

# **Interventions infirmières dans la prise en charge de l'anxiété et de la dépression en phase aiguë de l'accident vasculaire cérébral**

**Revue de littérature**

Travail de Bachelor

Par

**Molliet Sébastien et Progin Damien**  
promotion 2014-2017

Sous la direction de : Fernando Correia Pinto Santana

**Haute Ecole de Santé, Fribourg**  
Filière soins infirmiers

13 juillet 2017

## Résumé

**Introduction** : Le thème de ce travail de Bachelor porte sur les interventions infirmières dans la prise en charge de l'anxiété et de la dépression en phase aiguë de l'accident vasculaire cérébral. **Buts** : Décrire la prévalence des symptômes d'anxiété et de dépression dans la phase aiguë de l'accident vasculaire cérébral et identifier les interventions efficaces susceptibles de diminuer le nombre de patients atteints de dépression ou la gravité de celle-ci. **Méthode** : La littérature concernant la prévalence des symptômes d'anxiété et de dépression ainsi que les interventions infirmières efficaces a été recherchée dans les bases de données PubMed et CINAHL entre novembre 2016 et juin 2017. **Résultats** : Six articles scientifiques ont été identifiés. Ces articles scientifiques ont démontré qu'il existe une grande prévalence des symptômes d'anxiété (entre 26,4% et 40%) et de dépression (entre 14% et 55%) auprès des patients atteints d'AVC en phase aiguë. La revue de littérature systématique a mis en évidence 5 interventions efficaces, ayant un impact sur la dépression, que les infirmières peuvent utiliser lors des soins quotidiens dispensés aux patients. **Discussion** : Les symptômes d'anxiété et de dépression touchent un grand nombre de patients après un accident vasculaire cérébral. Ces symptômes influencent négativement la récupération et augmentent la durée d'hospitalisation. Des interventions infirmières efficaces existent et devraient être dispensées aux patients de manière systématique. **Conclusion** : Les infirmières devraient effectuer un dépistage précoce auprès de tous les patients concernés et mettre en place rapidement des interventions. Cela permettrait d'améliorer la qualité de vie des patients et de leurs proches.

**Mots-clefs** : *interventions infirmières, anxiété, dépression, accident vasculaire cérébral, phase aiguë*

## Tables des matières

<b>Résumé</b> .....	<b>ii</b>
<b>Liste des tableaux</b> .....	<b>v</b>
<b>Liste des figures</b> .....	<b>vi</b>
<b>Remerciements</b> .....	<b>vii</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
L'accident vasculaire cérébral .....	2
Facteurs de risque .....	3
Signes et symptômes .....	3
Epidémiologie .....	4
Problématique .....	4
Etat des connaissances .....	5
Question de recherche .....	6
Objectifs .....	7
<b>Cadre conceptuel</b> .....	<b>8</b>
Anxiété .....	9
Dépression .....	10
Nursing (soins infirmiers) .....	12
<b>Méthode</b> .....	<b>14</b>
Choix du devis .....	15
Description des étapes de réalisation .....	15
Banques de données .....	15
Mots-clés .....	16
Critères d'inclusion et d'exclusion .....	16
Stratégies de recherche .....	17
Outils d'analyse de données .....	18
<b>Résultats</b> .....	<b>21</b>
Caractéristiques des études .....	22
Catégorisation des résultats .....	25
Evaluation de la performance de l'échelle HADS .....	25
Prévalence de l'anxiété et ses facteurs associés .....	26
Prévalence de la dépression post-AVC et ses facteurs associés .....	27
Interventions infirmières efficaces pour la dépression post-AVC .....	30

Apport d'informations. ....	30
<i>Life review therapy</i> . ....	31
Entretien motivationnel.....	31
Exercices physiques. ....	31
Programmes de soutien. ....	32
<b>Discussion</b> .....	<b>33</b>
Interprétation des résultats.....	34
Anxiété .....	34
Dépression .....	35
Interventions infirmières efficaces .....	38
Forces et limites .....	40
Liens avec la question de recherche.....	40
Implications pour la pratique infirmière .....	41
<b>Conclusion</b> .....	<b>43</b>
<b>Références</b> .....	<b>45</b>
<b>Appendice A</b> .....	<b>50</b>
<b>Appendice B</b> .....	<b>52</b>
<b>Appendice C</b> .....	<b>93</b>

### **Liste des tableaux**

Tableau 1 : Traduction des mots-clés et termes-MeSH .....	16
Tableau 2 : Stratégie 1 .....	19
Tableau 3 : Stratégie 2 .....	19
Tableau 4 : Stratégie 3 .....	20

## Liste des figures

Figure 1 : FlowChart.....	18
---------------------------	----

## **Remerciements**

Nous tenons à adresser nos remerciements à notre directeur de thèse, Monsieur Fernando Correia Pinto Santana, pour son soutien, son suivi, son aide ainsi que ses précieux conseils durant notre travail.

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui nous ont soutenu et permis de réaliser ce travail de Bachelor Thésis.

Egalement un grand merci à nos familles ainsi que Madame Roschi Valérie pour la correction de l'orthographe et la relecture de ce travail.

## Introduction



Cette revue de littérature traite de la prévalence des symptômes d'anxiété et de dépression dans l'accident vasculaire cérébral en phase aiguë ainsi que des interventions infirmières dans la prise en charge de la dépression. Tout d'abord, la problématique de départ est décrite, la question de recherche est formulée et les objectifs qui en découlent sont énoncés. Un cadre conceptuel, permettant d'interpréter les résultats et alimenter la discussion, sera développé à l'aide des principaux concepts suivants : l'anxiété, la dépression et le nursing (soins infirmiers). La méthodologie de cette revue sera présentée, avec le choix du devis et la description des étapes de réalisation. Le chapitre comprenant les résultats sera divisé en 4 thèmes : l'évaluation de la performance de l'échelle « Hospital Anxiety and Depression Scale » (HADS), la prévalence de l'anxiété et de la dépression après un accident vasculaire cérébral ainsi que leurs facteurs associés. Le dernier thème concernera les interventions infirmières efficaces pour le traitement de la dépression. Dans la discussion, les résultats seront interprétés en fonction des différents concepts. Les forces et les limites de cette revue, les liens avec la question de recherche ainsi que l'implication pour la pratique infirmières seront exposés. Une conclusion des auteurs sera réalisée sur la base des apprentissages effectués et des propositions de recherches futures seront développées.

Afin de justifier le choix de ce thème et son importance pour la pratique, l'accident vasculaire cérébral sera défini et des données épidémiologiques seront soulevées. L'état des connaissances sera également présenté. Une question de recherche a été définie à partir de la problématique et des buts ont été formulés.

### **L'accident vasculaire cérébral**

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est une défaillance de la circulation sanguine qui affecte une région plus ou moins importante du cerveau. Il survient

suite à une obstruction due à un caillot sanguin (accident ischémique, 85% des cas), d'une rupture d'un vaisseau sanguin (accident hémorragique, 10%) ou d'une rupture d'un vaisseau menant au cerveau (accident hémorragique sous-arachnoïdienne, 5%) et provoque la mort des cellules nerveuses, qui sont privées d'oxygène et des nutriments essentiels à leur fonction (Fondation Suisse de Cardiologie, 2016). Selon les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG, 2016), l'accident ischémique transitoire (AIT) est dû, comme l'AVC ischémique, à la présence d'un caillot qui obstrue la circulation sanguine cérébrale de manière transitoire. Les symptômes durent en général moins d'une heure.

La Haute Autorité de Santé française (HAS, 2012) définit les phases de l'AVC de la manière suivante : la phase aiguë (avant le 14<sup>ème</sup> jours post-AVC), la phase subaiguë (entre le 14<sup>ème</sup> jour et 6 mois post-AVC) et la phase chronique (après 6 mois post-AVC).

### **Facteurs de risque**

Selon la Fondation Suisse de Cardiologie (2016), l'âge, la prédisposition héréditaire, l'hypertension artérielle, le diabète, la fibrillation auriculaire, le syndrome des apnées du sommeil, le tabagisme, l'excès de poids, l'hyper-cholestérolémie, la consommation d'alcool, la sédentarité et le stress sont les facteurs de risque de l'AVC.

### **Signes et symptômes**

Les signes et symptômes de l'AVC sont : une parésie du corps, une perte de sensibilité, un trouble de la parole, une perte d'équilibre soudaine, un trouble de la vision ou des maux de tête aigus (Fondation Suisse de Cardiologie, 2016).

## **Epidémiologie**

Dans le monde, plus de 15 millions d'accidents vasculaires cérébraux surviennent chaque année et représentent la troisième cause de mortalité (6,7 millions de décès en 2012) après les maladies cardiaques et le cancer, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2015). La Fondation Suisse de Cardiologie (2016) décrit l'AVC comme la cause la plus fréquente d'invalidité prématurée chez l'adulte.

En suisse, environ 16'000 personnes sont touchées tous les ans (Meyer, Simmet, Arnold, Mattle, & Nedeltchev, 2009). Une personne sur six est atteinte d'un AVC au cours de sa vie et 75% des personnes touchées ont plus de 65 ans (Fragile Suisse, n.d.). Environ 4'000 personnes en meurent chaque année. Un quart recouvrent leur autonomie sans subir de séquelles invalidantes, un quart parviennent avec de l'aide à récupérer leur autonomie dans la vie quotidienne et le dernier quart des patients ayant subi un AVC reste dépendant (Fragile Suisse, n.d.). Selon l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm, 2013), les séquelles les plus fréquentes sont l'hémiplégie et l'aphasie. Les experts estiment que ces chiffres vont augmenter avec l'allongement de l'espérance de vie. En revanche, la prévention et les progrès médicaux peuvent aussi faire diminuer la fréquence de l'AVC. (Fragile Suisse, n.d.)

## **Problématique**

Dans un premier temps, les auteurs de ce travail ont voulu connaître l'anxiété ressentie par les patients présentant un AVC au sein d'un service d'urgence. En effet, lors d'une période de formation pratique aux urgences, un des auteurs a constaté que les patients se présentant pour un problème de santé aigu (AVC,

infarctus du myocarde, traumatisme, ...) étaient pris en charge instantanément. Les nombreux soins, dont les patients bénéficient, se déroulent très rapidement et il arrive que plusieurs soins soient réalisés en même temps. Cependant, son ressenti face à la situation n'est pas pris en compte par les soignants.

Après de nombreuses recherches sur les bases de données afin de valider scientifiquement cette constatation, aucun article ne traite du ressenti de l'anxiété des patients souffrant d'AVC aux urgences. Les auteurs de cette revue de littérature se sont alors intéressés aux symptômes d'anxiété et de dépression des patients présentant un AVC dans la phase aiguë, car ces troubles de l'humeur sont régulièrement analysés ensemble.

### **Etat des connaissances**

L'anxiété est un problème fréquent chez les victimes d'un AVC, sa prévalence varie entre 25% et 50% dans les premiers mois et elle ne diminue que légèrement après 2-3 ans (Aström, 1996). La dépression est l'un des troubles neuropsychiatriques les plus fréquents après un AVC (Saxena & Suman, 2015). La dépression, qui survient chez environ 30% des patients dans l'année suivant un AVC, peut altérer la qualité de vie et la capacité du patient à récupérer de l'AVC (Inserm, 2013 ; Saxena & Suman, 2015). Elle a également une influence sur la fatigue et conduit à des troubles du sommeil (Kouwenhoven, Gay, Bakken, & Lerdal, 2013). Une plus grande dépendance fonctionnelle et une plus grande atteinte physique peuvent influencer la prévalence de la dépression (Saxena & Suman, 2015). Ces troubles de l'humeur sont éprouvants pour les patients et les proches-aidants, influencent négativement la qualité de vie et comme ils ne sont pas visibles, ils sont souvent ignorés par les cliniciens (Kim, 2016, p. 244). La dépression reste

méconnue et sous-diagnostiquée (Napon, Kaboré, & Kaboré, 2012). Les auteurs de ce travail ont cherché à savoir s'il existe des procédures spécifiques prenant en compte ces troubles de l'humeur et à connaître le déroulement de la prise en charge de patients atteint d'AVC au sein d'un hôpital.

Selon l'Hôpital Cantonal de Fribourg (HFR, 2014), environ 500 personnes par an sont victimes d'un AVC dans le canton. Afin de prendre en charge le patient au mieux et le plus rapidement possible, l'hôpital a mis en place un protocole afin de limiter les lésions cérébrales dans le but d'améliorer la récupération des fonctions neurologiques. Dans le protocole, la prise en charge pré-hospitalière et hospitalière, au sein du service d'urgences, est décrite. Il contient des détails sur les différents types d'AVC, liste les soins et surveillances généraux et informe des principales complications de l'AVC. Cependant, aucun chapitre ne met en évidence la prise en charge de l'anxiété ou la dépression du patient. Il en est de même pour le protocole de l'American Heart Association (2010) et les recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé (2010).

Après avoir énoncé la problématique et consulté de la documentation sur ce thème, les auteurs de ce travail estiment qu'il serait nécessaire de développer les connaissances existantes sur ce sujet.

### **Question de recherche**

Les auteurs de cette revue de littérature se sont donc posés la question suivante : **Qu'elles sont les interventions infirmières dans la prise en charge de l'anxiété et de la dépression en phase aiguë de l'accident vasculaire cérébral ?**

### **Objectifs**

Afin de répondre à cette question, les objectifs suivant ont été définis :

- Décrire la prévalence des symptômes d'anxiété et de dépression dans la phase aiguë de l'accident vasculaire cérébral
- Identifier les interventions infirmières efficaces susceptible de diminuer le nombre de patients atteints de dépression ou diminuer la gravité de celle-ci

## **Cadre conceptuel**

Le cadre conceptuel met en évidence les concepts clés de cette revue de littérature. Plusieurs concepts ont été analysés mais seuls les plus pertinents en lien avec la problématique seront présentés. Il s'agit des concepts d'anxiété, de dépression et « nursing » (soins infirmiers). Ils permettront aux auteurs de ce travail, dans le chapitre discussion, d'interpréter les résultats obtenus.

### **Anxiété**

En psychologie, l'anxiété se définit comme « un état émotionnel de tension nerveuse, de peurs fortes et souvent chroniques. L'état psychique se caractérise par l'attente d'un danger imminent indéterminé, accompagné de malaise, de peur et de sentiment d'impuissance » (Molière, 2012, p. 70). L'anxiété, qu'elle soit généralisée après un AVC, associée à une maladie organique chronique ou indépendante d'une lésion cérébrale, les critères diagnostiques du DSM-IV sont identiques (Carota, Dieguez, & Bogousslavsky, 2005, p. 238). Selon la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada (2017), l'anxiété constitue l'une des expériences émotives les plus fréquentes de l'être humain. Il s'agit d'une réaction normale et saine face à une menace et les premières heures qui suivent un AVC sont souvent très inquiétantes et agitées. L'apparition de l'anxiété peut être influencée, par exemple, par un changement dans l'état de santé, une crise de situation, du stress ou encore un risque de mort (Moorhouse, Doenges, & Gessler-Murr, 2012, p. 127). Il existe six caractéristiques selon lesquelles l'anxiété peut se manifester, dont des caractéristiques comportementales, affectives, cognitives, physiques et physiologiques (système nerveux sympathique ou parasympathique) (Moorhouse et al., 2012, pp. 127-128). Il existe également quatre degrés d'anxiété qu'il est important de définir : l'anxiété légère, modérée, grave et panique (Moorhouse et al., 2012, p. 129). En effet, en fonction de la gravité de l'anxiété,



l'accompagnement du patient ne sera pas le même. L'anxiété légère augmente la vigilance et le patient centre son attention sur ce qui l'entoure. Le patient peut présenter une certaine agitation et des insomnies. Si elle est modérée, l'anxiété augmente la capacité de concentration. Une accélération du pouls et de la respiration peut survenir. Lorsqu'elle devient grave, le patient est incapable de fonctionner de manière efficace et il ressent un sentiment de malaise. Des comportements désintégrés et une interprétation faussée de la situation démontrent une anxiété de type « panique » (Moorhouse et al., 2012). De plus, selon le Gouvernement du Québec (2016), certains symptômes associés aux troubles anxieux, en particulier la fatigue, les troubles du sommeil ou encore les maux de têtes, peuvent mener à la dépression s'ils ne sont pas traités assez rapidement.

### **Dépression**

« La dépression constitue un trouble mental courant, caractérisé par la tristesse, la perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de faible estime de soi, des troubles du sommeil ou de l'appétit, d'une sensation de fatigue et d'un manque de concentration » (OMS, 2017b).

De plus, S. Zumbach (communication personnelle [Présentation PowerPoint], 30 septembre 2014) décrit « une baisse de l'humeur, une baisse de l'énergie et une diminution de l'activité. L'humeur varie au cours de la journée, mais pas d'un jour à l'autre. Le sujet est donc « installé » dans ce nouvel état psychique et physique. » De nos jours, il existe des traitements pour permettre au patient de quitter cet état.

Les traitements de la dépression sont soit médicamenteux soit psychothérapeutiques. Il existe trois différents types de traitement de la dépression par médicament : le traitement d'attaque, le traitement d'entretien et le traitement

préventif de rechute (depression.ch, 2009). Ce travail ne s'intéressant pas aux traitements médicamenteux mais aux diverses interventions infirmières non-médicamenteuses, ces traitements ne seront pas détaillés.

Les différentes psychothérapies ont toutes pour objectifs de traiter la dépression (depression.ch, 2009). Une psychothérapie, basées sur la parole, comme la thérapie comportementale et cognitive ou la psychothérapie, peut être aussi efficace que les médicaments pour les formes légères à modérées de dépression (depression.ch, 2009). Selon l'Observatoire suisse de la santé (Obsan, 2013), les antidépresseurs peuvent être appropriés pour traiter une dépression d'intensité modérée à sévère, en complément d'une psychothérapie. Ces médicaments ne s'imposent pas comme le traitement de première intention pour les cas de dépression légère (OMS, 2017a).

