acteur désigne l'influence des émotions d'une personne sur soi-même ou elle-même. L'effet partenaire est l'impact des émotions de la personne sur son partenaire. Ce système a été utilisé pour prouver à quel point une variable (ou un symptôme) peut affecter à la fois la victime de l'AVC et son partenaire. Des analyses ont aussi démontré que la qualité de vie de la victime avec un support social est bien plus élevée.</p> <p>Chacun de ces résultats est résumé brièvement à l'aide d'un texte narratif.</p>

Discussion	
Interprétation des résultats	<p>Les résultats sont interprétés selon le cadre de recherche vu que l'étude propose un nouveau cadre recherche, les résultats sont expliqués d'après ce nouveau cadre.</p> <p>Comme attendu, la qualité de vie de la victime et de son proche-aidant est modifiée après un AVC et qu'il est comme un fardeau pour ces deux personnes.</p> <p>L'étude a été menée en Italie et les participants proviennent tous de ce pays. Il est donc possible que des différences entre les cultures existent. Les résultats ont été pris pour des gens se trouvant à la maison. Or, nous ne pouvons pas faire de généralité concernant la réhabilitation chez les patients.</p> <p>Il est dit qu'il y aura de plus en plus d'AVC dû au vieillissement de la population. L'AVC représente une augmentation du fardeau pour la société mais surtout pour les aidants de ces victimes. Il est donc important de se rendre compte que l'AVC n'est pas seulement un événement important pour le patient mais aussi pour tout son entourage.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Il est spécifié que ce cadre conceptuel peut être utilisé dans la profession infirmière lors des réhabilitations. L'infirmière a un rôle important qui est celui de soutenir le réseau de soutien du patient même s'il est parfois difficile de comprendre la dyade.</p> <p>Il n'y a pas de recommandations pour les futures recherches.</p>

Fortin, M. (2010). Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives (2nd ed.). Montréal: Chenelière éducation.

ANNEXE III

Health-related quality of life is associated with stroke deficits in older adults. Grille de lecture critique d'une étude quantitative (Fortin, 2010, pp. 88-89)

Kyoung-Bok, M. & Jin-Young, M. (2015)

Eléments d'évaluation Questions pour faire la lecture critique	
Titre	<p>Le titre est précis, il indique clairement le sujet et la population à l'étude. Il parle de personnes âgées cependant l'âge n'est pas précisé dans ce titre.</p> <p>Le titre donne déjà la réponse à l'étude.</p>
Résumé	<p>Le résumé est structuré par paragraphes et reprend les grandes lignes de la recherche : le problème, la méthode (avec la population et les outils utilisés), les résultats sont exposés de manière synthétique ainsi qu'une conclusion sur l'étude menée.</p>
Introduction	
Problème de recherche	<p>La première phrase capte l'attention et introduit l'article. Les données sur les conséquences d'un AVC sont décrites et annoncent le problème de recherche.</p> <p>Le problème de recherche est clairement formulé et justifié dans le contexte de connaissances actuelles (recension des écrits sur la qualité de vie et les séquelles des AVC). Il est circonscrit, il s'agit d'étudier <u>quelles séquelles</u> ont le plus d'impact sur la qualité de vie liée à la santé, ce que les études antérieures n'ont pas encore déterminé.</p> <p>Il n'y a pas de phrase qui mentionne une signification particulière pour la discipline infirmière dans l'introduction.</p>
Recension des écrits	<p>Les travaux de recherches antérieurs sont rapportés de façon critique notamment en dénonçant le fait que les études sur la qualité de vie et les séquelles d'un AVC « ont été assez limitées dans la taille de l'échantillon, effectuées avec un groupe sélectif (admissions à l'hôpital, unité spécialisée) ou entreprises avec des ajustements insuffisants pour les variables de confusion ». [Traduction libre]</p> <p>La recension des écrits montre cependant bien la progression des idées et fournit une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche (ce qui a été étudié et ce qui reste à éclaircir ou étudier).</p> <p>La recension des écrits s'appuie principalement sur des sources primaires c'est-à-dire d'autres études réalisées dans le passé et issues d'articles périodiques ou de documents officiels.</p>
Cadre de recherche	<p>Le cadre de recherche n'est pas explicite mais intégré dans la recherche. Il n'y a pas de cadre théorique dans cet article.</p>

<p>But, questions de recherche</p> <p>PICOT</p>	<p>Le but de l'étude est énoncé de façon claire : il s'agit d'investiguer l'association entre la qualité de vie relative à la santé et les déficits post-AVC chez les personnes âgées, et plus particulièrement quels déficits et le nombre de déficits (hémiplegie, paralysie faciale, dysarthrie (trouble élocution et parole), dysphagie ou troubles visuels).</p> <p>Il manque cependant des précisions dont les variables clés : le temps, le type d'interventions ainsi que l'âge de la population.</p> <p>P : La population à l'étude sont les personnes âgées mais l'âge n'est toujours pas précisé dans la question de recherche.</p> <p>I : Les interventions ne sont pas énoncées</p> <p>C : Pas de comparaison</p> <p>O : Déterminer quel type de déficit et le nombre de déficit influençant la qualité de vie après un AVC.</p> <p>T. le temps n'est pas précisé</p>
<p>Méthode</p>	
<p>Population et échantillon</p>	<p>La population de l'étude a été choisie à partir d'une enquête sur la santé de la communauté coréenne.</p> <p>La population est définie mais pas assez précisément : il s'agit de la communauté coréenne de plus de 60 ans. On ne sait pas si ce sont des participants qui ont eu un AVC ou non.</p> <p>Les données ont été récoltées en 2008 et 2009.</p> <p>Il s'agit d'un échantillonnage aléatoire simple sur la population coréenne. L'échantillon initial était important avec 138 920 participants de plus de 60 ans (N= 138 920). Après avoir exclu les participants qui n'ont pas répondu au questionnaire de qualité de vie, ou de manière incomplète, ou sans variables d'intérêt, il reste au final 122 095 (n = 122 095) participants inclus dans cette étude. De même que pour la population, dans l'échantillon nous ne savons pas s'il s'agit de personnes ayant eu un AVC ou non.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>L'article n'évoque pas les considérations éthiques et les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants.</p> <p>La collecte de donnée exige un certificat octroyé par les comités d'éthique de la recherche.</p>
<p>Devis de recherche</p> <p><i>Outils utilisés</i></p>	<p>Le devis utilisé est un devis descriptif corrélationnel transversal c'est-à-dire explorer des variables et regarder s'elles sont associées les unes aux autres.</p> <p>Ici, l'outil utilisé pour mesurer la qualité de vie est le EQ-5D (Euro Quality of life). C'est un questionnaire individuel qui permet de noter de 0 à 5 son état de santé, sur 5 dimensions (qui ne sont pas indiquées dans l'article) et qui les traduit en score de santé.</p>
<p>Mode de collecte des données</p>	<p>L'outil de mesure est décrit mais les 5 dimensions du EQ-5D questionnaire ne sont pas expliquées. Cependant elles sont indiquées dans les graphiques de la partie résultats.</p> <p>L'index du EQ-5D est décrit et explique comment les variables sont transformées en chiffres.</p> <p>La version coréenne du EQ-5D a été validée par le Centre Coréen de lutte contre la maladie et de prévention.</p>

	<p>Il est précisé également que d'autres variables telles que l'âge (par catégories), le genre, l'état civil, le revenu mensuel, les comorbidités, la consommation d'alcool et de tabac, le temps depuis l'AVC... etc, sont pris en compte dans l'étude.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données est clairement décrit. Le participant devait d'abord répondre à la question des antécédents d'accident vasculaire cérébral («si le répondant avait auparavant subi un AVC et qu'il avait été diagnostiqué par un médecin »)</p> <p>Si la réponse était positive il devait indiquer la date du diagnostic.</p> <p>D'autre part, si le participant a répondu oui aux antécédents d'AVC, une autre question concernant les déficits post-AVC lui a été posée (hémiplégie, dysarthrie, dysphagie, paralysie faciale ou encore des troubles visuels).</p> <p>À travers les différentes caractéristiques des participants, les statistiques ont été élaborées et reprises dans les résultats par groupes de comparaison.</p>
Analyse des données	<p>Pour examiner l'association entre la qualité de vie et les déficits liés aux AVC, ils ont utilisé des modèles de régression linéaire (=caractéristiques entre les variables) ainsi que le EQ-5D index qui était une variable continue.</p> <p>Toutes ces données ont ensuite été analysées avec un logiciel (américain), le SAS 9.2.</p> <p>Grâce à cette méthode d'analyse statistique, il est possible de répondre à la question de recherche : l'association entre la qualité de vie relative à la santé et les déficits post-AVC chez les personnes âgées</p>
Résultats	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont tout d'abord expliqués de façon narrative en décrivant des groupes de comparaison entre adultes ayant eu un AVC ou non, et entre ceux qui ont eu un ou plusieurs déficits suite à un AVC et ceux qui n'en n'ont pas eu.</p> <p>Les résultats sont ensuite adéquatement présentés à l'aide de graphiques et d'un tableau qui résume la partie narrative et qui permet de mieux interpréter les résultats.</p> <p>2 comparaisons effectués entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un groupe sans antécédents d'AVC et un groupe ayant subi un AVC (n=6 698) : <p>Les patients ayant subi un AVC avaient un score significativement plus bas au questionnaire EQ-5D : 0.67 contre 0.87.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un groupe ayant des déficits après l'AVC (n= 2 222) et un autre n'ayant pas de déficits après l'AVC. <p>Le ou les déficits les plus rapportés sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hémiplégie : 63.9 % (P < 0.0001) • Dysarthrie : 20.3 % (P = 0.0008) • Troubles de la vision : 7.9 % (P = 0.0274) • Paralysie faciale : 7.6 % • Dysphagie : 1.1 % (P = 0.0347)

	<p>Plus le nombre de déficits est important, plus le score de EQ-5D diminue et donc plus la qualité de vie diminue. Respectivement pour un, deux trois, quatre ou cinq déficits, la valeur $\beta = -0.080 ; -0.147 ; -0.229 ; -0.252$ et -0.293.</p> <p>L'hémiplégie est le déficit le plus significatif qui induit une réduction de la qualité de vie : $\beta = -0.143$ et $P < 0.001$ et 0.63 au questionnaire EQ-5D.</p> <p>D'après les résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il existe effectivement une corrélation entre la qualité de vie et les déficits liés à l'AVC. • Les troubles moteurs après un AVC ont un impact sur la qualité de vie. • Une faible qualité de vie est associée au nombre et au type de déficits. • Plus le nombre de séquelles augmente moins la qualité de vie est haute. • L'hémiplégie est la séquelle principale qui induit un faible niveau de qualité de vie.
Discussion	
<p>Interprétation des résultats</p>	<p>L'interprétation et les conclusions sont conformes aux résultats d'analyses, une synthèse des résultats de l'étude est faite en quelques lignes. Ils sont bien en lien avec la question de recherche décrite dans l'introduction.</p> <p>Les auteurs ont fait preuve d'esprit critique en nommant les limites de l'étude qui sont : l'étude transversale, les biais auto-déclarés, les erreurs de mesure et une auto-évaluation de l'AVC plutôt qu'une évaluation objective par un médecin. Une autre limite dont il faut tenir compte dans la lecture critique, est que l'étude est Sud-Coréenne. La culture et les valeurs sont différentes et peuvent donc amener à une interprétation différente.</p> <p>D'autre part, une revue des études antérieures sur le sujet est exposée pour prouver que les résultats de l'étude concordent.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>L'auteur recommande d'appliquer des stratégies qui permettent de minimiser le nombre de déficits, ou de les améliorer notamment liés à la mobilité (par exemple l'hémiplégie). Cela permettrait d'augmenter la qualité de vie. Cependant, il ne présente pas d'interventions concrètes qui pourraient être mises en place à ce sujet.</p>

Fortin, M. (2010). Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives (2nd ed.). Montréal: Chenelière éducation.

ANNEXE IV

Staff and patient views of the concept of hope on a stroke unit : a qualitative study. Grille de lecture critique d'une étude qualitative (Fortin, 2010, pp. 90-91)

Tutton, E., Seers, K., Langstaff, D. & Westwood, M. (2011)

Eléments d'évaluation Questions pour faire la lecture critique	
Titre	Le titre précise de façon claire le concept clé qui est l'espoir suite à un accident vasculaire cérébral (AVC). La population à l'étude n'est pas décrite précisément dans le titre mais il s'agit de personnes atteintes d'AVC et se trouvant dans une unité spécialisée.
Résumé	Le résumé synthétise clairement l'étude. Il est structuré et reprend les grandes lignes de la recherche : le but, les travaux antérieurs, la méthode, les résultats et la conclusion.
Introduction	
Problème de recherche	<p>Le phénomène à l'étude est clairement défini : il s'agit du concept de l'espoir qui aurait une influence positive dans la récupération et la réhabilitation.</p> <p>Il est placé dans un contexte précis, au Royaume-Uni où les AVC sont la principale cause d'invalidité et où 20 à 30% des personnes décèdent au cours du premier mois.</p> <p>Le problème a une signification particulière pour la discipline infirmière décrite au niveau du premier paragraphe dans la partie « Background ».</p> <p>« Le rôle de l'infirmière est de promouvoir l'espoir et de réduire le désespoir, afin de favoriser la récupération après une expérience de maladie ».</p> <p>Les postulats sous-jacents à l'étude sont précisés dans l'introduction et sont repris dans un encadré la fin de l'étude.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension des écrits a été entreprise dans l'introduction dans la partie « Background ».</p> <p>L'auteur présente l'état des connaissances actuelles sur l'espoir et le lien avec le recouvrement à la santé physique et psychologique. D'abord en recensant des écrits sur l'espoir puis plus précisément sur l'espoir après avoir subi un AVC.</p> <p>Dans le dernier paragraphe de la recension des écrits (Background), l'auteur décrit ce qui n'a pas encore fait et de ce fait introduit le sujet de l'étude.</p>
Cadre de recherche	<p>La recherche est basée sur l'ethnographie, concept décrit par Hammersley & Atkinson en 1995, puis par Fetterman en 1998. Les principes ethnographiques utilisent une combinaison de méthodes qualitatives. L'intention était d'obtenir une vue ou une description collective de l'espoir dans le contexte d'une unité de traction tout en identifiant les tensions et les différences.</p> <p>Bases théoriques de l'ethnologie décrites dans la partie « Design ».</p>