La dépression post-AVC n'a pas de symptômes spécifiques. Elle peut se manifester par un sentiment de tristesse ou d'isolement, un manque de confiance en soi, une irritabilité, des troubles du sommeil ou de l'appétit ou encore une indifférence envers le traitement (Verdelho, 2005, p. 15). De nombreux facteurs de risque tels que l'âge, le temps écoulé depuis l'AVC, la sévérité du déficit intellectuel, le support social, l'existence d'un passé dépressif et la survenue d'événements de vie majeurs dans les six derniers mois précédant l'AVC influencent le cours et la sévérité de la dépression post-AVC (Pariel-Madjlessi et al., 2005, p. 9). La dépression peut survenir immédiatement après l'AVC ou des années après. Sa détection est souvent négligée, il est donc important d'évaluer le patient après à l'aide d'outils de mesures fiables (Hellings et al., 2011). Une prise en charge précoce et adaptée est le meilleur garant d'une évolution favorable (Verdelho, 2005, p. 15). De par leur proximité avec le patient, les infirmières ont un rôle important à jouer dans la détection et le traitement de la dépression post-AVC.

### **Nursing (soins infirmiers)**

Debout (2012, p. 224) définit les soins infirmiers comme un ensemble de connaissances et de techniques relatives à la conception et à la mise en œuvre d'actes de soins infirmiers. Ces actes font référence au processus de soins systématique qui consiste à recueillir des données, à nommer, à planifier, à intervenir et à évaluer cette intervention (Debout, 2012, p. 224). Selon le Conseil International des Infirmières (CII, 2015), les soins infirmiers comprennent les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, dont la promotion de la santé, la prévention de la maladie et les soins dispensés aux malades, aux personnes handicapées ou en fin de vie.

Debout (2012, pp. 224-225) relève treize attributs du concept des soins infirmiers. Les auteurs de ce travail vont en définir les principaux, en lien avec le thème de cette revue de littérature.

Les attributs ont pour but de :

- Protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des patients
- Recueillir des informations utiles afin de les transmettre aux médecins pour poser leur diagnostic et ainsi évaluer l'effet de leurs prescriptions
- Participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes
- Contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales
- Participer au soulagement de la détresse physique et psychique des personnes

L'attention portée par l'infirmière aux patients a pour but de mieux comprendre l'expérience globale que la personne vit. En effet, l'infirmière se repose sur son raisonnement clinique et ses conclusions afin d'orienter ses interventions (Debout, 2012) :

- Les interventions de l'infirmière sont indiquées en regard d'un diagnostic infirmier ou d'un risque avéré
- L'intention infirmière se traduit par la formulation d'objectifs qui guident ces interventions
- L'infirmière collabore à la mise en relation du patient avec d'autres professionnels de santé

Les soins infirmiers englobent également la planification des interventions, leur mise en œuvre, la prévention des risques qui en découlent et l'évaluation de son efficacité (Debout, 2012).

## Méthode

Dans ce chapitre, les auteurs expliquent le choix du devis. Ensuite, ils décrivent les différentes étapes de réalisation de ce travail et complètent celles-ci à l'aide d'un FlowChart et de tableaux comprenant les stratégies de recherche utilisées.

### **Choix du devis**

La recherche scientifique est une démarche d'acquisition de connaissances qui utilise diverses méthodes de recherches quantitatives et qualitatives pour trouver des éléments de réponses à des questions déterminées que l'on souhaite approfondir (Fortin & Gagnon, 2010, p. 4). Ce Bachelor Thésis est une revue de littérature, devis imposé par la Haute Ecole de Santé à Fribourg. Cette approche permet de collecter et d'analyser systématiquement les recherches disponibles sur un sujet. Ces recensions contribuent à mettre en évidence la pratique fondée sur les données probantes, puisqu'elles résument les nombreuses études et les différents résultats d'une manière objective (Fortin & Gagnon, 2010, p. 263).

### **Description des étapes de réalisation**

Les points suivants démontrent le déroulement utilisé par les auteurs de cette revue de littérature pour l'élaboration de ce travail.

### **Banques de données**

Afin de trouver des articles pertinents pour la réalisation de cette revue de littérature, deux banques de données ont été consultées. Quatre articles retenus proviennent de recherches réalisées sur PubMed. La banque de donnée CINAHL n'a pas permis d'identifier d'autres articles pertinents pouvant répondre à la question de recherche (cf. Appendice C). Un article a été trouvé sur Google Scholar. Le

dernier article a été mis en évidence à l'aide de recherches dans les listes bibliographiques des articles retenus.

### **Mots-clés**

Des associations de mots-clés et de termes-MeSH ont permis de mettre en évidence les articles correspondants à la question de recherche. Ils sont présentés dans un tableau (voir Tableau 1).

Tableau 1 :

*Traduction des mots-clés et termes-MeSH*

<b>Mots-clés anglais</b>	<b>Traduction française</b>
Stroke (MeSH Terms)	Accident vasculaire cérébral
Ischemic stroke (non MeSH)	Accident vasculaire cérébral ischémique
Acute ischemic stroke (non MeSH)	Accident vasculaire cérébral ischémique aigu
Anxiety (MeSH Terms)	Anxiété
Depression (MeSH Terms)	Dépression
Depression (non Mesh)	Dépression
Nursing care (non MeSH)	Soins infirmiers

### **Critères d'inclusion et d'exclusion**

Pour répondre à la question de recherche, des critères d'inclusion et d'exclusion ont été définis pour trier les études et sélectionner les plus pertinentes. Les critères d'inclusion sont les suivants :

- L'année de publication des études n'excède pas 15 ans (2002)
- La langue des études est l'anglais ou le français
- La phase de l'AVC est la phase aiguë
- Les interventions visent à diminuer le nombre de patients atteint de symptômes d'anxiété ou de dépression ou à diminuer leur gravité
- Les études présentent des résultats susceptibles d'être utiles pour la pratique infirmière

Les critères d'exclusion sont les suivants :

- La méthodologie de recherche de l'étude n'est pas détaillée
- L'intégralité de l'article est payante
- La population concerne uniquement des patients atteint d'AIT
- Les interventions de types médicamenteuses
- Les interventions ne sont pas transférables à la pratique infirmière

Tous les articles inclus dans la présente revue de littérature répondent à ces critères. Cependant, une revue de littérature systématique comprenait des articles dont la phase n'était pas uniquement la phase aiguë de l'AVC. Cette revue de littérature systématique a été conservée car les auteurs de ce travail ont rencontré de la difficulté à trouver des études traitant des interventions infirmières uniquement en phase aiguë de l'AVC.

### **Stratégies de recherche**

Les méthodes utilisées pour la recherche d'articles scientifiques sont exposées dans un FlowChart (voir figure 1).

Suite aux différentes recherches d'articles scientifiques sur les bases de données citées précédemment, 86 études ont été identifiées. Suite à la lecture des titres, 19 études ont été sélectionnées pour une analyse plus approfondie. La lecture des



résumés a exclu encore 11 études. Sur les 8 études restantes, seules 6 études ont été conservées pour l'analyse finale en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion (voir Tableaux 2, 3 et 4).

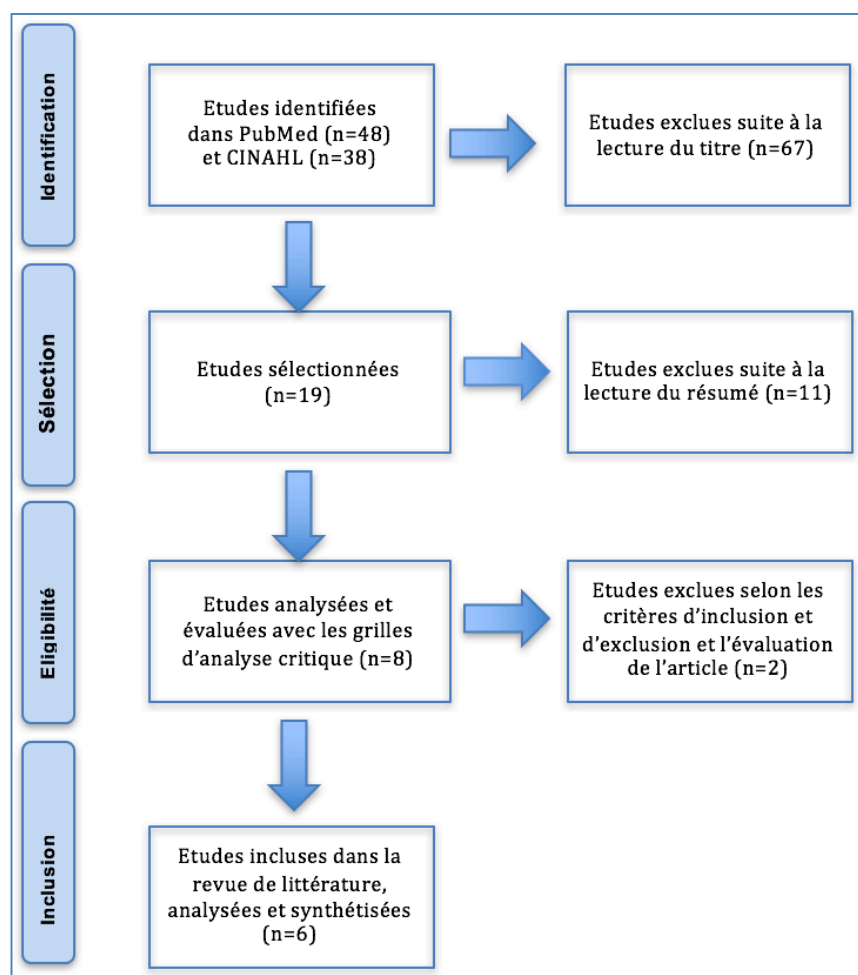


Figure 1 : FlowChart

### Outils d'analyse de données

Pour évaluer la pertinence des études conservées, des analyses ont été réalisées à l'aide de grilles de lecture critique de Fortin (2010) et Loiselle et Profetto-McGrath (2007). La grille d'analyse résumée a été utilisée pour une analyse plus approfondie des résultats et a permis de les synthétiser.

Tableau 2 :

*Stratégie 1*

<b>Banque de données</b>	PubMed
<b>Technique</b>	Termes MeSH et mots clés
<b>Mots-clés</b>	((("depression"[MeSH Terms]) AND "anxiety"[MeSH Terms]) AND "ischemic stroke"
<b>Filtres</b>	15 ans
<b>Résultats</b>	16 articles dont 2 retenus
<p><b>Articles sélectionnés et retenus</b></p> <p>Fure, B., Wyller, T. B., Engedal, K., &amp; Thommessen, B. (2006). Emotional symptoms in acute ischemic stroke. <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i>, 21(4), 382–387. <a href="https://doi.org/10.1002/gps.1482">https://doi.org/10.1002/gps.1482</a></p> <p>Vuletić, V., Sapina, L., Lozert, M., Lezaić, Z., &amp; Morović, S. (2012). Anxiety and depressive symptoms in acute ischemic stroke. <i>Acta Clinica Croatica</i>, 51(2), 243–246</p>	

Tableau 3 :

*Stratégie 2*

<b>Banque de données</b>	PubMed
<b>Technique</b>	Mots-clés
<b>Mots-clés</b>	((("acute ischemic stroke") AND "depression")
<b>Filtres</b>	15 ans + “Free Full Text”
<b>Résultats</b>	25 articles dont 1 retenu
<p><b>Article sélectionné et retenu</b></p> <p>Sugawara, N., Metoki, N., Hagii, J., Saito, S., Shiroto, H., Tomita, T., ... Yasui-Furukori, N. (2015). Effect of depressive symptoms on the length of hospital stay among patients hospitalized for acute stroke in Japan. <i>Neuropsychiatric Disease and Treatment</i>, 11, 2551–2556. <a href="https://doi.org/10.2147/NDT.S91303">https://doi.org/10.2147/NDT.S91303</a></p>	

Tableau 4 :

*Stratégie 3*

<b>Banque de données</b>	PubMed
<b>Technique</b>	Termes MeSH et mots-clés
<b>Mots-clés</b>	((("stroke"[MeSH Terms]) AND "nursing care") AND "depression"
<b>Filtres</b>	15 ans
<b>Résultats</b>	7 articles dont 1 retenu
<b>Article sélectionné et retenu</b>	
de Man-van Ginkel, J. M., Gooskens, F., Schuurmans, M. J., Lindeman, E., Hafsteinsdottir, T. B., & Rehabilitation Guideline Stroke Working Group. (2010). A systematic review of therapeutic interventions for poststroke depression and the role of nurses. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 19(23-24), 3274-3290. <a href="https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03402.x">https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03402.x</a>	

## Résultats

Dans ce chapitre, les auteurs décrivent toutes les caractéristiques importantes des études retenues et analysées. Ils ont ensuite catégorisé les résultats en quatre thèmes principaux afin de faciliter la compréhension de ceux-ci.

### **Caractéristiques des études**

Tout d'abord, les devis, l'échantillon et les lieux dans lesquelles les études se sont déroulées sont décrits. Ensuite, le but est formulé et les phases de l'AVC concernées sont énoncés.

Cette revue de littérature est composée de six articles scientifiques. Deux articles sont des analyses secondaires de données (Broomfield, Quinn, Abdul-Rahim, Walters, & Evans, 2014 ; Sugawara et al., 2015). La première étude a été menée au Royaume-Uni (n=5'326 séparés en deux groupes en fonction du diagnostic d'AVC (n=4'079) ou d'AIT (n=1'247)) et la deuxième au Japon (n=421). L'étude de Fure, Wyller, Engedal et Thommessen (2006) est de type quantitative descriptive corrélationnelle (n=178) et s'est déroulée en Norvège. Vuletić, Sapina, Lozert et Lezaić (2012) ont réalisé une étude descriptive transversale auprès de patients atteints d'AVC en Croatie (n=40) et Pedroso et al. (2016) ont également effectué une étude descriptive transversale (n=60) au Brésil. Le dernier article sélectionné est une revue de littérature systématique (n=15) et a été réalisé au Pays-Bas (de Man-van Ginkel et al., 2010).

Deux études ont évalué la prévalence des symptômes d'anxiété et de dépression et ont identifié les facteurs associés à ces problèmes (Fure et al., 2006 ; Vuletić et al., 2012). Broomfield et al. (2014) ont également décrit la prévalence de ces symptômes. De plus, ils ont réalisé une analyse supplémentaire pour comparer les résultats avec un groupe de patients atteints d'accidents ischémiques transitoires et pour décrire l'association potentielle de multiples facteurs sociodémographiques et

cliniques avec les symptômes d'anxiété et de dépression. Sugawara et al. (2015) ont évalué l'effet de la dépression sur la durée d'hospitalisation, alors que Pedroso et al. (2016) ont caractérisé les aspects psychopathologiques des patients et ont évalué la performance de l'échelle HADS dans la détection des cas de dépression au sein de leur échantillon. La revue de littérature systématique a exploré le rôle infirmier dans la gestion de la dépression post-AVC et a identifié les interventions que les infirmières peuvent utiliser dans les soins quotidiens (de Man-van Ginkel et al., 2010).

Toutes les études se sont concentrées sur des patients atteints d'AVC en phase aiguë, à l'exception de la revue de littérature, qui a analysé des études se déroulant lors de différentes phases de l'AVC (phase aiguë, de réhabilitation et chronique).

Afin de fluidifier la lecture des résultats, les principales échelles utilisées dans les études sont décrites ci-dessous. Par la suite, seules les abréviations de ces échelles seront utilisées.

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) : cette échelle comprend 14 items qui permettent d'identifier et quantifier l'anxiété ou la dépression. Elle est répartie en deux sous-échelles : une pour l'anxiété (HADS-A) et une pour la dépression (HADS-D). Chaque sous-échelle comprend 7 questions auxquelles le patient attribue des points, allant de 0 à 3 (Zeltzer, 2008a).

National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) : cette échelle évalue les conséquences neurologiques et le degré de récupération d'un patient ayant eu un AVC à l'aide du niveau de conscience, des mouvements extra-oculaires, du champ de vision, du fonctionnement des muscles faciaux, de la force des extrémités, du fonctionnement sensoriel, de la coordination (ataxie), du langage, du discours et de

l'héminégligence. Le NIHSS est de plus en plus utilisé comme outil d'évaluation de base dans l'AVC (Zeltzer, 2008c).

Mini Mental State Examination (MMSE) : ce test permet de détecter la présence de troubles cognitifs chez un patient. Il évalue six catégories : les capacités d'orientation dans le temps et l'espace, les apprentissages et la transcription des informations, l'attention et les calculs, la rétention mnésique, le langage et l'identification ainsi que la praxie constructive (Zeltzer, 2010).

Barthel Activities of Daily Living Index (BI) : cet indice mesure l'indépendance du patient et sa mobilité dans les activités de la vie quotidienne (AVQ), dont : l'alimentation, le bain, les soins personnels, l'habillement, la continence intestinale, la continence vésicale, la toilette, les transferts du lit au fauteuil, les déplacements (marche) et monter les escaliers. Il permet également d'indiquer le niveau de prise en charge dont le patient a besoin. En premier lieu, cet indice a été élaboré pour les patients post-AVC, en phase de réhabilitation (Haute Autorité de Santé, 2006 ; Marvin & Zeltzer, 2015).

Functional Independence Measure (FIM) : cette mesure a été développée pour évaluer les incapacités d'un patient dans les activités de la vie quotidienne. Il permet d'indiquer le niveau de prise en charge dont le patient a besoin, tout comme l'indice de Barthel (Zeltzer, 2011).

Modified Rankin scale (mRs) : cet outil ne possède qu'un seul item, attribuant une note de 0 à 6, en fonction du niveau d'indépendance fonctionnelle d'un patient post-AVC (Zeltzer, 2008b).

Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) : ce questionnaire est réalisé par un psychiatre lors d'un entretien face à face avec le patient et permet de diagnostiquer les principaux troubles psychiatriques par rapport aux critères

diagnostics du DSM-IV, tel que des épisodes dépressifs majeurs, une dysthymie ou encore un risque suicidaire. Le MINI-Plus est une version plus détaillée de ce questionnaire (Langevin, Boini, François, & Riou, 2013).