<p>But, questions de recherche</p>	<p>Le but est clairement énoncé, il est mis en évidence par un sous-titre. Le but de l'étude est d'explorer l'expérience de l'espoir pour les patients et le personnel soignant dans le contexte d'une unité britannique spécialisée en AVC.</p> <p>La question de recherche est énoncée dans le premier paragraphe de la partie « Design ». L'intention est d'explorer l'espoir dans le contexte culturel de la vie quotidienne après un AVC et le sens que l'espoir a pour les participants.</p> <p>La question de recherche traite de l'expérience, des croyances, des valeurs et des perceptions des participants par rapport à leur situation.</p> <p>La question s'appuie sur une recherche ethnographique visant à observer, décrire et analyser sur le terrain, le genre de vie associée à une culture. Elle s'appuie sur des bases philosophiques sur l'ethnographie décrites par Fetterman (1998).</p>
<p>Méthode</p>	
<p>Population et échantillon</p>	<p>La population à l'étude est décrite de façon détaillée mais dans la partie résultats. Il s'agit de personnes ayant subi un AVC, 7 hommes et 3 femmes âgés de 37 à 72 ans et ayant un séjour hospitalier de 4 à 19 jours. Les personnes atteintes de différents types d'AVC étaient représentées, mais pas celles présentant une dysphasie sévère ou une déficience cognitive.</p> <p>10 membres de l'équipe multidisciplinaire ont participé aux entretiens. 1 physiothérapeute, 1 ergothérapeute, 1 médecin senior, 1 assistant de soins de santé, 6 infirmières ayant une expérience variée.</p> <p>3 membres du personnel infirmier, avec une expérience de 3 à 5 ans sur l'accident vasculaire cérébral, ont participé à l'observation des participants. Les conclusions ont identifié les thèmes : souffrance, lutte sans espoir et désespoir, espoir de rétablissement et espoir réaliste. Des citations directes ont été utilisées pour illustrer les thèmes des entretiens de patients (P) et des entretiens avec le personnel (S).</p> <p>La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants n'est pas décrite avec précision. On sait que les participants ont été recrutés dans une unité régionale d'AVC aiguë dans un hôpital universitaire desservant une population semi-rurale.</p> <p>La méthode d'échantillonnage n'est pas décrite mais il est mentionné qu'elle visait à obtenir échantillon ciblé, avec une gamme d'âge, de sexe, de rôle et d'expérience avec dix personnes atteintes d'AVC et dix membres de l'équipe multidisciplinaire.</p> <p>La saturation des données a été atteinte : « La collecte de données a cessé quand aucun nouveau thème n'a été identifié indiquant la saturation des données. »</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Il s'agit d'une recherche ethnographique explicitée dans la partie « Design ».</p> <p>La méthodologie s'appuie sur les principes de l'ethnographie, en entreprenant des entretiens qualitatifs non structurés.</p>

<p>Considérations éthiques</p>	<p>Une autorisation éthique a été obtenue par le biais du Service national d'éthique de la recherche. Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont adéquats. Ils avaient 24h pour songer à prendre part à l'étude et la possibilité de se retirer pendant l'étude. Ils ont donné leur consentement par écrit.</p> <p>De plus, l'étude a été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants : la chercheuse était une infirmière expérimentée et était capable de soutenir les participants s'ils éprouvaient des émotions fortes au cours de l'entrevue. Une autre infirmière spécialiste en soins de l'AVC était disponible si elle avait besoin de soutien supplémentaire. D'autre part, la dignité du patient a été considérée en tout temps durant l'observation participante.</p>
<p>Mode de collecte des données</p>	<p>Les méthodes et les outils de collecte des données sont convenablement décrits dans la partie « Methods ». Des entrevues informelles d'observation ont été menées avec 10 membres de l'équipe multidisciplinaire et 10 patients capables et disposés à parler pendant 21 heures d'observation. La collecte de données a cessé quand aucun nouveau thème n'a été identifié indiquant la saturation des données</p> <p>Les questions de recherche étaient bien posées. Elles s'adressaient aux soignants et aux patients et étaient ciblées sur le problème de recherche : l'espoir dans un contexte d'AVC.</p> <p>Les questions aux professionnels de santé étaient : « Quelles sont vos expériences d'espoir, ayant travaillé en unité spécialisée en AVC? ». Tandis que les personnes atteintes d'AVC ont été invitées à « Parlez-moi de ce qui vous est arrivé » avant de demander « Quel est votre espoir depuis que vous avez subi un AVC ? ».</p> <p>L'observation des participants s'est faite lors des soins et au quotidien.</p> <p>Les questions et les observations ont été rigoureusement consignées par la suite. Dans le paragraphe « Rigour », il est indiqué que les transcriptions ont été retournées aux participants qui souhaitaient passer en revue leurs entrevues, mais aucune demande de modification n'a été apportée aux données. D'autre part, les entrevues avec les participants et le personnel ont duré environ une heure et ont été enregistrées numériquement et transcrites textuellement.</p>
<p>Conduite de la recherche</p>	<p>Les méthodes de collecte de données sont bien décrites : il s'agit d'interviews, d'entretiens informels et d'observation. Les procédés d'enregistrement sont également décrits dans la partie Methods : les notes de terrain ont été enregistrées numériquement et transcrites textuellement. Cependant, les outils de collecte des données ne sont pas mentionnés. On ne sait pas si un logiciel ou un outil spécifique ont été utilisés.</p> <p>La collecte des données a eu lieu entre novembre 2007 et novembre 2008 auprès de dix personnes atteintes d'AVC et dix membres de l'équipe multidisciplinaire. Trois équipes de 7 heures (21 heures) d'observation participante ont été menées avec trois membres du personnel infirmier qualifié et leur charge de travail de six participants. Le chercheur était une infirmière expérimentée dans les deux méthodes et travaillant avec les personnes âgées, mais n'avait pas d'expérience clinique récente.</p>

<p>Crédibilité des données</p>	<p>Des moyens ont été entrepris pour rehausser la crédibilité des données, ils sont décrits dans le paragraphe « Rigour ». Par exemple, la pertinence (Mays & Pope 2000) a été démontrée en passant en revue les résultats par rapport à d'autres études menées dans différentes spécialités.</p>
<p>Analyse des données</p>	<p>L'organisation et l'analyse des données sont décrites de façon suffisamment détaillée. Par contre, l'auteur décrit qu'il s'est appuyé sur le travail de Fetterman pour l'analyse, mais l'explication de ce modèle est très brève, ce qui entrave la compréhension si le lecteur ne connaît pas les travaux de Fetterman.</p> <p>Il s'agit de lire et relire les notes de terrain et les transcriptions pour faciliter l'immersion dans les données. Ensuite, à partir de phrases ou de groupes de phrases, des codes ont été identifiés comme des unités de signification afin de constituer des catégories et thèmes ou modèles dominants dans les données.</p> <p>Comme suggéré par Fetterman (1998), QRS N6 a été utilisé pour aider à gérer les données. Les mémos et les réflexions ont été écrits en continu tout au long de l'analyse et développés parallèlement au soutien académique. Les notes de terrain ont été utilisées comme moyen de poser des questions sur les données des entrevues afin de comparer les modèles de développement.</p> <p>Le résumé des résultats est compréhensible et structuré. Il met en évidence les extraits rapportés par les patients et les soignants. Les thèmes font ressortir adéquatement la signification des données.</p>
<p>Résultats</p>	
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Il n'y a pas de figures ou de tableaux reprenant les résultats, mais des citations avec des exemples de réponses des patients ou des soignants permettent de bien comprendre le sens des quatre thèmes.</p> <p>Les résultats des interviews ont permis d'identifier 4 thèmes. Ils sont logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène. Il s'agit de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La souffrance • La lutte sans espoir et avec du désespoir • L'espoir de récupérer • L'espoir réaliste <p>• Souffrance émotionnelle et physique : douleur, dépendance fonctionnelle (se laver par ex.), dysphagie, troubles moteurs entraînant des difficultés à la marche, ou pour les gestes du quotidien, vulnérabilité (sentir le corps de pas fonctionner selon leurs souhaits).</p> <p>Les espoirs autour du corps étaient souvent liés à la perte ou à la réflexion, le changement de leur vie.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La lutte sans espoir et avec désespoir : proximité de la mort, dépression, aucun espoir de récupération, faiblesse généralisée, « ce serait plus facile de se laisser mourir » • L'espoir de récupérer : reflète la détermination à se déplacer, revenir à la « vie normale » et atteindre ses objectifs ambitieux.

	<ul style="list-style-type: none"> • L'espoir réaliste : processus entrepris pour soutenir les personnes à travers leur rétablissement émotionnel, physique et social. Trouver un équilibre entre la gravité de l'AVC tout en ouvrant le potentiel de possibilités futures. <p>L'équipe soignante a utilisé des objectifs comme moyen de travailler ensemble, pour donner aux patients et aux proches une direction claire. Souvent, l'équipe corrigeait les espoirs à plus long terme en mettant l'accent sur les objectifs immédiats, tout en évaluant et recadrant l'avenir des patients.</p> <p>Les résultats ont identifié l'impact d'un accident vasculaire cérébral sur les patients et leur capacité à avoir de l'espoir. L'impact massif sur tous les aspects de leur vie, chronicité et l'incertitude quant à la maladie ont limité leurs espoirs pour l'avenir.</p> <p>L'équipe a tenté de développer un grand espoir de rétablissement, axé sur des activités pratiques au quotidien.</p> <p>Une espérance réaliste a été offerte par le personnel afin de faciliter l'espoir tout au long du rétablissement en promouvant l'équilibre entre garder l'espoir et éviter les faux espoirs.</p>
Discussion	
Interprétation des résultats	<p>Les auteurs discutent des résultats à la lumière d'études antérieures : « Équilibrer l'espoir et le désespoir est un thème central qui émane de nombreuses études. »</p> <p>Les résultats suggèrent qu'il y avait un équilibre entre se concentrer sur la souffrance, pas d'espoir et de désespoir et l'espoir de récupérer via l'espoir réaliste.</p> <p>La question du caractère transférable des conclusions n'est pas soulevée par l'auteur.</p> <p>Les limites de l'étude sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des entretiens dans les disciplines individuelles auraient pu élargir la compréhension de l'espoir au sein du travail multidisciplinaire en équipe. • Les patients atteints d'aphasie, dysarthrie, d'une dépression clinique sévère ou qui étaient en train de décéder n'ont pas été interrogés. • Les proches des patients n'ont pas non plus été interrogés, ce qui aurait pu accroître l'exploration des données et améliorer la compréhension du concept de l'espoir. • Les interventions ou les stratégies ne sont pas concrètes mais l'auteur le recommande pour les recherches futures.
Conséquences et recommandations	<p>L'auteur précise les conséquences des résultats en mettant en avant les liens entre les 4 thèmes mis en avant dans les résultats. Il suggère des recommandations pour la pratique.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'équipe favorise les objectifs en matière d'espoir, à l'aide d'objectifs réalistes et en évitant les faux espoirs. • Les faux espoirs seraient contre-productifs • Le rôle des soignants est de favoriser une progression émotionnelles du patient pour sa récupération. • L'espoir est l'instigateur des objectifs et des activités nécessaires à la récupération.

	<ul style="list-style-type: none">• Le statut physique influence l'espoir• Les patients mettent l'accent sur le corps défaillant, l'incertitude, le risque d'un autre AVC, et l'invalidité à long terme• Le concept de l'espoir est placé entre la souffrance et la persistance (incertitude de récupération)• L'espoir à court terme et l'espoir à long terme coexistent• L'espoir et les atteintes fonctionnelles et le retour à la normale• La nécessité d'apprendre la patience <p>L'auteur suggère également des applications des recherches futures : le développement d'interventions afin d'aider l'équipe à promouvoir l'espoir réaliste, particulièrement avec les patients qui expérimentent un haut degré de désespoir. Les données sont suffisamment riches pour appuyer les conclusions.</p>
--	---

Fortin, M. (2010). Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives (2nd ed.). Montréal: Chenelière éducation.

ANNEXE V

Self-Esteem Level and Stability, Admission Fonctionnal Status, and Depressive Symptoms in Acute Inpatient Stroke Rehabilitation. Grille de lecture critique d'une étude quantitative (Fortin, 2010, pp. 88-89)

Vickery, C.D., Sepehri, A., Evans, C.C. & Jabeen, L.N. (2009).