### **Catégorisation des résultats**

Consécutivement à l'analyse des six articles scientifiques sélectionnés par les critères d'inclusion et d'exclusion, les principaux résultats sont catégorisés par thème :

- Evaluation de la performance de l'échelle HADS
- Prévalence de l'anxiété post-AVC et ses facteurs associés
- Prévalence de la dépression post-AVC et ses facteurs associés
- Interventions infirmières efficaces pour la dépression post-AVC

Pour une bonne compréhension des différents thèmes et faciliter la lecture, les auteurs de ce travail ont d'abord cherché à s'informer de la performance de l'échelle HADS, qui a été largement utilisée dans les articles. Ils ont ensuite voulu connaître les prévalences des symptômes d'anxiété et de dépression avant de mettre en évidence des interventions efficaces afin de répondre à la question de recherche.

### **Evaluation de la performance de l'échelle HADS**

Sur les 6 articles sélectionnés, 4 d'entre eux ont utilisé l'échelle HADS pour évaluer les symptômes d'anxiété ou de dépression (Broomfield et al., 2014 ; Fure et al., 2006 ; Pedroso et al., 2016 ; Vuletić et al., 2012). Pedroso et al. (2016) ont évalué la performance de l'échelle HADS dans la détection des cas de dépression post-AVC. Pour ce faire, ils ont évalué chaque patient de leur échantillon (n=60) à l'aide de l'échelle et un psychiatre qualifié a réalisé le MINI-Plus lors d'une interview



individuelle. Le diagnostic de dépression, posé par le psychiatre, était significativement associé au score de l'HADS-D ainsi qu'au score total de l'échelle ( $p < 0.001$ ). Les auteurs ont réalisé une analyse afin de déterminer les points de coupure de l'échelle HADS ainsi que ceux des sous-échelles. Pedroso et al. (2016) ont utilisé la valeur 6 comme point de coupure optimal pour l'HADS-D. D'autres études ont trouvé des points de coupure allant de 4 à 8, avec des sensibilités et des spécificités plus basses. La sous-échelle de dépression a présenté une très bonne sensibilité (100%) et spécificité (99.17%) avec une précision de 0.94 (Pedroso et al., 2016).

### **Prévalence de l'anxiété et ses facteurs associés**

L'anxiété et la dépression post-AVC influencent les résultats de soins neurologiques des patients (Fure et al., 2006 ; Vuletić et al., 2012) et la charge émotionnelle des membres de la famille (Fure et al., 2006). Ces problèmes ne reçoivent pas la même attention de la part du personnel soignant en comparaison aux problèmes physiques (Fure et al., 2006) [traduction libre] et peuvent être causés par les réactions psychologiques du patient ou par les dommages causés par l'AVC lui-même (Fure et al., 2006) [traduction libre].

Trois études ressortent dans leurs résultats des données concernant la prévalence de l'anxiété. Fure et al. (2006) ont obtenu une prévalence de 26,4% d'anxiété dans leur échantillon. Les résultats obtenus par Broomfield et al. (2014) ont atteint 29%, alors que Vuletić et al. (2012) ont constaté une haute prévalence d'anxiété de 40%.

Concernant les facteurs associés, Fure et al. (2006) sont les seuls auteurs à démontrer une relation significative entre le célibat et les symptômes d'anxiété

( $p=0.02$ ). Un faible score au MMSE (moins de 26 points sur 30) était significativement associé ( $p=0.01$  ;  $p<0.001$ , respectivement) aux symptômes d'anxiété (Fure et al., 2006 ; Vuletić et al., 2012). Selon Fure et al. (2006), l'anxiété n'est certainement pas liée à la lésion causée par l'AVC car elle peut apparaître rapidement après un événement difficile, autre que l'AVC [traduction libre]. Fure et al. (2006) démontrent une relation significative entre les patients qui ont obtenu un score de moins de 90 points au BI, tout comme Vuletić et al. (2012), qui ont trouvé une significativité élevée ( $p=0.01$ ).

L'article de Broomfield et al. (2014) a, quant à lui, trouvé des associations significatives avec des facteurs différents. Les variables telles que le sexe féminin ( $p<0.0001$ ), un jeune âge ( $p<0.0001$ ), les multiples facteurs sociodémographiques ( $p<0.0001$ ) et la BPCO ( $p<0.0017$ ) étaient très significativement associés aux symptômes d'anxiété.

Dans l'étude de Vuletić et al. (2012), les patients atteints d'anxiété présentaient aussi des symptômes de dépression. Dans les trois études, les résultats concernant l'anxiété sont très peu discutés. En effet, les auteurs des différents articles ont détaillé de manière plus approfondie les relations entre les facteurs et les symptômes de dépression.

### **Prévalence de la dépression post-AVC et ses facteurs associés**

L'accident vasculaire cérébral est une cause majeure de décès et d'invalidité dans le monde. Les troubles de l'humeur, en particulier la dépression, sont fréquents chez les survivants de l'AVC et sont associés à la morbidité ainsi qu'à la mortalité (Pedroso et al., 2016). D'après des études antérieures, les troubles dépressifs comorbides augmentent considérablement les coûts médicaux (Vuletić et

al., 2012). Sugawara et al. (2015) démontrent l'influence de la dépression sur la durée d'hospitalisation. En effet, les chercheurs ont de plus en plus reconnu que la durée d'hospitalisation est un résultat de soins mesurable et important dans le contexte de l'AVC (Sugawara et al., 2015). C'est pourquoi, la durée d'hospitalisation doit être la plus courte possible pour des raisons économiques et améliorer la qualité de vie des patients et de leurs familles (Sugawara et al., 2015). Cinq articles présents dans cette revue de littérature se sont intéressés à la prévalence de la dépression post-AVC ainsi qu'aux facteurs associés (Broomfield et al., 2014 ; Fure et al., 2006 ; Pedroso et al., 2016 ; Sugawara et al., 2015 ; Vuletić et al., 2012).

Fure et al. (2006) ont démontré que 14% des patients de leur échantillon souffraient de symptômes dépressifs. Sugawara et al. (2015) indiquent une prévalence d'une dépression probable de 16,3% chez les hommes et 17,8% chez les femmes ( $p > 0.05$ ). Broomfield et al. (2014) ont démontré que 24% des patients ont obtenu des scores à l'HADS-D suggérant une dépression. Les résultats obtenus par Pedroso et al. (2016) ont atteint 26,7%, alors que Vuletić et al. (2012) ont constaté une importante prévalence de 55%.

Seuls Sugawara et al. (2015) ont démontré une association entre la dépression probable et la durée d'hospitalisation. La durée d'hospitalisation moyenne pour les patients ayant survécu à un AVC avec une dépression probable était de 76,4 jours ( $\pm 49,2$ ) et était significativement plus longue ( $> 30$  jours) que pour les patients sans dépression probable (44,9 jours  $\pm 39,2$ ) (Sugawara et al., 2015). Les résultats de l'article démontrent que la dépression probable était significativement associée à la durée d'hospitalisation ( $p < 0.01$ ), tout comme les scores NIHSS ( $p < 0.001$ ), les scores FIM ( $p < 0.001$ ) ainsi que le fait de vivre seul. Ces différents facteurs peuvent également avoir une influence sur les coûts (Sugawara et al., 2015).

Deux articles ont évalué les fonctions cognitives et la capacité mnésique des patients (Pedroso et al., 2016 ; Vuletić et al., 2012). La dépression avait une association significative ( $p < 0.001$ ) avec un moins bon résultat au MMSE dans les deux articles (Pedroso et al., 2016 ; Vuletić et al., 2012). Pedroso et al. (2016) ont trouvé que les patients atteints de dépression ont été moins performants au niveau du langage ( $p = 0.049$ ) ainsi qu'au niveau de l'attention et du calcul ( $p = 0.001$ ).

Concernant les capacités fonctionnelles, Vuletić et al. (2012) ont trouvé une corrélation significative entre les symptômes dépressifs et un faible score au BI ( $p < 0.001$ ). Fure et al. (2006) ont constaté une relation semblable ( $p = 0.024$ ) et ont également trouvé une relation avec de moins bons résultats au mRs (OR 1.22, 95%, 0.89-1.66). Pedroso et al. (2016) ont aussi évalué la dépendance fonctionnelle de leur échantillon et ont trouvé une relation significative à l'aide des test mRs et FIM ( $p < 0.05$  ;  $p < 0.001$ , respectivement).

Broomfield et al. (2014), quant à eux, ont évalué de multiples facteurs sociodémographiques à l'aide du SIMD<sup>1</sup>, qui fournit des informations sur la population en Ecosse grâce aux facteurs suivants : revenu actuel, emploi, éducation, compétences et formation, logement, accès géographique et criminalité. Dans l'échantillon de patients atteints d'AVC, un haut score de l'HADS-D a été associé au sexe féminin ( $p < 0.0001$ ), au jeune âge ( $p < 0.0001$ ), aux multiples facteurs sociodémographiques ( $p < 0.0001$ ), au tabagisme actif ( $p = 0.001$ ) et à la présence d'un diagnostic de BPCO (OR 1.39, 95% CI, 1.14-1.69) (Broomfield et al., 2014).

Pedroso et al. (2016), ainsi que des études antérieures, démontrent que les patients ayant une dépression post-AVC sont plus susceptibles d'avoir du diabète

---

<sup>1</sup> Scottish Index of Multiple Deprivation (SIMD)

( $p < 0.01$ ) car le diabète pourrait être un facteur de risque à l'apparition de symptômes dépressifs.

### **Interventions infirmières efficaces pour la dépression post-AVC**

Une revue de littérature (de Man-van Ginkel et al., 2010), traitant du rôle des infirmières dans la dépression post-AVC ainsi que des interventions efficaces pouvant être mises en place dans les soins quotidiens dispensés au patient a été retenue. de Man-van Ginkel et al. (2010) ont analysé quinze articles et ont ressorti six types d'interventions, dont cinq ont significativement réduit le nombre de patients avec des symptômes dépressifs ou la gravité de la dépression.

Les infirmières disent que la dépression après un AVC est un problème important et nécessite plus d'attention de la part du personnel (Bennett 1996, Kumlien & Axelsson 2000, cité dans de Man-van Ginkel et al., 2010). Deux études antérieures démontrent que les infirmières estiment qu'elles manquent de connaissances, de compétences et de formation pour évaluer le statut psychologique des patients et qu'elles n'utilisent que rarement des instruments de mesure (Bennett 1996, Kumlien & Axelsson 2000, cité dans de Man-van Ginkel et al., 2010). Les connaissances limitées sur le sujet et le manque de temps à disposition sont un frein.

**Apport d'informations.** Le fait de donner des informations aux patients est l'intervention avec le plus haut niveau de preuve (de Man-van Ginkel et al., 2010). En effet, elle provient d'une méta-analyse dans laquelle deux types d'interventions ont été dispensées aux patients : active et passive (Smith et al. 2008, cité dans de Man-van Ginkel et al., 2010). L'intervention active comprenait l'apport d'informations aux patients, lui laisser le temps de les assimiler et ensuite lui permettre de clarifier, consolider ou renforcer ces informations. Cette intervention a permis de diminuer le

nombre de patients déprimés ( $p < 0.02$ ) ainsi que la gravité de leur dépression ( $p < 0.02$ ), comparativement à l'intervention passive, qui comprenait simplement un apport d'informations, sans autre suivi. Ces interventions ont été prodiguées par des infirmières durant la phase aiguë, de réhabilitation et la phase chronique. Une autre étude, non incluse dans la méta-analyse a trouvé des résultats similaires concernant l'influence de l'apport d'informations sur la gravité de la dépression ( $p < 0.05$ ).

**Life review therapy.** Cette thérapie est centrée sur le vécu du patient durant les étapes importantes de sa vie. Elle lui permet de faire face aux problèmes rencontrés (Nall, 2015). S'entretenir avec le patient a permis de diminuer significativement la gravité de la dépression ( $p < 0.01$ ) dans la phase de réhabilitation. Cependant, la qualité de l'étude ainsi que le nombre de patients qui y ont participé limitent les preuves (Davis 2004, cité dans de Man-van Ginkel et al., 2010).

**Entretien motivationnel.** Des séances individuelles avec un thérapeute ont permis au patient d'identifier leurs propres solutions en renforçant l'auto-efficacité ( $p = 0.03$ ) dans la phase aiguë et la phase de réhabilitation. Dans l'étude initiale, qui comprenait 411 patients, ces séances n'ont pas été données par des infirmières. Cependant, d'autres études ont démontré que ces interventions sont transférables aux soins infirmiers (Watkins et al. 2007, cité dans de Man-van Ginkel et al., 2010).

**Exercices physiques.** Les exercices physiques, travaillant l'équilibre, la force, l'endurance et la fonction des membres supérieurs, réalisés par les patients accompagnés d'un physiothérapeute ou d'un ergothérapeute ont diminué significativement le nombre de patients déprimés ainsi que la gravité de la dépression ( $p < 0.01$ ), immédiatement et six mois après l'intervention (Lai et al. 2006, cité dans de Man-van Ginkel et al., 2010).

**Programmes de soutien.** Six études ont mesuré les effets d'un programme de soutien sur la dépression post-AVC et quatre d'entre eux n'ont pas trouvé de résultats significatifs. Dans un essai contrôlé randomisé dans la phase de réhabilitation (n=28), les auteurs ont trouvé une diminution significative de la gravité de la dépression dans le groupe d'intervention ( $p < 0.001$ ) et une différence dans la gravité de la dépression entre le groupe intervention et le groupe contrôle ( $p = 0.03$ ) (Claiborne 2006, cité dans de Man-van Ginkel et al., 2010). Dans un autre essai contrôlé randomisé en phase aiguë et de réhabilitation (n=188), le programme de soutien infirmier spécifique a diminué significativement la gravité de la dépression ( $p = 0.004$ ) (Williams et al. 2007, cité dans de Man-van Ginkel et al., 2010). Dans ce programme, des infirmières ont évalué l'impact de trois principaux éléments : permettre au patient de comprendre et d'accepter le diagnostic de dépression ainsi que son traitement, initier des antidépresseurs et suivre l'efficacité du traitement. Cependant, ces interventions nécessitent une grande expertise de la part de l'infirmière auprès de patients atteints de dépression post-AVC (de Man-van Ginkel et al., 2010).

## Discussion



Ce chapitre présente l'interprétation des principaux résultats, les forces et limites de cette revue de littérature, les liens avec la question de recherche ainsi que l'implication pour la pratique infirmière.

### **Interprétation des résultats**

Les principaux résultats obtenus, présentés dans le chapitre précédent, sont mis en lien entre eux et interprétés à l'aide des différents concepts définis préalablement.

#### **Anxiété**

L'anxiété est une réaction normale de l'être humain, surtout durant les premières heures suivant un AVC car elles sont inquiétantes et agitées. Elle peut être malsaine si elle devient trop importante (Fondation des maladies du coeur et l'AVC du Canada, 2017). Trois études analysées démontrent une prévalence de l'anxiété relativement importante, allant de 26,4 à 40%. Cela conforte l'idée que les auteurs de ce travail avaient avant d'analyser la littérature existante à ce sujet. La prévalence obtenue par Broomfield et al. (2014) peut être généralisée facilement, car 4'079 patients ont été examinés dans leur échantillon. Fure et al. (2006) n'ont analysé que 178 patients. Cependant, leurs résultats sont très proches de ceux de Broomfield et al. (2014). Les deux études s'étant déroulées en Europe, ces résultats sont donc transférables aux patients atteints d'AVC en Suisse. Vuletić et al. (2012) ont réalisé leur étude auprès de 40 patients. Cette petite taille d'échantillon peut expliquer la haute prévalence trouvée et empêche la généralisation des résultats. Fure et al. (2006) et Vuletić et al. (2012) ont exclu les patients atteints d'aphasie dans leur échantillon. L'aphasie étant connue pour être associées à l'anxiété après

un AVC (Morris, Eccles, Ryan, & Kneebone, 2017, p. 2), les résultats auraient sûrement été plus élevés si ces patients avaient pu participer à l'étude.

Concernant les facteurs associés, le faible score au MMSE était significativement associé à l'anxiété. Cela pourrait s'expliquer par le fait que le MMSE évalue les fonctions cognitives et mnésiques du patient, qui peuvent être affectées par les lésions causées par l'AVC. En effet, un changement dans l'état de santé est un facteur de risque à l'apparition d'anxiété chez les patients (Moorhouse et al., 2012, p. 127).

Fure et al. (2006) et Vuletić et al. (2012) démontrent un lien significatif entre un faible score de BI et l'anxiété. Un faible score à l'indice de Barthel signifie que les patients concernés sont plus dépendants dans les activités de la vie quotidienne. Les affections invalidantes causées par l'AVC sont un facteur favorisant l'apparition d'anxiété chez les patients. Cela pourrait expliquer la grande prévalence de patients souffrant de symptômes d'anxiété.

Broomfield et al. (2014) ont également évalué les symptômes d'anxiété et de dépression auprès d'une cohorte de patients atteints d'AIT. Les résultats sont semblables, démontrant ainsi que l'anxiété n'est pas seulement présente chez des patients atteints plus sévèrement. De plus, certains symptômes de l'anxiété sont des facteurs de risques de dépression s'ils ne sont pas traités (Gouvernement du Québec, 2016).

## **Dépression**

Cinq articles ont évalué la dépression et les résultats obtenus varient entre 14% et 55%. Les études se déroulant durant la phase aiguë de l'AVC, soit moins de 14 jours après l'apparition des symptômes, les patients n'ont certainement pas encore

pris conscience de l'ampleur de la situation qu'ils viennent de vivre et de ses conséquences (Fure et al., 2006). Les prévalences trouvées pourraient donc être plus élevées dans la phase de réhabilitation ou chronique. Broomfield et al. (2014), Fure et al. (2006) ainsi que Vuletić et al. (2012) ont évalué les symptômes d'anxiété et de dépression auprès de leurs patients. Les deux premiers articles cités ont trouvé un plus grand nombre de patients atteints d'anxiété que de dépression contrairement à Vuletić et al. (2012). Comme pour l'anxiété, Broomfield et al. (2014) ont étudié une grande cohorte de 4'079 patients atteints d'AVC. Les résultats sont donc plus représentatifs que ceux trouvés par Fure et al. (2006) (n=178) et Vuletić et al. (2012) (n=40). Pedroso et al. (2016) ont évalué uniquement la dépression auprès de 60 patients au Brésil. Malgré cela, leurs résultats sont semblables à Broomfield et al. (2014) (26.7% et 24%, respectivement).