Eléments d'évaluation Questions pour faire la lecture critique	
Titre	Le titre précise clairement les concepts clés : estime de soi, stabilité de l'estime de soi, statut fonctionnel à l'admission et les symptômes dépressifs. Il décrit également la population à l'étude. Il s'agit de patients hospitalisés après un AVC dans le contexte de la réhabilitation.
Résumé	Le résumé synthétise les grandes lignes de la recherche, il est exposé de manière organisée, en sous parties : objectifs, méthode, résultats et les conséquences. Il permet d'avoir un aperçu de l'étude.
Introduction	
Problème de recherche	<p>Le phénomène à l'étude est clairement formulé. Il s'agit d'étudier la relation entre l'estime de soi et les symptômes dépressifs et d'anxiété chez les survivants d'AVC au stade précoce.</p> <p>Il est justifié dans le contexte de connaissances actuelles car l'auteur lui-même a déjà réalisé plusieurs études sur le sujet par le passé (2006, 2008).</p> <p>Il n'est pas mentionné dans l'introduction que le problème a une signification particulière pour la discipline infirmière.</p>
Recension des écrits	<p>La recension des écrits expose les recherches antérieures sur le sujet et donne une définition de l'estime de soi.</p> <p>Elle montre la progression des idées en expliquant d'abord l'estime de soi, puis ensuite la nuance avec entre estime de soi et « stabilité » de l'estime, en expliquant les résultats de plusieurs études. Ensuite, elle introduit les recherches récentes déjà effectuées en réhabilitation après un AVC. Au 7^{ème} paragraphe, l'auteur démontre l'avancement des études et la progression des idées.</p> <p>L'auteur nous informe sur ce qui n'a pas encore été étudié et les pistes pour la recherche future.</p> <p>Les travaux de recherche antérieurs sont rapportés de façon critique dans cette recension des écrits, dans le 6^{ème} paragraphe et notamment à la fin du paragraphe.</p> <p>La recension fournit une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche. Elle fournit des hypothèses sur la bases des études précédentes.</p> <p>L'estime de soi aurait un rôle dans le processus entre l'invalidité et la dépression, notamment dans la phase aigüe après un AVC. L'AVC cause une invalidité et un changement de manière soudaine. L'estime de soi</p>

	<p>interagit également avec le facteur de vulnérabilité ainsi que le statut fonctionnel à l'admission. Ceci serait en lien avec des symptômes dépressif plus élevés à la sortie.</p> <p>La recension des écrits s'appuie principalement sur des sources primaires d'autres auteurs mais aussi des études réalisées précédemment par l'auteur de l'article, Vickery.</p>
Cadre de recherche	<p>Les auteurs se réfèrent aux variables du concept de l'estime de soi (self-esteem), mais ce n'est pas explicité.</p>
But, questions de recherche	<p>Le but de l'étude est énoncé de façon claire et concise. Il s'agit d'investiguer la relation entre le niveau d'estime de soi, la stabilité de l'estime de soi, l'état fonctionnel et les symptômes dépressifs chez les patients hospitalisés après un AVC en réadaptation.</p> <p>Les hypothèses, dont les variables clés sont clairement énoncées après le but de l'étude, se trouvent à la fin du dernier paragraphe de l'introduction. Elles s'appuient sur les résultats des différentes études passées.</p> <p>Les hypothèses de l'étude sont que des déficits plus importants dans les capacités fonctionnelles, tant physiques que cognitives, représenteraient une plus grande menace pour l'estime de soi de l'individu, ce qui les exposerait à un plus grand risque de dysfonction émotionnelle.</p>
Méthode	
Population et échantillon	<p>La population à l'étude est décrite de façon précise. La méthode pour arriver à l'échantillonnage final est expliquée. Toutes les personnes admises directement des soins aigus à la réhabilitation après un AVC, entre octobre 2007 et octobre 2008 sont incluses. Les critères d'exclusion sont énoncés : personnes ayant des difficultés de langage, démence préexistante, troubles neurologiques (ex : Parkinson), confusion, trouble sensoriel (ouïe, vue), antécédents ou actuels troubles psychiatriques (ex : schizophrénie).</p> <p>L'échantillon final est de 120 participants. (N=120)</p> <p>L'auteur a sélectionné son échantillon de manière aléatoire simple, il a pris toutes les personnes ayant fait un AVC et étant venu directement en réhabilitation entre 2007 et 2008. Il a ensuite sélectionné ceux qui n'avaient pas de troubles de la communication (aphasie, troubles du langage, difficultés d'audition ou de compréhension des informations) et aussi ceux qui étaient orientés dans le temps et l'espace. On peut dire que l'échantillon est représentatif de la population cible. Il ne semble pas avoir eu de biais.</p> <p>Seul les participants volontaires ont participé à l'étude.</p> <p>La taille de l'échantillon n'est pas justifiée sur une base statistique. C'est un échantillon relativement petit (N=120).</p>
Considérations éthiques	<p>Des moyens ont été pris pour sauvegarder les droits des participants. Les participants consentants ont lu un formulaire de consentement éclairé approuvé par la Commission d'examen institutionnel du Centre de réadaptation méthodiste et ont donné leur consentement écrit.</p>

	<p>L'étude n'a pas été réellement conçue de manière à maximiser les bénéfices pour les participants, mais elle ne comporte pas de risques pour leur santé.</p>
Devis de recherche	<p>Il s'agit d'un devis de recherche corrélationnel prédictif, c'est-à-dire que l'étude est basée sur l'exploration des relations entre les variables (estime de soi, stabilité de l'estime, état fonctionnel et symptômes de dépression).</p> <p>Le devis utilisé permet que l'étude atteigne son but, les variables ont été choisies en fonction de l'influence qu'elles peuvent avoir l'une sur l'autre. C'est ce qui est énoncé dans la question de recherche. Il fournit donc un moyen d'examiner cette question et les hypothèses.</p>
Mode de collecte des données	<p>Les outils de mesure sont clairement décrits et permettent de mesurer les variables :</p> <p>Il s'agit du State self-esteem scale (SSES) : une échelle de mesure de l'estime de soi comportant 20 items qui permettent d'évaluer les fluctuations d'estime de soi.</p> <p>Le 2^{ème} outil de mesure est le Geriatric Depression Scale (GDS) : une échelle de 30 items reflétant les symptômes dépressifs sur plusieurs semaines.</p> <p>Le dernier outil est une échelle de mesure de l'indépendance fonctionnelle (Functionnal Independance Measure =FIM) divisé en 2 domaines : les autosoins (se nourrir, s'habiller...) et la mobilité (transferts, marche, fauteuil roulant...).</p> <p>De plus l'addition du score de FIM cognitif a été inclus pour l'analyse des données.</p> <p>Ce sont des instruments qui existaient déjà et qui ont été importés pour mesurer les variables dans cette étude.</p> <p>La fidélité et la validité des outils de mesure ne sont pas évaluées et les résultats ne sont pas présentés.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données est décrit clairement. Le questionnaire d'évaluation de l'estime de soi (SSES) a été administré durant les 3 premiers jours de réhabilitation. Une évaluation a été réalisée deux fois par semaine (environ 1 fois tous les 3 jours), une fois le matin et une fois l'après-midi après les thérapies et pour voir les variations durant la journée.</p> <p>Le score GDS a été complété durant les deux derniers jours de leur rééducation.</p> <p>Enfin les score de FIM sont évalués par les physiothérapeutes et ergothérapeutes dans les 48 heures après leur entrée.</p> <p>Les physiothérapeutes et ergothérapeutes n'ont pas accès aux données psychologiques et inversement les psychologues n'ont pas accès au niveau de fonctionnalité.</p>
Analyse des données	<p>Les statistiques descriptives ont été calculées pour toutes les variables. Il est noté que trois analyses de régression hiérarchisées, ont été conduites pour vérifier les hypothèses.</p> <p>Le nombre de comorbidités ainsi que la latéralité de l'AVC ont été pris en compte dans l'analyse des données. Les personnes ayant eu un AVC</p>