Comme pour l'anxiété, une plus grande atteinte des fonctions cognitives et mnésiques a été associée à la dépression. Broomfield et al. (2014) estiment que les problèmes de communication et cognitifs ont limité la participation de certains patients, ce qui peut diminuer la prévalence obtenue dans l'étude. En effet, les patients aphasiques et les patients atteints plus sévèrement au niveau cognitif sont régulièrement exclus des études, car ils n'ont plus les capacités de répondre aux différentes échelles. Ces deux problèmes sont pourtant connus comme étant des facteurs associés à la dépression.

Lorsque l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne étaient plus sévèrement affectée, indépendamment de l'échelle utilisée (BI, mRs ou FIM), les patients avaient tendance à présenter des symptômes dépressifs (Fure et al., 2006 ; Pedroso et al., 2016 ; Vuletić et al., 2012). Cela peut s'expliquer par le fait que l'indépendance de ces patients a diminué et qu'ils ont besoin de plus d'aide dans les AVQs.

Broomfield et al. (2014) ont associé le jeune âge, le sexe féminin et les personnes sans emploi à la dépression. Ces relations sont soutenues par la définition que l'OMS donne de la dépression (OMS, 2017b). Pedroso et al. (2016), citant des études antérieures, expliquent la relation trouvée entre le diabète et la dépression. En effet, le diabète est un facteur de risque de dépression de par les atteintes microvasculaires qu'il cause. Si l'on ajoute de nouvelles atteintes vasculaires liées à l'AVC, cette accumulation pourrait expliquer l'apparition de la dépression.

La dépression influencerait la durée d'hospitalisation. Selon Sugawara et al. (2015), il existe une différence de plus de trente jours d'hospitalisation entre les patients avec ou sans dépression probable. La dépression post-AVC a été corrélée à une plus grande dépendance fonctionnelle et est connue pour limiter la récupération des patients. De ce fait, plus les besoins du patient en termes de soins et d'accompagnement augmentent, plus la durée d'hospitalisation sera longue. Une hospitalisation plus longue, un AVC plus grave et une plus grande dépendance fonctionnelle augmentent alors les coûts médicaux (Sugawara et al., 2015). En effet, l'étude de de Pouvourville (2016) soutient que la gravité de l'AVC a un grand impact sur les coûts de l'hospitalisation.

Les auteurs de cette revue ont démontré que la dépression a un réel impact après un AVC. Il est donc nécessaire qu'elle soit prise en charge et traitée de manière optimale. Selon depression.ch (2009), pour traiter une dépression modérée à sévère, l'utilisation d'antidépresseurs est recommandée. Cependant, lors de dépression d'intensité légère à modérée, d'autres interventions ont démontré leur efficacité. L'utilisation de celles-ci peut être autant efficaces que certains médicaments.

### **Interventions infirmières efficaces**

Cette revue de littérature a permis de mettre en évidence six types d'interventions infirmières pour traiter la dépression post-AVC dont cinq sont susceptible d'être utilisées dans la pratique.

La première intervention efficace retenue dans cette revue de littérature concerne l'apport d'informations de manière active. L'infirmière, de par sa proximité quotidienne avec le patient, est la plus à-même de lui apporter des informations en tout temps. En effet, chaque moment passé auprès du patient a pour but de mieux comprendre l'expérience qu'il vit et est propice à l'échange. L'infirmière va ensuite lui laisser le temps d'assimiler ces informations et, si nécessaire, les clarifier, les consolider ou les renforcer. Cette intervention a démontré de bons résultats auprès d'un grand nombre de patients en agissant autant sur la gravité de la dépression que sur le nombre de patients déprimés. De plus, l'apport d'informations au patient représente l'intervention avec le plus haut niveau de preuves trouvé par les auteurs dans la revue de littérature systématique. Elle provient, à l'origine, d'une méta-analyse qui est intervenue dans la phase aiguë, dans la phase de réhabilitation et dans la phase chronique. Cela prouve que les infirmières ont un grand rôle à jouer dans l'accompagnement des patients présentant une dépression post-AVC.

L'entretien motivationnel est la deuxième intervention efficace de ce travail. Ce dernier offre la possibilité à l'infirmière de contribuer au soulagement de la détresse psychique du patient en lui permettant d'identifier ses propres solutions tout en renforçant son auto-efficacité. Dans l'étude initiale, qui comprenait 411 patients, ces séances n'ont pas été conduites pas des infirmières. Cependant, d'autres études ont démontré que ces entretiens sont transférables à la pratique infirmière et font partie de sa formation de base.

La troisième intervention efficace est l'exercice physique. Cette intervention, réalisée auprès de 93 patients, a mis l'accent sur l'équilibre, la force, l'endurance et la fonction des membres supérieurs. Elle a diminué la gravité de la dépression ainsi que le nombre de patients déprimés de manière significative, mais la petite taille de l'échantillon nécessite d'interpréter ces résultats avec prudence. Malgré que cette intervention ait été réalisée par des physiothérapeutes ou des ergothérapeutes dans l'étude initiale, ces exercices physiques peuvent être transférés aux soins quotidiens dispensés par l'infirmière, par exemple lors de la mobilisation. Cela permet de maintenir, de restaurer et de promouvoir la santé physique et psychique du patient.

La *life review therapy* a également démontré des résultats significatifs sur la gravité de la dépression. Cependant, les résultats de cette étude sont à interpréter avec prudence, car la qualité méthodologique et le nombre de patients (n=18) ne permettent pas de généraliser les résultats.

Certains programmes de soutien, présentés dans deux études, ont eu un effet significatif sur la gravité de la dépression en phase de réhabilitation. Un des programmes, dans lequel l'infirmière permettait au patient comprendre et d'accepter le diagnostic de dépression ainsi que les traitements, initiait des antidépresseurs et suivait leur efficacité, a diminué la gravité de la dépression. Selon de Man-van Ginkel et al. (2010), cette intervention nécessite une trop grande expertise de la part des infirmières. Cependant, un des attributs du concept des soins infirmiers est de contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à leur surveillance. Selon les auteurs de ce travail, cette intervention peut être effectuée par une infirmière.

Les interventions infirmières démontrant des effets positifs sur la dépression devraient être dispensées aux patients souffrant de dépression.

### **Forces et limites**

Cette revue de littérature contient un certain nombre de forces et limites. En effet, c'est le premier travail de ce type réalisé par les auteurs. Il se peut que des erreurs méthodologiques soient présentes.

Aucune recherche n'a permis de mettre en évidence des interventions infirmières en lien avec les symptômes d'anxiété dans un service d'urgence, idée première de ce travail. Les recherches ont été élargies en incluant les symptômes de dépression se déroulant dans la phase aiguë.

Le travail réalisé n'est pas une revue de littérature systématique, donc seule une petite partie de la littérature existante est présentée.

La force principale de cette revue est la présence d'une revue de littérature systématique traitant des interventions agissant sur la dépression post-AVC, qui augmentent la possibilité de généraliser les résultats.

Dans les articles sélectionnés, quatre articles proviennent de divers pays d'Europe, un article a été réalisé en Asie et le dernier provenait d'Amérique du sud. Ceci démontre que, partout dans le monde, il existe des symptômes d'anxiété et de dépression en phase aiguë de l'AVC.

Toutes les études analysées ont été publiées durant les 12 dernières années, ce qui démontre que les résultats et conclusions sont actuels et pertinents.

### **Liens avec la question de recherche**

La question de recherche était : Quelles sont les interventions infirmières dans la prise en charge de l'anxiété et de la dépression en phase aiguë de l'accident vasculaire cérébral ? La prévalence des symptômes d'anxiété et de dépression démontre qu'il existe bel et bien ces troubles de l'humeur dans la phase aiguë de

l'accident vasculaire cérébral, ce qui justifie de s'y intéresser de manière plus approfondie. Quatre interventions prometteuses, mises en évidence grâce à une revue de littérature systématique, permettent de prendre en charge la dépression post-AVC par les infirmières.

### **Implications pour la pratique infirmière**

Au vu de la haute prévalence des différents symptômes, les auteurs de ce travail estiment qu'un dépistage devrait être réalisé auprès de tous les patients et des interventions devraient être mises en place rapidement.

Les infirmières travaillant auprès de patients atteints d'AVC devraient être sensibilisées à ces troubles de l'humeur et aux méthodes d'évaluation dans leur formation. Il serait essentiel d'inclure le dépistage de l'anxiété et de la dépression dans les protocoles de prise en charge de l'accident vasculaire cérébral, autant en phase aiguë, de réhabilitation que chronique.

Il existe des échelles validées, telle que l'HADS, qui peuvent être conduites par des infirmières auprès des patients pour identifier précocement ces symptômes. Elles peuvent également poser un diagnostic infirmier d'anxiété ou un risque avéré de dépression, en récoltant des informations permettant ensuite au médecin de s'intéresser plus spécifiquement aux symptômes et mettre en place des interventions ou un traitement si nécessaire. Les infirmières possèdent toutes les compétences nécessaires pour permettre au patient d'obtenir toutes les informations dont il a besoin et de les renforcer. Elles pourraient également réaliser des entretiens motivationnels durant lesquels le patient pourrait identifier ses propres ressources tout en renforçant son auto-efficacité. Il est aussi de leur responsabilité de favoriser l'exercice physique, en pluridisciplinarité, lors des soins quotidiens.



Cela aurait une influence positive sur la récupération des patients et pourrait ainsi diminuer la durée d'hospitalisation et les coûts engendrés par celle-ci. Tout cela permettrait d'améliorer la qualité de vie des patients et de leurs proches.

## **Conclusion**

A l'aide de cette revue de littérature, nous avons répondu à notre question de recherche. Ce travail de Bachelor a permis d'étudier un problème fréquent et encore peu considéré dans les soins. Les résultats analysés provenant d'articles scientifiques démontrent clairement qu'il existe de l'anxiété et de la dépression chez les patients atteints d'AVC.

Tous les soignants travaillant proche des patients atteints d'AVC, peu importe la phase dans laquelle ils interviennent, devraient avoir en tête ces symptômes et rester attentifs. Des échelles d'évaluation devraient également être mise à disposition du personnel pour qu'ils aient un outil fiable sur lequel se baser et apporter des informations solides dans le but de mettre en place des interventions. Cela permettrait d'augmenter la qualité de vie des patients et de leurs proches.

Ce travail d'initiation à la recherche nous a permis de développer des connaissances sur un thème peu travaillé durant notre formation. Il nous a également permis d'acquérir des compétences dans la recherche grâce à une méthodologie rigoureuse, imposée par la revue de littérature. Nous pouvons désormais avoir un regard critique sur les articles scientifiques que nous allons rencontrer.

Dans la continuité de cette revue de littérature, d'autres recherches sont nécessaires afin d'identifier des articles concernant les interventions portant sur l'anxiété post-AVC. Il serait intéressant, sur le terrain, d'évaluer dans quelle mesure une prise de conscience du problème peut avoir lieu et comment introduire la détection de celui-ci de manière systématique.

## Références

- Aström, M. (1996). Generalized anxiety disorder in stroke patients. A 3-year longitudinal study. *Stroke*, 27(2), 270-275.
- Broomfield, N. M., Quinn, T. J., Abdul-Rahim, A. H., Walters, M. R., & Evans, J. J. (2014). Depression and anxiety symptoms post-stroke/TIA: prevalence and associations in cross-sectional data from a regional stroke registry. *BMC Neurology*, 14. <https://doi.org/10.1186/s12883-014-0198-8>
- Carota, A., Dieguez, S., & Bogousslavsky, J. (2005). Psychopathologie des accidents vasculaires cérébraux. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*, 3(4), 235-249.
- CII. (2015, 4 décembre). Définition des soins infirmiers. ICN. Repéré à <http://www.icn.ch/fr/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>
- de Man-van Ginkel, J. M., Gooskens, F., Schuurmans, M. J., Lindeman, E., Hafsteinsdottir, T. B., & Rehabilitation Guideline Stroke Working Group. (2010). A systematic review of therapeutic interventions for poststroke depression and the role of nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 19(23-24), 3274-3290. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03402.x>
- de Pourville, G. (2016). Coût de la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France. *Archives of Cardiovascular Diseases Supplements*, 8(2), 161-168. [https://doi.org/10.1016/S1878-6480\(16\)30330-5](https://doi.org/10.1016/S1878-6480(16)30330-5)
- Debout, C. (2012). Nursing (soins infirmiers). Dans M. Formarier & L. Jovic, *Les concepts en sciences infirmières* (2ème édition, pp. 222-226). Lyon : Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).
- depression.ch. (2009). Traitement d'une dépression. *depression.ch*. Repéré à <http://www.depression.ch/fr/hintergrundinfos/behandlung.php#medi>
- Fondation des maladies du coeur et l'AVC du Canada. (2017). AVC. *Fondation des maladies du coeur et de l'AVC du Canada*. Repéré à <http://www.coeuretavc.ca/avc/>
- Fondation Suisse de Cardiologie. (2016, juin). Attaque cérébrale. *Fondation Suisse de Cardiologie*. Repéré à <https://www.swissheart.ch/fr/maladies-cardiaques-avc/maladies/attaque-cerebrale.html>
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du Processus de Recherche: Méthodes Quantitatives et Qualitatives*. (S.I.) : Les Editions de la Cheneliere, Incorporated.
- Fragile Suisse. (n.d.). AVC: faits et chiffres. Repéré à <http://www.fragile.ch/fr/lesions-cerebrales/causes/attaque-cerebraleavc/avc-faits-et-chiffres/>
- Fure, B., Wyller, T. B., Engedal, K., & Thommessen, B. (2006). Emotional symptoms in acute ischemic stroke. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(4), 382-387. <https://doi.org/10.1002/gps.1482>

- Gouvernement du Québec. (2016). Troubles anxieux - Problèmes de santé et problèmes psychosociaux - Portail santé mieux-être. *Portail santé mieux-être*. Repéré à <http://sante.gouv.qc.ca/problemes-de-sante/troubles-anxieux/>
- Haute Autorité de Santé. (2006, janvier). Référentiel d'auto-évaluation des pratiques professionnelles en massokinésithérapie - Evaluation fonctionnelle de l'AVC.
- Haute Autorité de Santé. (2010). Accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce (alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse). *Haute Autorité de Santé*. Repéré à [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_830203/fr/accident-vasculaire-cerebral-prise-en-charge-precoce-alerte-phase-prehospitaliere-phase-hospitaliere-initiale-indications-de-la-thrombolyse](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_830203/fr/accident-vasculaire-cerebral-prise-en-charge-precoce-alerte-phase-prehospitaliere-phase-hospitaliere-initiale-indications-de-la-thrombolyse)
- Haute Autorité de Santé. (2012). Accident vasculaire cérébral : méthodes de rééducation de la fonction motrice chez l'adulte. *Haute Autorité de Santé*. Repéré à [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1334330/fr/accident-vasculaire-cerebral-methodes-de-reeducation-de-la-fonction-motrice-chez-l-adulte](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1334330/fr/accident-vasculaire-cerebral-methodes-de-reeducation-de-la-fonction-motrice-chez-l-adulte)
- Hellings, C., Salter, K., Bhogal, S., Teasell, R., Foley, N., Speechley, M., ... Menon, A. (2011, 31 octobre). Dépression. *Stroke Engine*. Repéré à <https://www.strokingengine.ca/fr/intervention/depression/>
- HFR. (2014). L'accident vasculaire cérébral (AVC), une urgence médicale. HFR. Repéré à [https://www.h-fr.ch/hfr/files/pdf62/rz\\_a5-focussant\\_AVC\\_Humm\\_3-14-fr1.pdf](https://www.h-fr.ch/hfr/files/pdf62/rz_a5-focussant_AVC_Humm_3-14-fr1.pdf)
- HUG. (2016). Qu'est qu'un AVC et un AIT ? *Accident Vasculaire Cérébral*. [HUG Hôpitaux Universitaires Genève]. Repéré à <http://www.hug-ge.ch/accident-vasculaire-cerebral/qu-est-qu-avc-ait>
- Inserm. (2013, octobre). AVC - Accident vasculaire cérébral. *Inserm*. Repéré à <https://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/avc-accident-vasculaire-cerebral>
- Jauch, E. C., Cucchiara, B., Adeoye, O., Meurer, W., Brice, J., Chan, Y. Y.-F., ... Hazinski, M. F. (2010). Part 11: adult stroke: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, 122(18 Suppl 3), S818-828. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.110.971044>
- Kim, J. S. (2016). Post-stroke Mood and Emotional Disturbances: Pharmacological Therapy Based on Mechanisms. *Journal of Stroke*, 18(3), 244-255. <https://doi.org/10.5853/jos.2016.01144>
- Kouwenhoven, S. E., Gay, C. L., Bakken, L. N., & Lerdal, A. (2013). Depressive symptoms in acute stroke: a cross-sectional study of their association with sociodemographics and clinical factors. *Neuropsychological Rehabilitation*, 23(5), 658-677. <https://doi.org/10.1080/09602011.2013.801778>

- Langevin, V., Boini, S., François, M., & Riou, A. (2013). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). *Références en santé au travail*, (134), 161-163.
- Loiselle, C., Profetto-McGrath, J., Polit, D., & Beck, C. T. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : Approches quantitatives et qualitatives*. Saint-Laurent : ERPI - Le Nouveau Pédagogique Editions.
- Marvin, K., & Zeltzer, L. (2015, 7 octobre). Indice de Barthel. *Stroke Engine*. Repéré à <https://www.strokingengine.ca/fr/assess/indice-de-barthel/>
- Meyer, K., Simmet, A., Arnold, M., Mattle, H., & Nedeltchev, K. (2009). Stroke events, and case fatalities in Switzerland based on hospital statistics and cause of death statistics. *Swiss Medical Weekly*, 139(5-6), 65-69. <https://doi.org/smw-12448>
- Molière, F. (2012). Anxiété. Dans M. Formarier & L. Jovic, *Les concepts en sciences infirmières* (2ème édition, pp. 70-72). Lyon : Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).
- Moorhouse, M. F., Doenges, M., & Gessler-Murr, A. (2012). *Diagnostics infirmiers : Interventions et justifications* (3e édition). Traduction par D. Schmouth, Bruxelles : De Boeck.
- Morris, R., Eccles, A., Ryan, B., & Kneebone, I. I. (2017). Prevalence of anxiety in people with aphasia after stroke. *Aphasiology*, 0(0), 1-6. <https://doi.org/10.1080/02687038.2017.1304633>
- Nall, R. (2015, 9 mars). Life Review Therapy. *Healthline*. Repéré à <http://www.healthline.com/health/life-review-therapy>
- Napon, C., Kaboré, A., & Kaboré, J. (2012). La dépression post-accident vasculaire cérébral au Burkina Faso. *The Pan African Medical Journal*, 13. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3527021/>
- Obsan. (2013). *La dépression dans la population suisse* (Rapport No. 56). Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé. Repéré à [http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan\\_56\\_rapport.pdf](http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_56_rapport.pdf)
- OMS. (2015, janvier). Maladies cardiovasculaires. *WHO*. Repéré à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/fr/>
- OMS. (2017a). Troubles mentaux. *WHO*. Repéré à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/fr/>
- OMS. (2017b, 28 juin). Définition de la dépression. *OMS/Europe*. Repéré à <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-definition>
- Pariel-Madjlessi, S., Pouillon, M., Robcis, I., Sebban, C., Frémont, P., & Belmin, J. (2005). La dépression : une complication méconnue de l'accident vasculaire

cérébral chez les sujets âgés. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*, 3(1), 7-16.