	du côté droit ayant de moins bons résultats dans la phase de réhabilitation.
Résultats	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont expliqués d'une part de manière narrative et d'autre part, résumés dans 4 tableaux. Les trois analyses de régression sont présentées en détails pour chaque lien entre les variables.</p> <p>N= 120, l'âge moyen était de 68.7 ans. 57 % étaient des femmes et 43 % des hommes Les participants étaient admis en réhabilitation en moyenne 9.9 jours après l'AVC. 53 % sont atteints de l'hémisphère droit, 40 % de l'hémisphère gauche et 7% sont atteints de manière bilatérale. 21 % des participants avaient des antécédents de symptomatologie dépressive.</p> <p>Il existe également des corrélations significatives entre les domaines fonctionnels FIM (Functionnal Independance Measure), le niveau moyen d'estime de soi (allant de 0,21 à 0,37, $P < 0.05$) et les symptômes dépressifs à la sortie (allant de 0,19 à 0,36. $P < 0.05$). Cela indique que la faible estime de soi et les symptômes dépressifs plus élevés sont liés à un état fonctionnel (FIM) plus faible dans les domaines de l'auto soin (autonomie), de la mobilité et cognitifs. Il y a un lien entre le niveau moyen d'estime de soi et les symptômes dépressifs à la sortie.</p> <p>Ces résultats montrent qu'une faible estime de soi ajoutée à des symptômes dépressifs conduisent à une moins bonne autonomie fonctionnelle en termes de mobilité et de cognition.</p>
Discussion	
Interprétation des résultats	<p>Les résultats sont interprétés pour chacune des hypothèses. Mais ces hypothèses n'ont été que partiellement soutenues.</p> <p>Les résultats concordent avec les études antérieures menées sur le sujet. « Malgré le manque de soutien pour des relations prédictives plus complexes ou un plus grand effet de la stabilité de l'estime de soi, les résultats actuels sont cohérents avec les travaux antérieurs montrant une relation entre les états fonctionnels et la dépréciation dans la réadaptation de l'AVC. »</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont conformes aux résultats d'analyses. Des déficits physiques et cognitifs plus importants entraînent une augmentation du risque de diminution de l'estime de soi et amène vers des symptômes dépressifs/une dépression. Un nouvel handicap comme c'est le cas après un AVC est facteur déstabilisant et associé à une diminution de l'estime de soi. L'ajustement émotionnel au début de la phase post-AVC est un phénomène complexe qui nécessite l'exploration des relations interactives entre les variables ainsi que les principaux effets de ces variables.</p>

	<p>Les limites de l'étude sont définies dans l'avant-dernier paragraphe, avant la conclusion.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La méthodologie de cette étude ne permet pas de tirer des conclusions concernant la causalité. Il est inconnu à ce point, qu'une faible estime de soi (ou instabilité) interagit avec l'état fonctionnel et puisse prédire les symptômes dépressifs ou la diminution de l'estime de soi pendant la réhabilitation. • D'autres facteurs comme la sévérité de l'AVC, les troubles du langage par exemple, auraient pu être pris en compte et contribueraient à une autre variance de la prédiction émotionnelle. Mais l'auteur le recommande pour des recherches futures. • L'auto-déclaration des symptômes dépressifs n'équivaut pas à un diagnostic clinique de dépression. Par conséquent, ce ne sont que des niveaux de détresse émotionnelle par rapport à l'étude variables. • Les symptômes dépressifs sur le GDS n'ont pas été contrôlés dans l'analyse de régression, mais des études antérieures l'ont démontré.
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Les conséquences des résultats de l'étude pour la pratique clinique sont démontrées :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La diminution de l'état fonctionnel ne doit pas être strictement assimilée à une perturbation émotionnelle. 2. L'évaluation de l'estime de soi tout au long du séjour d'un patient en réadaptation aiguë peut être utile pour surveiller le risque de développer une symptomatologie dépressive. 3. Evaluer ce qui est important pour le survivant, c'est-à-dire ce que le survivant utilise pour faire un jugement de sa propre valeur (ex. actif physiquement, pouvoir se mobiliser seul...) 4. Surveiller les échecs perçus dans la mobilité qui pourraient précipiter la baisse de l'estime de soi, qui peut alors représenter un facteur de risque pour le développement de troubles émotionnels. 5. Maximiser la récupération pendant la réadaptation. <p>L'auteur fait-il des recommandations pour les recherches futures :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enquêter sur les instruments ou des méthodologies pour faciliter l'exploration des capacités ou caractéristiques sur lesquelles l'estime de soi du survivant est subordonnée. • Une exploration plus poussée du lien entre l'instabilité de l'estime de soi et les résultats fonctionnels peuvent aider à clarifier la corrélation entre l'estime de soi et la récupération fonctionnelle dans la rééducation aiguë de l'AVC. • L'instabilité de l'estime de soi pourrait entraver les efforts de réadaptation (défensive, colère, minimiser la communication). Proposer des interventions qui pourraient aider le survivant de l'AVC à maximiser son recouvrement pendant la rééducation.

Fortin, M. (2010). Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives (2nd ed.). Montréal: Chenelière éducation.

ANNEXE VI

Nurse-led ward rounds: a valuable contribution to acute stroke care. Grille de lecture critique d'une étude quantitative (Fortin, 2010, pp. 88-89)

Catangui E.J. & Slark, J. (2012)

Eléments d'évaluation		Questions pour faire la lecture critique	
Titre		Le titre précise les concepts clés qui sont les tournées infirmières dans les soins aigus d'un AVC. Cependant, la population à l'étude ne ressort pas dans le titre et ce que l'auteur entend par tournées infirmières non plus.	
Résumé		Le résumé n'est pas structuré, il n'y a pas de paragraphe distinct pour chaque étape (problème, méthode, résultats et discussion) de la recherche mais il synthétise-t-il clairement les grandes lignes. Par contre, il nous manque l'échantillon et la population à l'étude, car ce sont des actions qui sont étudiées.	
Introduction			
Problème de recherche		<p>Le phénomène à l'étude n'est pas clairement formulé et circonscrit. Il s'agit d'étudier l'impact des complications associées à un accident vasculaire cérébral (AVC) dans un contexte hospitalier de soins aigus, afin de pouvoir les prévenir, les traiter et améliorer les résultats cliniques. La population à l'étude n'est pas précisée. Il s'agit d'une étude expérimentale sur un nouveau procédé de prise en soins infirmière après un AVC.</p> <p>Le problème a une signification particulière pour la discipline infirmière, décrit dans les dernières phrases de l'introduction. Les infirmières jouent un rôle significatif dans la prévention et la détection précoce et le traitement des complications liées à l'AVC.</p> <p>Le problème est justifié dans le contexte des connaissances actuelles. L'auteur décrit les caractéristiques qui ressortent du problème : les déficiences physiques, cognitives et psychologiques qui peuvent amener à des complications. Il s'appuie sur des faits qui ressortent de publications se rapportant à l'objet d'étude. Dans cet article le problème est : les complications d'un AVC entraînent une prolongation de l'hospitalisation et un retard de transfert en réhabilitation intensive. (introduction).</p>	
Recension des écrits		<p>Les travaux de recherche antérieurs ne sont pas rapportés de façon critique dans l'introduction. Ils sont amenés comme des faits sur lesquels on peut s'appuyer.</p> <p>Les études montrent la progression des idées. La recension des écrits commence dès l'introduction, elle se fait avant d'amorcer l'étude et se prolonge dans la partie méthode. Dans l'introduction, elle n'est pas très riche mais permet tout de même la progressions des idées => l'impact</p>	

	<p>d'un AVC sur la santé, les déficits qu'il peut provoquer, les complications que ces déficits entraînent et l'impact des complications sur le recouvrement de la santé des personnes ayant eu un AVC.</p> <p>La recension des écrits s'appuie principalement sur des sources primaires c'est-à-dire sur des recherches brutes publiées dans des périodiques.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont mis en évidence dans la partie introduction : « les complications d'un AVC entraînent de mauvais résultats cliniques et un retard dans la phase de réhabilitation intensive chez les patients ».</p> <p>Le cadre conceptuel est présent au début de la partie « Méthode ». Il est incorporé à la recension des publications puisqu'il se base sur une étude faite sur la préparation des jeunes médecins à l'aide des visites médicales hebdomadaires. Il est lié au but de l'étude car il s'agit de prendre exemple sur ce processus au niveau infirmier.</p>
But, questions de recherche	<p>Le but de l'étude n'est pas énoncé de façon claire et concise. Il se trouve à la fin du paragraphe de l'introduction. Il n'annonce pas ce qui va être réellement étudié dans cet article. L'auteur explique que les complications de l'AVC peuvent être prévenues grâce à une détection précoce et donc traitées rapidement. Les infirmières jouent un rôle important dans ce processus.</p> <p>Le but est davantage explicite dans « l'abstract » : améliorer la prise en soin infirmière des patients dans la phase aigüe d'AVC, grâce aux tournées infirmières.</p> <p>Par conséquent, la population à l'étude et les variables clés ne sont pas clairement énoncées non plus. Le verbe d'action est « preventing » ; il s'agit donc de prévenir, au niveau infirmier, l'occurrence des complications d'un AVC.</p> <p>Par contre, les variables reflètent bien les concepts précisés dans le cadre de recherche.</p>
PICOT	<p>P : personnes ayant subi un AVC, l'âge, le sexe ne sont pas précisés</p> <p>I : prévenir et gérer/soigner les complications</p> <p>C : pas de comparaison</p> <p>O : améliorer la prise en soins et ne pas ralentir la réhabilitation</p> <p>T : pas de temps défini dans la question de recherche. On sait grâce à l'introduction et au titre qu'il s'agit d'un contexte de soins aigus.</p>
Méthode	
Population et échantillon	<p>La population de l'étude n'est pas définie de façon précise dans la partie méthode. L'échantillon n'est pas décrit de façon détaillée. On arrive à interpréter qu'il s'agit de patients ayant subi un AVC mais nous n'avons pas de données concernant le sexe, l'âge des patients qui ont pris part à l'étude. Le temps de l'étude et le nombre de patients qui y ont participé se trouvent dans la partie résultats. La partie méthode est incomplète.</p> <p>L'auteur n'a pas réellement entrepris d'échantillonnage. L'échantillon a été choisi de manière aléatoire. En effet, tous les patients de l'unité de neuroréhabilitation dans laquelle l'étude a été menée (Londres, Royaume-Unis), ont été choisis pour participer à l'étude.</p>

	<p>La taille de l'échantillon n'a pas été déterminée, ni justifiée sur une base statistique. Dans cette étude, l'auteur s'est plus intéressé aux actions infirmières sur cette population qu'aux problèmes réels de la population à l'étude.</p> <p>Cela fait partie des limites de l'étude présentes dans la partie « limitations ».</p> <p>Etant donné que l'échantillonnage est aléatoire, l'échantillon est représentatif et il y a peu de risque de biais.</p>
Considérations éthiques	<p>Aucun moyen pris pour sauvegarder les droits des participants n'est explicité dans le texte. Nous ne savons pas si des mesures ont été entreprises.</p> <p>Par ailleurs, aucune donnée de l'étude nous indique qu'elle a été conçue de manière à minimiser les risques. Par contre, le but de l'étude est bien de maximiser les bénéfices pour les participants, en améliorant la qualité des soins et en prévenant les complications de l'AVC.</p>
Devis de recherche <i>Outils utilisés</i>	<p>Le devis utilisé est un devis expérimental, c'est-à-dire qu'il sert à établir une relation entre les variables. Il permet d'atteindre le but de l'étude, car il permet d'évaluer l'efficacité des tournées infirmières dans la prévention et l'amélioration de la prise en soins des complications de l'AVC.</p> <p>Le devis permet d'explorer les hypothèses et de répondre au but de l'étude. Cependant, il nous manque le ressenti des patients.</p>
Mode de collecte des données	<p>Les outils de mesure sont décrits à l'aide de tableau (tableau 1 et tableau 2). Le tableau 2 appelé « proforma » constitue un guide d'évaluation pour les infirmières, des principales complications possibles après un AVC.</p> <p>Les outils permettent de mesurer les variables.</p> <p>L'auteur mentionne que des instruments ont été créés pour les besoins de l'étude, notamment des grilles d'évaluation clinique type. (tableau 1 et tableau 2)</p> <p>Les outils de mesure sont évalués lors de réunions avec les infirmières chefs et les infirmières qui ont de l'expérience, ainsi qu'avec l'équipe multidisciplinaire.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données est décrit clairement dans les 2 derniers paragraphes de la partie méthode.</p> <p>Les tournées infirmières se font de manière hebdomadaire avec une équipe d'infirmières spécialisées en AVC (dont une infirmière clinicienne, l'ICUS et une infirmière du service). Les infirmières utilisent des outils (cf tableaux) pour leur évaluation clinique qui prend 10 min par patient. L'unité comporte 14 patients, l'évaluation se déroule de 9h à 11h30 (140 min). Pendant, ces tournées les infirmières programment des buts appropriés.</p> <p>Ensuite, elles retranscrivent les données du tableau proforma dans le dossier médical. Le plan de soin du patient est ensuite discuté avec l'équipe multidisciplinaire.</p>