- Pedroso, V. S. P., Vieira, É. L. M., Brunoni, A. R., Lauterbach, E. C., Teixeira, A. L., Pedroso, V. S. P., ... Teixeira, A. L. (2016). Psychopathological evaluation and use of the Hospital Anxiety and Depression Scale in a sample of Brazilian patients with post-stroke depression. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 43(6), 147-150. <https://doi.org/10.1590/0101-60830000000102>
- Saxena, A., & Suman, A. (2015). Magnitude and determinants of depression in acute stroke patients admitted in a rural tertiary care hospital. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 6(2), 202-207. <https://doi.org/10.4103/0976-3147.153228>
- Sugawara, N., Metoki, N., Hagii, J., Saito, S., Shiroto, H., Tomita, T., ... Yasui-Furukori, N. (2015). Effect of depressive symptoms on the length of hospital stay among patients hospitalized for acute stroke in Japan. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 2551-2556. <https://doi.org/10.2147/NDT.S91303>
- Verdelho, A. (2005). Dépression après l'attaque cérébrale. *Correspondances en neurologie vasculaire*, 5(1), 15.
- Vuletić, V., Sapina, L., Lozert, M., Lezaić, Z., & Morović, S. (2012). Anxiety and depressive symptoms in acute ischemic stroke. *Acta Clinica Croatica*, 51(2), 243-246.
- Zeltzer, L. (2008a, 19 août). Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Stroke Engine*. Repéré à <https://www.strokengine.ca/fr/assess/hospital-anxiety-and-depression-scale-hads/>
- Zeltzer, L. (2008b, 19 août). Modified Rankin Scale (MRS). *Stroke Engine*. Repéré à <https://www.strokengine.ca/assess/mrs/>
- Zeltzer, L. (2008c, 19 août). National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS). *Stroke Engine*. Repéré à <https://www.strokengine.ca/fr/assess/national-institutes-of-health-stroke-scale-nihss/>
- Zeltzer, L. (2010, 7 novembre). Mini-Mental State Examination (MMSE). *Stroke Engine*. Repéré à <https://www.strokengine.ca/fr/assess/mini-mental-state-examination-mmse/>
- Zeltzer, L. (2011, 15 octobre). Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle (MIF). *Stroke Engine*. Repéré à <https://www.strokengine.ca/fr/assess/mesure-de-lindependance-fonctionnelle-mif/>



## **Appendice A**

Déclaration d'authenticité

« Nous, Molliet Sébastien et Progin Damien, déclarons avoir effectué ce travail de manière personnelle, conformément aux normes et directives de la Haute Ecole de Santé de Fribourg. Toutes les références utilisées dans le présent travail sont nommées et clairement identifiées. »

Molliet Sébastien et Progin Damien

**Appendice B**

Grilles d'analyse des articles

**Grille de lecture critique d'un article scientifique**  
**Approche quantitative et mixte**

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Broomfield, N. M., Quinn, T. J., Abdul-Rahim, A. H., Walters, M. R., & Evans, J. J. (2014). Depression and anxiety symptoms post-stroke/TIA: prevalence and associations in cross-sectional data from a regional stroke registry. BMC Neurology, 14. <a href="https://doi.org/10.1186/s12883-014-0198-8">https://doi.org/10.1186/s12883-014-0198-8</a>				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Le problème et la population sont précisés dans le titre
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			L'introduction, la méthode, les résultats et la discussion sont synthétisés dans le résumé.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Le problème est défini et se situe dans son contexte
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			L'étude reprend l'état des connaissances d'une dizaine d'études antérieures.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		Aucune théorie ou concept sont définis
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			Il y a trois buts clairement formulés à la fin de l'introduction
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Il s'agit d'une étude secondaire des données

Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			La population est définie de façon précise
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			L'échantillon est décrit de manière détaillée avec les critères d'inclusion et d'exclusion.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?	X			La taille de l'échantillon est justifiée car il y a plus de 4000 patients
<b>Eléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu Clair</b>	<b>Commentaires</b>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Les instruments de collecte de données sont décrits. HADS-A HADS-D SIMD Registre des soins primaire de l'AVC
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Les outils sont en lien avec les variables à mesurer.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			La procédure de recherche est décrite dans un paragraphe
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?			X	L'étude est, a priori, approuvée par le service d'éthique de la recherche, ouest de l'Écosse, le CC&G et le Greater Glasgow Chronic Disease Management Overseeing Data Groupe
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			Les analyses statistiques sont entreprises dans l'article
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont présentés sous forme d'un résumé narratif et de plusieurs tableaux.

<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à-en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?		X		Aucun cadre théorique ou conceptuel
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Les résultats sont interprétés au regard d'anciennes études
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Un paragraphe de l'étude démontre les limites de l'étude
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X		L'étude n'aborde pas la généralisation des conclusions
Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Ils parlent des conséquences de l'étude sur la pratique clinique
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Ils font des recommandations pour de futurs recherches
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est bien écrit, structuré et bien détaillé
Commentaires :					

## Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

**Grille de résumé d'un article scientifique**  
**Approche quantitative et mixte**

<b>Éléments du rapport</b>	<b>Contenu de l'article</b>
<b>Références complètes</b>	Broomfield, N. M., Quinn, T. J., Abdul-Rahim, A. H., Walters, M. R., & Evans, J. J. (2014). Depression and anxiety symptoms post-stroke/TIA: prevalence and associations in cross-sectional data from a regional stroke registry. BMC Neurology, 14. <a href="https://doi.org/10.1186/s12883-014-0198-8">https://doi.org/10.1186/s12883-014-0198-8</a>
<b>Introduction</b> Problème de recherche	La littérature s'est intéressée à la dépression post-AVC. Jusqu'à présent, peu d'études ont évalué l'anxiété post-AVC ou les troubles de l'humeur post-AIT, qui sont fréquents après des maladies cérébraux-vasculaires et augmentent la morbidité et la mortalité. Une étude sur les troubles de l'humeur incluant des patients post-AVC/AIT ou un AVC mineur des données utiles pour la pratique clinique.
Recension des écrits	Pour les patients ayant survécu à un AVC, un quart développent de l'anxiété et un tiers de la dépression. Dans la littérature actuelle, il existe peu d'étude sur les AIT et les échantillons analysés sont petits. Aucune grande étude n'a examiné ces troubles. Les effets psychologiques de l'AIT peuvent être différents de ceux de l'AVC et aucune étude n'a évalué la prévalence de l'anxiété post-AIT. Afin de cibler des interventions, une meilleure compréhension des facteurs de risque de dépression et d'anxiété post-AVC/AIT est nécessaire vu la prévalence de ces troubles. L'âge, les facteurs sociodémographiques, le tabagisme et ses comorbidités sont des facteurs de risque des troubles de l'humeur même dans la population n'ayant jamais eu d'AVC/AIT.
Cadre théorique ou conceptuel	Aucun cadre théorique ou conceptuel n'est décrit dans l'étude
Hypothèses/question de recherche/buts	Les objectifs de l'étude sont : - décrire la prévalence des symptômes dépressifs et d'anxiété dans une grande cohorte - effectuer une analyse de sous-groupe pour décrire les symptômes de dépression et d'anxiété pour les patients souffrant d'AIT - décrire l'association potentielle de l'anxiété et la dépression post-AVC avec des variables cliniques et sociodémographiques
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Il s'agit d'une analyse secondaire des données

Population, échantillon et contexte	<p><b>Population :</b>  <b>AVC :</b> 15'247 patients potentiellement éligibles  <b>AIT :</b> 4'050 patients potentiellement éligibles</p> <p><b>Echantillon :</b>  <b>AVC : 4'079 patients</b>  Critères d'exclusions : 1'964 ont été exclus à cause de leur lieu de vie, 2'131 ont refusé de remplir l'HADS et 7'073 avaient des données manquantes dans l'échelle HADS.  <b>AIT : 1'247 patients</b>  Critères d'exclusions : 466 ont été exclus à cause de leur lieu de vie, 532 ont refusé de remplir l'HADS et 1'805 avaient des données manquantes dans l'échelle HADS.</p> <p><b>Contexte :</b> la base de données de "Local Enhanced Services", Greater Glasgow and Clyde Health Board</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) : Elle comprend deux sous-échelles : sous-échelle d'anxiété et sous-échelle de dépression dont chacune comprend 7 items. Les professionnels de la santé qui évaluent l'HADS auprès des patients avec un AVC sont formés par un service de psychologie spécialisé.</p> <p>SIMD (Scottish Index of Multiple Deprivation) : Evaluer le statut sociodémographique des patients</p> <p>Registre des soins primaire de l'AVC : Les variables sociodémographiques et cliniques</p> <p>Logiciel d'analyse : SAS version 9.2</p>
Déroulement de l'étude	<p>Les données ont été collecté à l'aide du Glasgow Local Enhanced Service for Stroke (LES).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les scores HADS ont été utilisés pour décrire la prévalence des symptômes d'anxiété et de dépression. Les chercheurs ont utilisé trois scores : 0-7 "normal" ; 8-10 "cas possible" ; <math>\geq 11</math> "cas probable".</li> <li>- Pour évaluer le statut sociodémographique des patients, ils ont collecté les données suivantes : le salaire, le travail, la santé, l'éducation, l'accès au service, le crime, le logement</li> <li>- Ils ont également collecté les données démographiques telles que l'âge, le sexe, la race, la consommation d'alcool et de tabac ainsi que les comorbidités telles que l'infarctus, l'insuffisance cardiaque, le diabète et la BPCO</li> </ul>
Considérations éthiques	<p>L'étude est, a priori, approuvée par le service d'éthique de la recherche, ouest de l'écosse, le CC&amp;G et le Greater Glasgow Chronic Disease Management Overseeing Data Groupe</p>



<p><b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données</p>	<p>Ils ont séparé l'échantillon en deux groupes : les patients atteints d'AVC / AIT en regroupant les caractéristiques de chaque cohorte avec les scores de HADS-A et HADS-D de manière trichotomisée (0-7 "normal"; 8-10 "cas probable"; <math>\geq 11</math> "cas possible"). Ils ont utilisé des moyennes, des médianes et des pourcentages. Pour comparer les variables, ils ont utilisé le test ANOVA ou X2. Pour les analyses univariées, la p-valeur est significative à <math>p &lt; 0,05</math> alors que pour les analyses multiples la p-valeur est significative à <math>p &lt; 0,005</math>. Ils ont utilisé la méthode de « Bonferroni » pour corriger la significativité. Ils ont utilisé le odds ratio et l'intervalle de confiance à 95% pour exprimer les chances de dépression et d'anxiété. Ils ont réalisé des analyses univariées à l'aide de régression logistique binaire. Ces résultats ont permis de choisir les facteurs à inclure dans les analyses multivariées.</p>
<p>Présentation des résultats</p>	<p><b>Cohorte AVC :</b> 57% était des hommes et la médiane de l'âge était de 70,3 (IQR : 11,3). 29 % des patients ont obtenu des scores à l'HADS-A suggérant une probable ou possible anxiété, 24% des patients ont obtenu des scores à l'HADS-D suggérant une probable ou possible dépression. Concernant l'anxiété, 15% ont obtenu un score <math>\geq</math> de 11 dans la sous-échelle d'anxiété et 14% un score allant de 8 à 10. Concernant la dépression, 11% ont obtenu un score <math>\geq</math> de 11 dans la sous-échelle de dépression et 13% un score allant de 8 à 10. 1'445 patients atteints d'AVC (35%) avait au moins un trouble de l'humeur. Dans les analyses univariées, les variables très significativement associées à un grand score HADS étaient : le sexe féminin, un jeune âge, les facteurs sociodémographique, consommation de tabac et la présence d'un diagnostic de BPCO. Dans les analyses multivariées, les variables qui étaient indépendamment associé avec les symptômes d'anxiété et de dépression étaient : le sexe, l'âge et les facteurs sociodémographique.</p> <p><b>Cohorte AIT :</b> 52% était des hommes et la médiane de l'âge était de 70,8 (IQR : 10,9). 29% avaient de l'anxiété et 21% de la dépression. Concernant l'anxiété, 14% ont obtenu un score <math>\geq</math> 11 dans la sous-échelle d'anxiété et 15% un score allant de 8 à 10. Concernant la dépression, 9% ont obtenu un score <math>\geq</math> de 11 dans la sous-échelle de dépression et 12% un score allant de 8 à 10, alors que 79% ont obtenu des scores inférieurs à 7. Dans les analyses univariées, les variables significativement associées aux symptômes sont : un jeune âge, le sexe féminin (seulement anxiété), les facteurs sociodémographiques, la consommation de tabac et un diagnostic de BPCO. Dans les analyses multivariées, les variables significatives sont les mêmes, à part la consommation de tabac.</p>
<p><b>Discussion</b> Interprétation des résultats</p>	<p>Selon les auteurs, il s'agit de la première étude à comparer la prévalence de l'anxiété et la dépression chez les patients atteint d'AVC et d'AIT. Cette prévalence est élevé et similaire entre les deux groupes et conforme à d'autres études. Comparativement à d'autre population évaluée avec l'échelle HADS (population exclue de cette étude et patients souffrant de maladie coronarienne), la prévalence trouvé est plus élevée, même si l'échelle ne remplace pas un diagnostic clinique réalisé par un expert. Des points de coupures standards (<math>\geq 8</math>) ont été utilisés dans cette étude, comme recommandé par les auteurs de l'échelle et une étude antérieure. Les patients avec des facteurs sociodémographique et les femmes sont plus à risque de souffrir de trouble de l'humeur.</p>
<p>Forces et limites</p>	<p><b>Forces :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grande quantité de données d'une population représentative des AVC</li> <li>• Ils ont pris en compte l'anxiété et la dépression et pas seulement la dépression</li> <li>• Ils utilisé la même échelle pour évaluer les symptômes au sein des deux groupes</li> </ul>

	<p><b>Limites :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beaucoup de données manquantes, surtout dans l'échelle HADS</li> <li>• Il arrive souvent que les données ne soit pas compètes et manquantes</li> <li>• Les troubles cognitifs et du langage auraient un impact sur la prévalence obtenue</li> <li>• Les personnes de type non caucasienne ont un pourcentage élevé de données non enregistrées</li> <li>• Les infirmières peuvent se sentir incapable de remplir les données lorsque le patient ne parle pas bien anglais ou que les facteurs socio-culturel pourrait modifier la signification d'un diagnostic de trouble de l'humeur.</li> </ul>
Conséquences et recommandations	<p><b>Recommandations :</b></p> <p>Puisque les patients atteint d'AIT ont démontré des taux et prédicteurs similaires de trouble de l'humeur, l'évaluation de ces troubles ainsi que des interventions devraient également être faites auprès de cette population. Les auteurs vont utiliser ces résultats pour évaluer la formation dispensée aux infirmières.</p>
Commentaires	

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

**Grille de lecture critique d'un article scientifique**  
**Approche quantitative et mixte**

<b>Éléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
<b>Références complètes</b>	de Man-van Ginkel, J. M., Gooskens, F., Schuurmans, M. J., Lindeman, E., Hafsteinsdottir, T. B., & Rehabilitation Guideline Stroke Working Group. (2010). A systematic review of therapeutic interventions for poststroke depression and the role of nurses. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 19(23-24), 3274-3290. <a href="https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03402.x">https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03402.x</a>				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	<b>X</b>			La population, le problème et le devis sont présents.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	<b>X</b>			Les parties principales suivantes sont présentes dans le résumé : « But et objectifs » ; « Introduction » ; « Devis » ; « Méthode » ; « Résultats » ; « Conclusion » et « Conséquences sur la pratique cliniques »
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	<b>X</b>			Le problème à l'étude est décrit et situé dans un contexte.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	<b>X</b>			Des travaux de recherches antérieurs sont cités.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?			<b>X</b>	Aucune théorie ou concept n'est clairement explicité, mais les auteurs disent avoir utilisé la méthode Cochrane pour effectuer la revue de littérature.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	<b>X</b>			Le but est clairement formulé à la fin de l'introduction.