Analyse des données	Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont précisées pour répondre à chaque question ou pour vérifier chaque hypothèse. Les données sont analysées par des spécialistes en AVC et permettent de décrire, d'expliquer et de contrôler les données.
Résultats	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont résumés par un texte narratif bref. C'est seulement dans cette partie que le temps de l'étude apparaît (de Mars à Avril 2011) et le nombre de participants à l'étude (180 patients). Ce sont des données qu'on devrait retrouver dans la partie collecte de données.</p> <p>Les échelles de mesure utilisées telles que l'index de Barthel ou le score ressortent de manière écrite seulement dans cette partie résultats.</p> <p>Les signes précoces de complications identifiés dans cet article sont : la dépression (27.7 %), la constipation (22.2%), troubles buccaux (11.1%), infection urinaire (2.7%), troubles génitaux (2.7%) et des escarres (plaie de pression) (2.7%).</p> <p>Les résultats ne sont pas adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, ce qui aurait pu contribuer à une compréhension simplifiée.</p>
Discussion	
Interprétation des résultats	<p>La partie discussion est conséquente et reprend toutes les données importantes de l'étude.</p> <p>Les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses. En effet, chaque complication est reprise et expliquée et pour chacune d'entre elle, des interventions infirmières sont proposées afin de répondre au but.</p> <p>Les résultats concordent avec les études antérieures menées sur le sujet. L'auteur appuie les résultats avec des données d'études antérieures et propose des interventions infirmières en lien.</p> <p>Par exemple, la prévalence de la constipation après un AVC est de 30-60% selon une étude antérieure de Wisten et Messne en 2005, et pour la prévenir, l'auteur propose un régime riche en fibre, la prescription de laxatifs ainsi qu'un « tableau des selles ».</p> <p>Chaque complication décrite est accompagnée d'interventions infirmières spécifiques et proposée dans les tournées infirmières :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Continence : vessie hyper-réflexe, incontinence d'urgence, rétention urinaire sont les principaux problèmes en cas de lésion du lobe frontal. <p>Interventions infirmières mise en place :</p> <ul style="list-style-type: none"> - éviter tant que possible la pose de sonde vésicale - offrir au patient un vase ou un urinal toutes les 2 heures pendant les heures de veille et tous les 4 heures par nuit. - encourager une grande consommation de liquide pendant la journée avec une diminution l'apport liquidien au cours de la soirée. <ul style="list-style-type: none"> • Constipation : 30-60% des patients après un AVC. <p>Interventions infirmières :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Augmentation de l'apport liquidien sauf contre-indication - Régime riche en fibres - Analyse des médicaments qui peuvent provoquer une constipation

	<ul style="list-style-type: none"> - Prescription de laxatifs comme médicament régulier - Tableau des selles et note des observations cliniques <ul style="list-style-type: none"> • Soins buccaux : La xérostomie, les ulcères oraux, stomatite peuvent être des complications après un AVC. <p>Interventions infirmières :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soins de bouche - Traitement antifongique <ul style="list-style-type: none"> • Examens des prescriptions médicamenteuse : les erreurs de prescriptions se produisent dans 0.7 à 6.5 % des cas. 28 à 56 % de ces erreurs ont été jugées évitables. <p>Interventions infirmières pour réduire le risque d'erreurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contrôle des prescriptions du médecin - Contrôle de la bonne dose, bonne fréquence et bonne voie d'administration - Contrôle de l'indication du traitement <ul style="list-style-type: none"> • Examen des voies veineuses et sonde nasogastrique : <p>Interventions infirmières :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Test de déglutition - Surveillances des signes d'infections - Changements des cathéters veineux périphériques toutes les 72H. <ul style="list-style-type: none"> • Mesure des résultats : L'AVC est une cause majeure de déficit fonctionnel. Le but de la réadaptation est de minimiser l'incapacité. L'évaluation des résultats devraient inclure des mesures qui visent à estimer la capacité fonctionnelle, les activités quotidiennes, l'humeur et l'état nutritionnel. <p>Interventions infirmières :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mesure hebdomadaire des résultats est effectuée pour évaluer si les patients atteints d'AVC s'améliorent grâce à la fourniture de thérapie de rééducation, soins infirmiers et traitements. - Outils : Score de Barthel, score modifié de Rankin - Mesure du poids dans les 72 h après admission et surveillance hebdomadaire - Evaluation de l'humeur : évaluation symptômes dépressifs (pleurs, apathie, retrait social) et score à l'aide de 6 questions types. <p>Les limites de l'étude sont définies dans un paragraphe à part. Les résultats ne couvrent pas la discussion des expériences des patients et des infirmières dans cette innovation. Une étude qualitative serait recommandée.</p> <p>D'autre part, il n'y a pas la présence de statistiques représentatives, qui indiquent si le nombre de complications ont diminués grâce aux tournées infirmières et aux interventions proposées.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les rôles autonomes infirmiers de prévention, d'évaluation et manager sont les principaux rôles nécessaires pour afin de prévenir, détecter (dépistage précoce) et traiter les complications post-AVC.</p> <p>Les soins aux patients sont une façon d'identifier si le patient s'améliore ou se détériore.</p>

	<p>Dans l'encadré « Key-Points », l'auteur résume les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline infirmière.</p> <p>Les tournées infirmières dans un contexte aigu :</p> <ul style="list-style-type: none">• aident à identifier et à prévenir problèmes de patients prévisibles pouvant entraîner des complications.• offrent une opportunité d'apprentissage proactive à partir de laquelle les infirmières peuvent faire des plans de soins pour les meilleurs résultats possibles des patients.• améliorent la communication entre la vision et les objectifs du patient et les infirmières et les équipes multidisciplinaires.• sont un moyen de connaître les patients de « la tête aux pieds » en utilisant une approche holistique• servent d'examen des soins aux patients : identification du problème et des soins infirmiers axés sur les résultats.• C'est un moyen d'améliorer la documentation et une opportunité d'améliorer travail d'équipe, les soins aux patients et l'expérience du patient. <p>L'auteur fait des recommandations pour les recherches futures. L'auteur indique qu'il serait intéressant d'effectuer d'autres recherches afin de pouvoir appliquer cette nouvelle méthode de « tournée infirmière » à d'autres services.</p>
--	--

Fortin, M. (2010). Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives (2nd ed.). Montréal: Chenelière éducation.