<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Il s'agit d'une revue de littérature systématique.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Dans une revue de littérature, il s'agit des études sélectionnées.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			15 études ont été sélectionnées dans cette revue de littérature.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?	X			15 études, dans une revue de littérature, est justifié.
<b>Eléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu Clair</b>	<b>Commentaires</b>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Les bases de données consultées sont énoncées.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Tous les articles traitent des interventions infirmières post-AVC.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			La procédure de recherche est décrite.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?	X			Aucune considération éthique n'est énoncée, mais les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?		X		Les auteurs ressortent les interventions rencontrées dans les études sélectionnées.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont présentés sous forme narrative à cause des différences méthodologiques entre les articles.

<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?		X		Aucune théorie ou concept n'est clairement explicité.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Les résultats sont comparés à diverses études antérieures.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Des forces et des limites sont formulées.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X		Les auteurs n'abordent pas clairement la généralisation des conclusions.
Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Un chapitre est destiné aux conséquences sur le pratique clinique.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Un paragraphe concerne les travaux de recherches futurs.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est bien écrit, bien structuré et détaillé.
Commentaires :					

## Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

**Grille de résumé d'un article scientifique**  
**Approche quantitative et mixte**

<b>Éléments du rapport</b>	<b>Contenu de l'article</b>
<b>Références complètes</b>	de Man-van Ginkel, J. M., Gooskens, F., Schuurmans, M. J., Lindeman, E., Hafsteinsdottir, T. B., & Rehabilitation Guideline Stroke Working Group. (2010). A systematic review of therapeutic interventions for poststroke depression and the role of nurses. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 19(23-24), 3274-3290. <a href="https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03402.x">https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03402.x</a>
<b>Introduction</b> Problème de recherche	La dépression post-AVC est encore peu reconnue et pas assez traitée, malgré des preuves qu'un traitement efficace diminue la dépression et améliore la récupération fonctionnelle. La façon dont les infirmières définissent leurs rôles dans la reconnaissance de la dépression et les interventions auprès de patients post-AVC et quelles interventions elles utilisent ne sont pas connus.
Recension des écrits	L'accident vasculaire cérébral, troisième cause de mortalité en Europe, touche environ 41'000 patients chaque année au Pays-Bas. 190'000 personnes vivent avec ses conséquences car l'AVC est la principale cause de handicap. La dépression, dont la prévalence varie de 5 à 61% (33% selon une estimation globale), est une des complications les plus fréquentes de l'AVC. Les critères diagnostics utilisés le plus fréquemment sont les critères présents dans le DSM-IV-TR. La dépression post-AVC influence négativement la récupération et a été associée à diverses complications. En ce qui concerne les infirmières, leurs rôles dans la réadaptation des patients atteints d'AVC comprend l'observation, l'évaluation et l'interprétation des symptômes de dépression, ainsi que l'initiation, l'administration et le suivi d'interventions thérapeutiques. Cela est possible grâce à une relation de confiance avec le patient et permet de promouvoir l'espoir et prévient la dépression. Des interventions efficaces, basées sur la nutrition, l'exercice physique ou encore le soutien social sont déjà administrées par des infirmières auprès de patients âgés et adultes, atteints de dépression. Malgré tout, elles estiment avoir de la difficulté à évaluer cette dernière avec précision.
Cadre théorique ou conceptuel	Aucune théorie ou concept n'est clairement explicité, mais les auteurs disent avoir utilisé la méthode « Cochrane » pour effectuer la revue de littérature
Hypothèses/question de recherche/buts	<b>Buts :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Explorer le rôle infirmier dans la gestion de la dépression post-AVC</li> <li>- Identifier les interventions non-pharmacologiques efficaces que les infirmières peuvent utiliser dans les soins quotidiens</li> </ul>

<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Revue de littérature systématique
Population, échantillon et contexte (Nombre d'étude retenues + critères d'inclusions et d'exclusions)	<p>Les chercheurs ont retenu quinze articles, dont douze étaient des essais contrôlés randomisés ou des études quasi-expérimentales, deux d'entre-elles étaient des études qualitatives et la dernière était une revue de littérature systématique.</p> <p>Critères de sélection des articles :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Type de participants : les patients atteints d'AVC, d'infirmières ou d'autres professionnels impliqués dans les soins aux patients atteints d'AVC dans la phase aiguë, de réadaptation et / ou chronique</li> <li>- Type d'études : revues systématiques, essais cliniques randomisés, études expérimentales, études d'observation et études qualitatives</li> <li>- Mesures des résultats de soin : occurrence de dépression ou gravité de la dépression</li> <li>- Types d'interventions : les interventions devaient être liées aux soins infirmiers. Les interventions fournies par d'autres professionnels, mais pertinentes pour les soins infirmiers, ont également été incluses. Aucune autre restriction n'a été imposée, car les auteurs pensaient que peu ou pas d'études correspondraient si les critères étaient trop stricts.</li> </ul> <p>Deux critères d'exclusions étaient présents :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etudes centrées sur des traitements pharmacologiques</li> <li>- Les langues (anglais et néerlandais)</li> </ul> <p>Les auteurs ont également évalué la qualité des études retenues.</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure (Quelles bases de données et de quand à quand)	Les auteurs ont consulté les bases de données suivantes : CINAHL, Medline (PubMed), Nursing Journal (PubMed) et PsycINFO en utilisant les mots-clés suivants : « cerebrovascular accident », « stroke », « depression », « post-stroke depression », « treatment », « therapy », « treatment outcome », « management », pour la littérature entre juillet 1993 et juin 2008.
Déroulement de l'étude	Dans une revue de littérature, cela correspond également aux bases de données consultées, aux mots-clés utilisés et aux dates durant lesquelles les recherches ont été effectuées.
Considérations éthiques	Aucune considération éthique n'est énoncée, mais les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts

<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	Pour chaque étude, les caractéristiques suivantes ont été relevées : le devis, la phase de l'AVC, l'échantillon, l'intervention ou le sujet, l'échelle de dépression utilisée, le type de résultats de soin mesuré, la conclusion et le niveau de preuve. Les auteurs n'ont décrit que les résultats concernant la dépression et l'humeur.
Présentation des résultats	<p>Tous les résultats sont présentés de manière narrative. Un tableau présente les principales caractéristiques des études.</p> <p><b>Description des études :</b>          10 études étaient de bonne qualité et 5 de moyenne qualité.</p> <p>5 études se sont déroulées durant la phase aiguë et la phase de réhabilitation, 5 uniquement dans la phase de réhabilitation, 1 dans la phase de réhabilitation et la phase chronique, 3 dans la phase chronique et 1 dans toutes les phases.</p> <p>Concernant les soins infirmiers prodigués, 2 études se sont penchées sur le rôle des infirmières dans la reconnaissance de la dépression post-AVC. Toutes les autres se sont penchées sur les interventions suivantes : fournir des informations, <i>life review therapy</i>, l'entretien motivationnel, la musicothérapie, l'exercice physique, et les programmes de soutien. Les effets des interventions sur les résultats de soins ont été analysés mais seuls ceux concernant la dépression sont décrits dans l'étude.</p> <p>Les instruments utilisés pour la dépression sont les suivants : Beck Depression Inventory (BDI), Bipolar Form of the Profile of Mood States, Faces scale, Geriatric Depression Scale (GDS), General Health Questionnaire (GHQ), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Hamilton Depression Scale (Ham-D), Patient Health Questionnaire (PHQ-9), Yale single question and Zung Scale of Depression.</p> <p>Une seule étude a utilisé les critères diagnostics du DSM-IV- TR pour confirmer la dépression.</p> <p><b>Interventions dans les soins quotidiens :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Fournir des informations</b> (présent dans une méta-analyse, n=1773 et une étude expérimentale, n=41) : Dans les deux études, les groupes d'interventions, qui ont reçu de l'information de la part du personnel soignant, ont eu une diminution significative de la gravité de la dépression (<math>p &lt; 0.02</math> et <math>p &lt; 0.05</math>, respectivement). Dans l'une des deux seulement, le nombre de patients déprimés a également diminué (<math>p &lt; 0.02</math>).</li> <li>- <b>Life review therapy</b> (présent dans 1 essai contrôlé randomisé, n=18) : la gravité de la dépression a diminué significativement dans le groupe intervention (<math>p &lt; 0.01</math>).</li> <li>- <b>Entretien motivationnel</b> (présent dans 1 essai contrôlé randomisé, n=411) : 1 mois après l'intervention, les entretiens ont montré un effet significatif sur le nombre de patients déprimés (<math>p = 0.03</math>).</li> <li>- <b>Musicothérapie</b> : Deux études ont évalué les effets de la musicothérapie sur la gravité de la dépression, mais aucune n'a trouvé d'effets significatifs.</li> </ul>



	<p>- <b>Exercice physique</b> (présent dans 1 essai contrôlé randomisé, n=93) : Le groupe de patients ayant reçu l'intervention a montré une dépression significativement moins grave immédiatement après l'intervention (<math>p &lt; 0.01</math>). Tout de suite après l'intervention et à 6 mois, il y avait beaucoup moins de patients déprimés (<math>p = 0.03</math>).</p> <p>- <b>Programme de soutien</b> : Six études ont mesuré les effets d'un programme de soutien sur la dépression post-AVC et 4 d'entre eux n'ont pas trouvé de résultats significatifs. Dans un essai contrôlé randomisé (n=28), les auteurs ont trouvé une diminution significative de la gravité de la dépression dans le groupe d'intervention (<math>p &lt; 0.001</math>) et une différence dans la gravité de la dépression entre le groupe intervention et le groupe contrôle (<math>p = 0.03</math>). Dans un autre essai contrôlé randomisé (n=188), le programme de soutien infirmier spécifique a diminué significativement la gravité de la dépression (<math>p = 0.004</math>).</p>
<p><b>Discussion</b> Interprétation des résultats</p>	<p>Selon les auteurs, il s'agit de la première revue de littérature dans ce domaine. Le plus grand niveau de preuves a été démontré dans l'étude de Smith et al. (2008). En effet, cette méta-analyse, contenant 10 études, a démontré un effet positif concernant le fait de fournir des informations. La gravité de la dépression a également pu être améliorée grâce à la <i>life review therapy</i>, aux entretiens motivationnels, à un programme de soutien ambulatoire, à un programme de soutien concernant la mise en place et le suivi du traitement de la dépression et à l'exercice physique.</p> <p>La prévalence de la dépression a pu être diminuée grâce aux entretiens motivationnels, aux exercices physiques et au programme de soutien (mise en place et suivi du traitement).</p> <p>Pour un dépistage précoce de la dépression, les infirmières devraient utiliser des instruments de dépistages dans les soins quotidiens. En effet, plusieurs études démontrent que les infirmières sont capables de reconnaître, intuitivement et justement, les symptômes de la dépression.</p> <p>- <b>Fournir des informations</b> : Les résultats trouvés dans l'étude de Smith et al. sont soutenus par d'autre étude dans le domaine de la polyarthrite rhumatoïde et l'insuffisance cardiaque chronique.</p> <p>- <i>life review therapy</i> : La taille de l'échantillon (n=18) et la qualité méthodologique moyenne limitent les preuves.</p> <p>- <b>Entretien motivationnel</b> : Un bon niveau de preuve a été trouvé dans l'étude s'intéressant aux entretiens motivationnels car la taille de l'échantillon (n=411) et la qualité méthodologique étaient élevés. Les entretiens motivationnels peuvent être transférés à la pratique infirmière, comme l'ont démontré deux autres études.</p> <p>- <b>Musicothérapie</b> : Les résultats obtenus n'ont pas montré d'effets significatifs, mais d'autres études ayant évalué les effets de la musique jouée dans un casque pendant les soins quotidiens ou pour les personnes atteintes de démence ont démontré un effet significatif sur la dépression. Etant donné le faible niveau de preuve de l'étude dans cette revue de littérature, il est possible de dire que la musique peut être une intervention infirmière efficace.</p> <p>- <b>Exercice physique</b> : Même si cette intervention n'a pas été administrée par des infirmières, elles ont un rôle à jouer dans les soins quotidiens. En effet, elles peuvent par exemple créer des conditions qui favorisent la participation aux exercices physiques proposés par les physiothérapeutes ou ergothérapeutes. Elles peuvent également intégrer des exercices de mobilisation dans leurs soins aux patients.</p>

	<p>- <b>Programme de soutien</b> : Sur les 6 études, les 5 qui présentaient une bonne qualité méthodologique n'ont pas trouvé d'effets significatifs. L'étude de qualité modérée a trouvé des résultats significatifs. La différence peut s'expliquer par la qualité de la méthodologie. En ce qui concerne le programme de soutien visant la mise en place et le suivi d'un traitement, les résultats trouvés semblent être efficaces. Cependant, il nécessite des connaissances spécifiques ou des infirmières formés plus spécifiquement.</p> <p>Pour conclure, les infirmières estiment avoir un rôle de dépistage et d'intervention, car elles savent reconnaître les symptômes de dépression mais disent que la dépression est difficile à identifier. Les infirmières n'utilisent généralement pas les échelles de mesure à disposition. Pour réduire la gravité de la dépression, l'apport d'informations a été le plus efficace. Pour réduire le nombre de patients souffrant de dépression et sa gravité, les entretiens motivationnels, l'exercice physique, la <i>life review therapy</i> ainsi que le programme de soutien ont démontré des données probantes.</p>
Forces et limites	<p><b>Forces</b> : La validité de la revue a été améliorée grâce à une description détaillée de la méthodologie utilisée et elle a été évaluée à l'aide de formulaires. Certaines interventions incluses dans l'études ont été prodiguées par des infirmières, comme l'apport d'information, la <i>life review therapy</i> et le programme de soutien spécifique.</p> <p><b>Limites</b> : Les entretiens motivationnels et le programme de soutien externe ont été réalisés par d'autres professionnels de la santé, mais peuvent tout de même être transférables à la pratique infirmière. Le fait de ne pas avoir défini de restrictions pour les interventions peut être une limite car l'importance d'une intervention est subjective et appartient au chercheur.</p>
Conséquences et recommandations	<p><b>Conséquences</b> : Même si certaines interventions n'ont pas été administrées par des infirmières, il est possible de les transférer dans leur pratique. Malgré tout, il serait important d'évaluer si les interventions peuvent s'inscrire dans des soins quotidiens aux patients. Il serait également judicieux de les former à l'utilisation d'outils de dépistage et un plan de travail doit être discuté en équipe interdisciplinaire afin que tous les intervenants soient au courant.</p> <p><b>Recommandations</b> : D'autres recherches sont nécessaires, notamment dans la détection précoce de la dépression post-AVC en utilisant des outils de dépistage validés en se concentrant sur les interventions trouvées dans cette revue, ou encore dans l'évaluation des interventions réalisées par d'autres professionnels de la santé transposées aux infirmières. Le développement d'interventions spécifiquement destinées aux infirmières améliorera la gestion de la dépression post-AVC et les résultats de soins.</p>
Commentaires	

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

**Grille de lecture critique d'un article scientifique**  
**Approche quantitative et mixte**

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Fure, B., Wyller, T. B., Engedal, K., & Thommessen, B. (2006). Emotional symptoms in acute ischemic stroke. <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i> , 21(4), 382-387. <a href="https://doi.org/10.1002/gps.1482">https://doi.org/10.1002/gps.1482</a>				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Le problème et la population sont précisés
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Les parties principales suivantes sont présentes : « Introduction » ; « Méthode » ; « Résultats » ; « Conclusion »
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Le problème est clairement formulé est situé dans un contexte.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			Une dizaine d'études antérieures sont référencées.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		Aucune théorie ou concept n'est clairement explicité.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			Le but de l'étude est clairement formulé.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?		X		Le devis n'est pas clairement formulé par les auteurs mais il s'agit d'une étude quantitative, descriptive corrélationnelle

Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Un paragraphe décrit la population.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Le nombre de patient total (279) incluse dans une autre étude se déroulement au même endroit et au même moment est donné. Les critères d'inclusions et d'exclusions sont décrits. Le nombre de patient restant (178) étant inclus dans la présente étude est également donné.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		La généralisation des résultats doit être faite avec précaution car l'échantillon est de 178 patients.
<b>Eléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu Clair</b>	<b>Commentaires</b>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Oui, il y a : le dossier médical ; NIHSS ; MMSE ; L'échelle de Rankin modifiée (mRs) ; Indice de Barthel (BI) ; HADS-A/D TOAST et OCSP
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			L'utilité de chaque échelle ou instrument est expliqué
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			Oui, chaque étape est décrite
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?	X			Oui l'étude a été approuvée par le comité régional d'éthique de la recherche médicale
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			Des analyses de régression logistique bivariée et multivariée ont été réalisées
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont présentés dans 3 tableaux différents et un résumé narratif est présent

<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?		X		Non car il n'y a pas de cadre théorique ou conceptuel décrit
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Oui, les résultats sont comparés avec différentes études déjà réalisées sur le sujet
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Oui, plusieurs limites sont énoncées.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?			X	Les auteurs disent qu'il faut interpréter les résultats avec prudence.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Ils évoquent les conséquences à court et plus long terme.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Oui, les auteurs proposent des pistes.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est bien écrit, bien structuré avec les principales parties de la recherche et suffisamment détaillé
Commentaires :					

## Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

**Grille de résumé d'un article scientifique**  
**Approche quantitative et mixte**

<b>Éléments du rapport</b>	<b>Contenu de l'article</b>
<b>Références complètes</b>	Fure, B., Wyller, T. B., Engedal, K., & Thommessen, B. (2006). Emotional symptoms in acute ischemic stroke. <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i> , 21(4), 382-387. <a href="https://doi.org/10.1002/gps.1482">https://doi.org/10.1002/gps.1482</a>
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Après un AVC, les professionnels de santé évaluent les déficits sensorimoteurs et corticaux et se concentrent principalement sur les problèmes physiques et cognitifs. Le diagnostic d'anxiété ou de dépression est impossible à poser à ce stade, mais l'identification de ces symptômes serait judicieuse.
Recension des écrits	Les problèmes émotionnels post-AVC, tel que l'anxiété et la dépression, influencent les résultats de soins neurologiques des patients, la charge émotionnelle des membres de la famille et ne reçoivent pas la même attention de la part du personnel soignant. Ils peuvent être liés soit aux lésions cérébrales elles-mêmes soit aux réactions psychologiques du patient. Des études antérieures ont évalué ces symptômes dans la phase de rééducation de l'AVC et démontre qu'une identification rapide et un traitement de ceux-ci améliorent les résultats de soins. Mais jusqu'à présent, peu d'études ont été publiées dans la phase aiguë de l'AVC.
Cadre théorique ou conceptuel	Aucun cadre théorique ou conceptuel n'est clairement explicité par les auteurs.
Hypothèses/question de recherche/buts	<b>Buts :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluer la prévalence des symptômes d'anxiété et de dépression dans la phase aiguë de l'accident vasculaire cérébrale ischémique</li> <li>- Identifier les facteurs associés à ces problèmes</li> </ul>
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis n'est pas clairement formulé par les auteurs mais il s'agit d'une étude quantitative descriptive corrélationnelle, car ils utilisent une échelle pour évaluer les symptômes émotionnels et ils testent s'il y a une corrélation avec différentes variables.

Population, échantillon et contexte	<p><b>Population :</b> 279 patients ont été admis dans une autre étude portant sur les aspects aigus de l'AVC ischémique, présentant un AVC ischémique aigu</p> <p><b>Echantillon :</b> Critères d'exclusions pour la présente étude : patients atteints d'AIT, d'aphasie modérée à sévère (n=37) ou de troubles de la conscience (n=44). 11 patients ne voulaient pas participer. 9 patients n'ont pas participé sans raisons évidentes. 178 patients ont été retenus dans cette étude.</p> <p><b>Contexte :</b> Unité d'AVC de l'hôpital universitaire d'Akershus, de décembre 2000 à janvier 2002.</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p><b>Instruments de mesures :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale) pour évaluer les déficiences neurologiques</li> <li>- MMSE (Mini Mental State Examination) pour évaluer les fonctions cognitives et les capacités mnésiques</li> <li>- BI (Barthel Activities of Daily Living index) pour mesurer le degré de dépendance dans les AVQ</li> <li>- mRs (modified Rankin scale) pour évaluer le handicap global</li> <li>- HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) pour évaluer les symptômes d'anxiété et de dépression. Elle comprend 14 questions dont 7 pour les symptômes d'anxiété et 7 pour les symptômes dépressifs</li> <li>- Tous les patients ont été classés selon leur diagnostic étiologique (TOAST : Trial of Org in Acute Stroke Treatment)</li> <li>- Tous les patients ont été classés selon leur diagnostic topographique et la gravité de leur déficience neurologique (OCSP : Oxfordshire Community Stroke Project)</li> </ul> <p><b>Méthodes de collecte des données :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilisation des dossiers des patients pour recueillir les informations suivantes : tension artérielle, hyperlipidémie, diabète, tabagisme, antécédents d'AVC et maladie coronarienne</li> </ul>
Déroulement de l'étude	<p>Un neurologue a effectué le NIHSS à J0, à J1 et à la sortie de l'hôpital. A la sortie, il a également réalisé le MMSE et le mRs. Un ergothérapeute a également effectué le BI. Les patients ont rempli l'échelle HADS entre J3 et J7 post admission, une infirmière était présente si besoin.</p>
Considérations éthiques	<p>Cette étude a été approuvée par le comité régional d'éthique de la recherche médicale.</p>
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	<p>Ils ont réalisé des analyses statistiques afin d'identifier les facteurs associés à l'anxiété et aux symptômes dépressifs. De plus, des analyses de régression logistiques bivariées et multivariées ont aussi été réalisées. Une vérification de la confusion a été effectuée à chaque analyse. Les résultats sont présentés à l'aide d'Odds Ratio (OR) avec un intervalle de confiance de 95%.</p>

Présentation des résultats	<p>112 patients (62.9%) étaient des hommes et l'âge moyen était de 68.6 ans. 26.4% des patients souffraient de symptômes d'anxiété et 14% présentaient des symptômes dépressifs. Seulement 7.9% souffraient d'anxiété et de symptômes dépressifs. En raison de la faible prévalence du nombre de patients souffrant d'anxiété et de dépression, les auteurs n'ont pas poursuivi les analyses de cette catégorie. Le célibat (<math>p=0.02</math>), un score inférieur à 26 points au MMSE (<math>p=0.01</math>) et un score inférieur à 90 au BI étaient significativement associés aux symptômes d'anxiété.</p> <p>De plus, les symptômes dépressifs étaient significativement associés à score de BI de moins de 90 points, à un plus grand besoin d'aide dans les AVQ et une association significativement limitée avec l'âge a été trouvée (<math>&gt;75</math> ans). Aucune relation n'a été trouvée entre la localisation de l'AVC et les différents symptômes.</p>
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	<p>25% des patients souffraient de symptômes d'anxiété et 14% de symptômes dépressifs. 8% des patients souffrent des 2 symptômes, ce qui démontre qu'ils sont indépendants. Ces résultats sont significatifs mais ils sont à interpréter avec prudence à cause des critères d'exclusions et de l'échelle utilisée qui n'a pas été comparée. Même si les études antérieures n'interviennent pas en phase aiguë, les résultats concernant la prévalence de l'anxiété sont semblables. L'anxiété est positivement corrélée avec un faible score MMSE et le célibat. Dans la phase aiguë, les patients n'ont pas encore pris conscience des conséquences de leur AVC, ce qui peut expliquer la faible prévalence des symptômes dépressifs.</p>
Forces et limites	<p><b>Limites :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La prévalence de l'anxiété et des symptômes dépressifs aurait probablement été plus élevée si les patients exclus avaient pu participer à l'étude</li> <li>- L'échelle HADS n'a pas été spécifiquement conçue pour évaluer les symptômes émotionnels chez les patients atteints d'AVC et elle n'a pas été comparée à d'autres instruments de mesures</li> <li>- Beaucoup de patients inclus dans la présente étude n'ont pas encore eu le temps d'approfondir les conséquences de leur événement récent</li> </ul>
Conséquences et recommandations	<p>L'accent devrait être mis sur l'anxiété et les symptômes dépressifs dans les unités d'AVC, car cela peut atténuer l'anxiété des patients et même améliorer les résultats neurologiques. Il est très important de garder l'accent sur l'anxiété et les symptômes dépressifs tout au long de la phase de réadaptation. Les auteurs proposent une étude longitudinale pour voir si ces symptômes prédisent une dépression et une anxiété plus tard.</p>

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.



**Grille de lecture critique d'un article scientifique**  
**Approche quantitative et mixte**

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Pedroso, V. S. P., Vieira, É. L. M., Brunoni, A. R., Lauterbach, E. C., Teixeira, A. L., Pedroso, V. S. P., ... Teixeira, A. L. (2016). Psychopathological evaluation and use of the Hospital Anxiety and Depression Scale in a sample of Brazilian patients with post-stroke depression. <i>Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)</i> , 43(6), 147-150. <a href="https://doi.org/10.1590/0101-60830000000102">https://doi.org/10.1590/0101-60830000000102</a>				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			La population, le contexte et le problème sont précisés.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Les points suivants sont présents : « contexte », « objectif », « méthode », « résultats » et « discussion »
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Le problème à l'étude est clairement formulé et amené après avoir situé le contexte
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			Une dizaine d'études sont citées pour démontrer les connaissances antérieures
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		Aucun cadre théorique ou conceptuel n'est clairement défini par les auteurs
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			Deux buts sont clairement formulés
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Il s'agit d'une étude transversale

Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Un paragraphe décrit la population
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Les critères d'inclusions et d'exclusions sont décrits mais le nombre de patient participant à l'étude n'est pas donné
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		60 patients : difficile de généraliser les résultats avec un échantillon de cette taille
<b>Eléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu Clair</b>	<b>Commentaires</b>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			NIHSS ; mRs ; FIM ; MINI-PLUS (version brésilienne 5.0.0) ; HADS ; MMSE ; PLACS ; interview semi-standardisé
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			L'utilité de chaque échelle est décrite
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			Les étapes réalisées sont décrites
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?	X			L'étude a été approuvée par le comité local d'éthique de la recherche
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			Analyse ROC (Receiver Operating Characteristic) Comparaison entre patients avec et sans dépression
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Un résumé narratif est présent. Les comparaisons sont présentées sous forme de tableaux (2). L'analyse ROC est présentée sur un graphique.

<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés-en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?		X		Aucun cadre théorique ou conceptuel n'est clairement défini par les auteurs
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Plusieurs études antérieures sont utilisées pour interpréter les résultats
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?		X		Aucune force ou limite liée à l'étude n'est décrite par les auteurs.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X		La question de la généralisation des résultats n'est pas abordée
Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?			X	Les auteurs ne traitent pas des conséquences pour la pratique clinique, mais ils disent que l'HADS-D a été performante dans le dépistage des symptômes dépressifs après un AVC.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Quelques lignes sont consacrées aux travaux de recherches futurs
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est bien écrit, bien structuré et détaillé
Commentaires :					

## Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

**Grille de résumé d'un article scientifique**  
**Approche quantitative et mixte**

<b>Éléments du rapport</b>	<b>Contenu de l'article</b>
<b>Références complètes</b>	Pedroso, V. S. P., Vieira, É. L. M., Brunoni, A. R., Lauterbach, E. C., Teixeira, A. L., Pedroso, V. S. P., ... Teixeira, A. L. (2016). Psychopathological evaluation and use of the Hospital Anxiety and Depression Scale in a sample of Brazilian patients with post-stroke depression. <i>Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)</i> , 43(6), 147-150. <a href="https://doi.org/10.1590/0101-60830000000102">https://doi.org/10.1590/0101-60830000000102</a>
<b>Introduction</b> Problème de recherche	La prévalence de la dépression après un AVC, peu importe le contexte, atteint entre 20 et 59% selon diverses études brésiliennes. Il n'y a pratiquement aucune information sur le profil de ce trouble et il existe peu de preuves concernant l'utilisation d'un outil de dépistage des patients brésiliens présentant une dépression post-AVC.
Recension des écrits	L'AVC est une des principales causes de décès dans le monde. Au Brésil, 2,5 millions de personnes y survivent chaque année. Les troubles de l'humeur, en particulier la dépression, concernent plus de la moitié des patients ayant survécu. Malgré tout, elle reste peu détectée, mal traitée et influence négativement la récupération. Des patients ont soulevé que les problèmes psychologiques obtenaient moins d'attention que les problèmes physiques, alors qu'il existe une échelle (HADS) simple qui permet d'évaluer l'anxiété et la dépression chez les patients hospitalisés.
Cadre théorique ou conceptuel	Aucun cadre théorique ou conceptuel n'est clairement défini par les auteurs
Hypothèses/question de recherche/buts	<b>Buts :</b> - Caractériser les aspects psychopathologiques des patients brésiliens admis dans une unité d'AVC aiguë - Evaluer la performance de l'HADS dans la détection des cas de dépression dans cet échantillon de patients
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Etude transversale

Population, échantillon et contexte	<p><b>Population :</b> Patients ayant un diagnostic d'AVC ischémique aiguë admis consécutivement dans une « stroke unit » et qui ont subi une évaluation neuropsychiatrique au cours de la première semaine après l'accident vasculaire cérébral.</p> <p><b>Echantillon :</b> 60 patients</p> <p>Critères d'inclusions : hommes et femmes de plus 45 ans qui ont consenti à participer à l'étude</p> <p>Critères d'exclusions : patients atteints d'AVC hémorragique, de maladies infectieuses actives, de maladies auto-immunes, d'infarctus du myocarde aigu, de démence, d'une diminution du niveau de conscience (Glasgow Coma Scale &lt;14), d'aphasie sévère ou ayant subi une neurochirurgie récente</p> <p><b>Contexte :</b> Unité d'AVC (stroke unit) de l'hôpital municipal d'Odilon Behrens, à Belo Horizonte, au Brésil</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interview semi-standardisé pour le recueil de données pour les caractéristiques sociodémographiques et cliniques</li> <li>- NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale) pour quantifier la sévérité de l'AVC</li> <li>- mRs (modified Rankin scale) et FIM (Functional Independence Measure) pour évaluer l'incapacité fonctionnelle</li> <li>- MINI-Plus version Brésilienne 5.0.0 (Mini International Neuropsychiatric Interview-Plus) pour fournir un diagnostic psychiatrique formel</li> <li>- HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) pour évaluer les symptômes dépressifs</li> <li>- MMSE (Mini Mental State Examination) pour une évaluation psychopathologique</li> <li>- PLACS (Pathological Laughing and Crying Scale) pour une évaluation psychopathologique</li> <li>- Contact par téléphone pour s'assurer que le diagnostic de dépression est toujours valable 2 semaines après</li> </ul>
Déroulement de l'étude	<p>Les patients admis dans la Stroke Unit ont subi une évaluation psychiatrique au cours de la première semaine après l'AVC. Ensuite, un interview semi-standardisé a permis de collecter les données sociodémographiques et cliniques des patients. La sévérité des AVC a été quantifiée à l'aide de l'NIHSS et les incapacités ont été évalués à l'aide de l'échelle de Rankin modifiée (mRs) et la mesure de l'indépendance fonctionnelle (FIM). Un deuxième interview, réalisé par un psychiatre qualifié, permettait de fournir un diagnostic formel à l'aide du MINI-Plus et une évaluation psychologique a été réalisée à l'aide de HADS, MMSE et PLACS. « Deux semaines après l'évaluation, les patients ont été contactés par téléphone pour assurer la stabilité du diagnostic de dépression pendant cette période ».</p>
Considérations éthiques	<p>L'étude a été approuvée par le comité local d'éthique de la recherche</p>
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	<p>Les variables démographiques et cliniques ont été comparées entre les patients avec et sans dépression par le test du chi-carré, le test U de Mann-Whitney et l'analyse de corrélation de Spearman. Une analyse ROC a été réalisée. Le niveau de signification a été fixé à <math>p &lt; 0,05</math>.</p>

Présentation des résultats	La prévalence de la dépression a atteint 26.7%. Les patients ayant une dépression post-AVC sont plus susceptibles d'avoir du diabète ( $p<0.01$ ), plus de déficiences cognitives ( $p<0.001$ ) et une plus grande atteinte fonctionnelle ( $p<0.001$ ). Les patients présentant une dépression sont moins performant au niveau du langage ( $p=0.049$ ) et de l'attention et du calcul ( $p=0.001$ ) au MMSE. L'analyse ROC a défini des points de coupure à 6 pour l'échelle de dépression (sensibilité 83,3% et spécificité 83,3). La sous-échelle de dépression avait une sensibilité de 100% et une spécificité à 99,17%. Le diagnostic de dépression était significativement associé au score total et au score de l'HADS-D ( $p<0.001$ ). Il y a une corrélation entre les scores de PLACS et HADS ( $p=0.025$ ).
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	La prévalence de dépression trouvée dans l'étude correspond à la littérature. Les auteurs ont donc décidé d'évaluer l'utilisation de l'échelle HADS pour les patients atteint d'AVC. Concernant les points de coupure, d'autres études ont trouvé des points de coupure allant de 4 à 8, avec des sensibilités et des spécificités plus basses. Les performances obtenues au MMSE, concernant l'attention/le calcul et le langage sont semblables à celles d'autres études. Un lien a été trouvé entre les résultats de l'HADS et de PLACS, car ce dernier est considéré comme un facteur de risque de dépression. Le diabète peut aussi être un facteur de risque à l'apparition de symptômes dépressifs et inversement, selon d'anciennes études.
Forces et limites	Aucune force ou limite liée à l'étude n'est décrite par les auteurs.
Conséquences et recommandations	Les résultats obtenus démontrent que l'HADS-D a été performante dans le dépistage des symptômes dépressifs après un AVC. Les études futures devraient se concentrer sur l'évaluation longitudinale des patients atteint de dépression afin de mieux définir l'influence de chaque variable dans le développement de symptômes dépressifs et de développer des interventions efficaces pour le traitement et la réadaptation.
Commentaires	

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

**Grille de lecture critique d'un article scientifique**  
**Approche quantitative et mixte**

<b>Éléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
<b>Références complètes</b>	Sugawara, N., Metoki, N., Hagii, J., Saito, S., Shiroto, H., Tomita, T., ... Yasui-Furukori, N. (2015). Effect of depressive symptoms on the length of hospital stay among patients hospitalized for acute stroke in Japan. <i>Neuropsychiatric Disease and Treatment</i> , 11, 2551-2556. <a href="https://doi.org/10.2147/NDT.S91303">https://doi.org/10.2147/NDT.S91303</a>				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	<b>X</b>			Oui, le problème et la population est précise dans le titre
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	<b>X</b>			Le contexte, la méthode, les résultats et la conclusion sont synthétisés dans le résumé
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	<b>X</b>			Oui le problème de recherche est formulé dans l'introduction
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	<b>X</b>			Oui, il se base sur des études antérieures
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		<b>X</b>		Aucun concept ou théorie n'est clairement formulé dans l'article
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	<b>X</b>			Oui, l'objectif de l'étude est clairement formulé.

<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?		<b>X</b>		Le devis n'est pas explicité, mais il s'agit d'une analyse secondaire des données.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	<b>X</b>			La population est définie de façon précise.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	<b>X</b>			L'échantillon ainsi que les critères d'inclusions et d'exclusions sont décrits de manière détaillée.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?	<b>X</b>			Oui car il y a 421 patients dans cette étude.
<b>Eléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu Clair</b>	<b>Commentaires</b>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	<b>X</b>			Ils sont décrits : L'échelle de dépression du Japon (JSS-D) ; HAM-D ; FIM ; dossier du patient
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	<b>X</b>			Oui ils sont en lien avec la dépression et la durée d'hospitalisation
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	<b>X</b>			La procédure de la première étude est décrite
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?	<b>X</b>			La collecte de données de l'étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la faculté de médecine de l'Université d'Hirosaki et le centre d'AVC et de réhabilitation de Hirosaki et le consentement éclairé a été obtenu de tous les patients avant l'étude
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	<b>X</b>			Oui les statistiques répondent à l'objectif de l'étude
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	<b>X</b>			Ils sont présentés dans un résumé narratif, un tableau ainsi que dans des « Scatterplots ».



<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?		X		Aucun cadre théorique ou conceptuel n'est défini
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Ils mettent en lien les résultats avec différentes études antérieures
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Ils mettent en évidence les limites dans un paragraphe
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			Les auteurs précisent qu'il faut interpréter les résultats avec prudence et que les critères d'exclusion peuvent limiter la généralisation des résultats.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Oui, le dépistage précoce et le traitement des symptômes dépressifs sont nécessaires pour les patients souffrant d'AVC ischémique
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Ils font des recommandations pour diverses recherches futurs
<b>Questions générales</b> Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est bien écrit, structuré et détaillé
Commentaires :					

## Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

**Grille de résumé d'un article scientifique**  
**Approche quantitative et mixte**

<b>Éléments du rapport</b>	<b>Contenu de l'article</b>
<b>Références complètes</b>	Sugawara, N., Metoki, N., Hagii, J., Saito, S., Shiroto, H., Tomita, T., ... Yasui-Furukori, N. (2015). Effect of depressive symptoms on the length of hospital stay among patients hospitalized for acute stroke in Japan. <i>Neuropsychiatric Disease and Treatment</i> , 11, 2551-2556. <a href="https://doi.org/10.2147/NDT.S91303">https://doi.org/10.2147/NDT.S91303</a>
<b>Introduction</b> Problème de recherche	L'une des plus fréquente conséquence de l'AVC est la dépression et elle augmente le risque de mortalité. La durée d'hospitalisation est un résultat de soins important et mesurable et peu de liens ont été trouvé entre la dépression et la durée d'hospitalisation chez les patients atteints d'AVC.
Recension des écrits	Une corrélation entre la durée d'hospitalisation et la gravité de l'AVC ou la dépression post-AVC est reconnu par les chercheurs. Aucune corrélation n'a cependant été démontrée entre la gravité de l'AVC, les conditions de vie et l'indépendance fonctionnelle jusqu'à présent. La durée d'hospitalisation doit être courte pour des raisons économiques et pour que les patients ainsi que leurs familles puissent bénéficier d'une meilleure qualité de vie.
Cadre théorique ou conceptuel	Pas de cadre théorique ou conceptuel présent
Hypothèses/question de recherche/buts	L'objectif est d'évaluer l'effet de la dépression sur la durée d'hospitalisation chez les patients hospitalisés pour un accident vasculaire cérébral aigu au Japon.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche n'est pas clairement défini mais il s'agit d'une analyse secondaire des données
Population, échantillon et contexte	<p><b>Population</b> : 532 patients admis pour un AVC.</p> <p><b>Échantillon</b> : 421 patients atteints d'AVC ischémique aigu selon les critères d'exclusions suivant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Les difficultés de compréhension aigu (ex. aphasie sévère).</li> <li>b) Les patients atteint d'AVC hémorragique</li> <li>c) Les démences ou antécédents de troubles psychiatrique (dépression)</li> </ul> <p><b>Contexte</b> : Centre de Réhabilitation et d'AVC de Hirosaki entre avril 2012 et mars 2013</p>

Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Dossier du patient : récolter les données démographique et la sévérité de l'AVC JSS-D (Japon stroke scale of Depression) : mesurer l'état dépressif HAM-D (Echelle Hamilton depression) : mesurer l'état dépressif FIM (Mesure d'Indépendance Fonctionnel) : mesurer les niveaux de dépendance fonctionnel NIHSS (National Institutes Hospital Stroke Scale) : mesurer la sévérité de l'AVC MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) : évaluation psychopathologique Logiciel PC PASW Statistic : analyser les données
Déroulement de l'étude	Les chercheurs ont utilisé les dossiers des patients pour récolter les données suivantes (les données démographiques, la durée de séjours à l'hôpital, l'état dépressif, l'indépendance fonctionnelle et la gravité de l'AVC). Lors de la première étude, la gravité de l'AVC a été mesurée à l'aide de l'échelle NIHSS le 7 <sup>ième</sup> jour d'hospitalisation. Les échelles JSS-D et FIM ont été réalisés par un psychiatre qualifié auprès de tous les patients afin de mesurer l'état dépressif au 10 <sup>ème</sup> jour d'hospitalisation. Les tests ont été confirmés par un neurologue et un psychiatre.
Considérations éthiques	Avant le début de l'étude, les patients ont tous signés le consentement éclairé et la collecte de données a été approuvée par le Comité d'éthique de la Faculté de médecine de l'Université d'Hirosaki et le Hirosaki Stroke and Rehabilitation Center.
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	L'analyse des données démographiques et cliniques a été faite à l'aide du test T de Student, le test U de Mann-Whitney, test de Chi-carré et le test de Fisher. Une analyse de régression linéaire a été effectuée pour tester la relation entre la durée d'hospitalisation et le NIHSS. Un modèle de projection a été utilisé afin de déterminer l'effet de la dépression probable sur la durée d'hospitalisation.
Présentation des résultats	La prévalence d'une probable dépression était de 16,3% chez les hommes et 17,8% pour les femmes ( $p>0.05$ ). La durée d'hospitalisation moyenne pour ces patients était de 76,4 jours ( $\pm 49,2$ ) et était significativement plus longue (de plus de 30 jours) que pour les patients sans dépression probable (44,9 jours $\pm 39,2$ ). Les scores NIHSS ont une interaction significative avec la dépression probable. Les scores moyens pour l'échelle de dépression (JSS-D) ne sont pas significatifs entre les hommes et les femmes (1,53 $\pm 1.64$ , 1,77 $\pm 2,24$ , respectivement). Pour les patients avec ( $p<0,001$ ) et sans dépression ( $p<0,001$ ), les scores NIHSS ont une relation significative avec la durée d'hospitalisation. Dans les deux modèles, la durée d'hospitalisation était significativement associée à la dépression probable ( $p<0,01$ ) et la durée d'hospitalisation était significativement affecté par les scores FIM, les scores NIHSS et le fait de vivre seul.

<p><b>Discussion</b> Interprétation des résultats</p>	<p>L'étude démontre que les patients présentant une dépression probable ont une durée d'hospitalisation plus longue (&lt;30 jours), ce qui correspond aux résultats trouvés dans d'autres études américaines et japonaise. L'indépendance fonctionnelle dans les AVQ, la demande de soutien des patients ainsi que la gravité de l'AVC pourraient être la conséquence d'une durée plus longue d'hospitalisation et implique une augmentation des coûts. Quelques études ont démontré une relation entre la durée d'hospitalisation et les troubles psychiatriques alors qu'une étude n'a pas trouvé une telle association. Les ISRS (inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine) commencent à être utilisés pour la dépression post-AVC et peuvent améliorer la récupération malgré le faible risque d'hémorragie intracrânienne. Vivre seul augmente le risque de passage en institution après l'hospitalisation.</p>
<p>Forces et limites</p>	<p>L'interprétation de ces résultats doit être faite avec prudence pour diverses raisons :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Il n'y a eu qu'une seule échelle de mesures pour les symptômes dépressifs (JSS-D)</li> <li>- Le diagnostic de dépression n'a pas été posé selon le DSM-IV.</li> <li>- L'échelle JSS-D n'est pas un outil de diagnostic formel de dépression et n'a pas été élaboré pour évaluer l'apathie.</li> <li>- Le délai entre l'apparition des symptômes et l'admission à l'hôpital pourrait influencer les résultats.</li> <li>- L'étude a exclu les patients atteints d'aphasie ou de trouble de la conscience ainsi que ceux décédés à l'hôpital.</li> <li>- La population à l'étude concerne uniquement les patients d'une stroke unit d'un seul hôpital au Japon, ce qui ne reflète pas tout les patients atteints d'une dépression post-AVC au Japon.</li> <li>- Divers facteurs, comme le statut socioéconomique, les complications médicales, les traitements, les troubles anxieux et stress post traumatique peuvent influencer les scores de dépression (JSS-D).</li> </ul>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p><b>Conséquence :</b> une détection et un traitement précoce des symptômes dépressifs sont nécessaires pour les patients atteints d'AVC. Les patients souffrant de dépression post-AVC ne reçoivent pas un traitement suffisant quant à la gravité de leurs symptômes d'accident vasculaire cérébral. Le traitement de la dépression est insuffisant par rapport au traitement des symptômes d'AVC</p> <p><b>Recommandations :</b> D'autres études sont nécessaires afin de clarifier les effets des ISRS sur l'AVC et la mortalité post-AVC. D'autres études sont nécessaires incluant divers hôpitaux publics et privés pour généraliser les résultats.</p>
<p>Commentaires</p>	

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

**Grille de lecture critique d'un article scientifique**  
**Approche quantitative et mixte**

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Vuletić, V., Sapina, L., Lozert, M., Lezaić, Z., & Morović, S. (2012). Anxiety and depressive symptoms in acute ischemic stroke. <i>Acta Clinica Croatica</i> , 51(2), 243-246.				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	<b>X</b>			Il précise le problème et le contexte
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	<b>X</b>			Le problème, la méthode, les résultats et la discussion sont résumés
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	<b>X</b>			Le problème est clairement formulé et argumenté
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	<b>X</b>			Les auteurs se basent sur plusieurs études antérieures
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		<b>X</b>		Aucun cadre théorique ou conceptuel n'est défini par les auteurs
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	<b>X</b>			Le but est clairement formulé à la fin de l'introduction
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?		<b>X</b>		Il n'est pas clairement défini par les auteurs, mais il s'agit d'une étude descriptive transversale

Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Un paragraphe décrit la population
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Les critères d'exclusions sont énoncés
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		L'échantillon est trop petit (n=40) pour généraliser les résultats
<b>Eléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu Clair</b>	<b>Commentaires</b>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Les échelles NIHSS ; HADS ; dossier du patient sont énoncées et décrites Les échelles BI et MMSE sont énoncées mais pas décrites
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Les échelles sont en lien avec les variables
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			Oui, chaque étape est décrite
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?		X		Les auteurs n'abordent pas les considérations éthiques dans leur article.
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			Des statistiques descriptives, la Dunn's method et des analyses de régression logistique univariée et multivariée ont été utilisées.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Un résumé narratif et un tableau sont présents

<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?		X		Aucun cadre théorique ou conceptuel n'est défini par les auteurs
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Oui, les résultats sont comparés à des études antérieures
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?		X		Aucune force ou limite n'est clairement défini par les auteurs
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X		Les chercheurs n'abordent pas de la généralisation des résultats
Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Ils donnent des pistes pour la pratique clinique
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Ils proposent diverses pistes pour des travaux de recherches futures
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est bien écrit et bien structuré
Commentaires :					

## Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.



**Grille de résumé d'un article scientifique**  
**Approche quantitative et mixte**

<b>Éléments du rapport</b>	<b>Contenu de l'article</b>
<b>Références complètes</b>	Vuletić, V., Sapina, L., Lozert, M., Lezaić, Z., & Morović, S. (2012). Anxiety and depressive symptoms in acute ischemic stroke. Acta Clinica Croatica, 51(2), 243-246.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Les professionnels de la santé se concentrent essentiellement sur les problèmes cognitifs et physiques post-AVC et les problèmes émotionnels ne sont pas assez pris en compte en phase aiguë. Selon les patients, il faudrait accorder plus d'attention à ces problèmes.
Recension des écrits	Les changements émotionnels peuvent être causés par les réactions psychologiques ou par les atteintes cérébrales liées à l'AVC. Le trouble dépressif, en plus de l'AVC, peut augmenter les coûts de l'hospitalisation. Les problèmes émotionnels influencent la récupération motrice et cognitive du patient, peuvent entraîner une moins bonne réponse au traitement, des investigations pas nécessaires et augmentent le risque de mortalité. Des études antérieures se sont concentrées sur ces problèmes durant les mois ou les années après l'AVC.
Cadre théorique ou conceptuel	Aucun cadre théorique ou conceptuel n'est défini par les auteurs
Hypothèses/question de recherche/buts	<b>Buts :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Évaluer la prévalence de l'anxiété et des symptômes dépressifs dans le stade aigu de l'AVC ischémique</li> <li>- Identifier les facteurs associés à ces problèmes</li> </ul>
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Il n'est pas clairement défini par les auteurs, mais il s'agit d'une étude descriptive transversale

Population, échantillon et contexte	<p><b>Population :</b> Tous les patients admis pour la phase aiguë du premier épisode d'AVC</p> <p><b>Echantillon :</b> 40 patients</p> <p>Critères d'exclusions : patient atteint d'AIT, de problèmes émotionnels antérieurs, d'aphasie sévère ou d'une diminution de l'état de conscience</p> <p><b>Contexte :</b> Département de Neurologie de l'hôpital universitaire de Dubrava en mai 2006</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Dossier du patient</p> <p>NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) pour évaluer les atteintes neurologiques</p> <p>MMSE (Mini Mental State Examination) pour évaluer la fonction cognitive et les capacités mnésiques</p> <p>BI (Barthel Activities of Daily Living Index) pour mesurer le degré de dépendance dans les AVQ</p> <p>HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) pour évaluer les symptômes d'anxiété et de dépression</p> <p>SigmaStat (version 2.0) : logiciel pour les analyses statistiques</p>
Déroulement de l'étude	<p>Lors de l'admission des patients à l'hôpital, une évaluation des atteintes neurologiques a été réalisée par un neurologue. Les chercheurs ont également recoté les données sociodémographiques, comme le sexe, l'âge et les conditions de vie (seul ou pas seul). Les symptômes d'anxiété et de dépression ont été évalués à l'aide de l'HADS entre le 3<sup>ème</sup> et le 5<sup>ème</sup> jour après l'admission. A la sortie de l'hôpital, un neurologue a réalisé le MMSE et le BI.</p>
Considérations éthiques	<p>Les auteurs n'abordent pas les considérations éthiques dans leur article.</p>
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	<p>Des statistiques descriptives ont été utilisées pour les données démographiques. La « Dunn's method » a été utilisée pour évaluer les effets des facteurs possibles sur les symptômes d'anxiété et de dépression. Une analyse de régression linéaire uni- et multivariée a permis de calculer les risques associés aux symptômes.</p>
Présentation des résultats	<p>Sur l'ensemble des participants, il y avait 50% d'hommes, la moyenne d'âge était de 71.1ans ± 9.7. 65% d'entre eux avaient plus de 70 ans et 30% vivaient seuls. 55% des patients souffraient de symptômes dépressifs et 40% de symptômes d'anxiété. Sur ces 40%, tous souffraient également de symptômes dépressifs. Pour les symptômes d'anxiété, il existe une corrélation avec le score de MMSE (<math>p &lt; 0.001</math>) et BI (<math>p = 0.01</math>). Une corrélation a été trouvée entre le score HADS-D et le MMSE (<math>p &lt; 0.001</math>), l'âge (<math>p = 0.003</math>) et le BI (<math>p &lt; 0.001</math>). Aucun lien significatif n'a été trouvé entre les sous-échelles de dépression et d'anxiété avec d'autres caractéristiques des patients.</p>
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	<p>La prévalence des symptômes dépressifs est plus élevée que dans d'autres études et aurait été encore plus élevée si les patients atteints d'aphasie n'avaient pas été exclus de l'étude. Plusieurs études, qui se sont déroulées dans la phase aiguë et chronique, ont démontré une corrélation entre la gravité de la dépression post-AVC et le score de BI. La corrélation trouvée entre les symptômes dépressifs et le score de BI est soutenue par une autre étude. La dépression n'est pas forcément une réaction psychologique suite à l'AVC mais peut être l'expression de la maladie cérébrale. La corrélation trouvée entre les symptômes d'anxiété et MMSE est soutenue par une autre étude. Inversement aux résultats de cette étude, la dépression serait indépendante de l'anxiété et sans lien avec la déficience neurologique causée par l'AVC. Les patients âgés ayant des faibles scores aux BI et MMSE ont un risque de dépression plus élevé.</p>

Forces et limites	Aucune force ou limite n'est défini par les auteurs
Conséquences et recommandations	Il faut accorder plus d'attention aux symptômes d'anxiété et de dépression dans la phase aiguë de l'AVC, les identifier et les traiter à temps. Ces symptômes peuvent augmenter dans la phase de rééducation, il faut donc les surveiller de près. Si plus de ressources étaient mise en place, cela pourrait diminuer la souffrance émotionnelle des patients. Cela peut améliorer les résultats de soin et les problèmes neurologiques. De plus, le fardeau psychologique des membres de la famille du patient atteint de symptômes dépressifs est également un problème dont les soignants doivent être conscient. L'échelle HADS est performante pour détecter les symptômes d'anxiété et de dépression dans la phase aiguë de l'AVC et devrait être administrée périodiquement pour un dépistage précoce. D'autres études seraient nécessaires avec un plus grand échantillon et une étude de suivi concernant ces symptômes serait judicieuse.
Commentaires	

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

## **Appendice C**

Stratégie de recherche sur CINAHL

Tableau 5 :  
*Stratégie 1 sur CINAHL*

<b>Banque de données</b>	CINHAL
<b>Technique</b>	Mots clés
<b>Mots-clés</b>	"depression" AND "anxiety" AND "ischemic stroke"
<b>Filtres</b>	15 ans et Fulltext
<b>Résultats</b>	7 articles dont 0 retenu

Tableau 6 :  
*Stratégie 2 sur CINAHL*

<b>Banque de données</b>	CINHAL
<b>Technique</b>	Mots clés
<b>Mots-clés</b>	"acute ischemic stroke" AND "depression"
<b>Filtres</b>	15 ans et Fulltext
<b>Résultats</b>	8 articles dont 0 retenu

Tableau 7 :  
*Stratégie 3 sur CINAHL*

<b>Banque de données</b>	CINHAL
<b>Technique</b>	Mots clés
<b>Mots-clés</b>	"depression" AND "nursing care" AND "stroke"
<b>Filtres</b>	15 ans et Fulltext
<b>Résultats</b>	23 articles dont 0 retenu