

Évaluation des déterminants de l'autonomie régionale dans les services offerts à la clientèle ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) et requérant une thrombolyse dans la région de la Chaudière- Appalaches

Rapport final

Marie-Eve Lamontagne, Ph. D., Professeure adjointe
Université Laval, Faculté de médecine, Département de réadaptation,
Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale

Geneviève Roch, Inf., Ph. D., Professeure agrégée
Université Laval, Faculté des sciences infirmières, Centre de recherche
du CHU de Québec, Axe SP-POS

Israël Dumont, Professionnel de recherche
Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale

9 mars 2015

Évaluation des déterminants de l'autonomie régionale dans les services offerts à la clientèle ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) et requérant une thrombolyse dans la région de la Chaudière-Appalaches

Rapport final

Marie-Eve Lamontagne, Ph. D., Professeure adjointe

Université Laval, Faculté de médecine, Département de réadaptation, Centre de recherche de l'IRDPO

Geneviève Roch, Inf., Ph. D., Professeure agrégée

Université Laval, Faculté des sciences infirmières, Centre de recherche du CHU de Québec, Axe SP-POS

Israël Dumont, M. Sc., Professionnel de recherche

Centre de recherche de l'IRDPO

9 mars 2015

La réalisation de ce rapport a été rendue possible grâce au soutien financier

- de l'Agence de la santé et des services sociaux de la région de la Chaudière-Appalaches
- du Réseau universitaire intégré en santé de l'Université Laval (RUIS-UL)

Remerciements à Linda Boucher, pour son précieux soutien à l'organisation, à Diane Paquet pour son apport à la mise en forme du rapport et aux participants qui ont gracieusement pris part aux entretiens.

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à la condition d'en mentionner la source de la façon suivante :

Lamontagne, M.-E., Roch, G., & Dumont, I. (2015). Évaluation des déterminants de l'autonomie régionale dans les services offerts à la clientèle ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) et requérant une thrombolyse dans la région de la Chaudière-Appalaches : Rapport final. Québec, Canada : Centre de recherche du CHU de Québec.

ISBN : 978-2-9810983-6-8 (PDF)

Dépôt légal - 1^e trimestre 2015

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015

Bibliothèque et Archives Canada, 2015

Tables des matières

Sommaire	iii
Résultats.....	iv
L'intervention.....	iv
Les répondants et leurs tâches spécifiques.....	v
Le processus d'implantation.....	vii
L'environnement interne et externe.....	viii
Conclusion.....	ix
1 Mise en contexte et objectifs	1
1.1 Objectif.....	1
2 Méthode d'évaluation	2
2.1 Cadre de référence.....	2
2.2 Méthode des cas traceurs dans une démarche évaluative.....	3
2.3 Critères d'autonomie régionale.....	4
2.4 Sélection des cas traceurs et des intervenants impliqués.....	5
2.5 Autres sources de données.....	7
2.6 Outils de collecte de données et déroulement.....	7
2.7 Analyses.....	8
2.8 Forces et limites de la méthode.....	9
3 Résumé des observations	10
4 Résultats	20
4.1 Cas traceurs étudiés.....	20
4.2 Portrait des participants.....	22
4.3 Contexte de mise en œuvre.....	23
4.4 Contraintes et facilitateurs du point de vu des intervenants.....	25
4.4.1 Point de vue des ambulanciers.....	25
4.4.2 Point de vue de infirmières au triage.....	27
4.4.3 Point de vue des infirmières de l'aire de choc.....	28
4.4.4 Point de vue des urgentologues.....	28
4.4.5 Point de vue des internistes.....	30

4.5	Principaux déterminants de l'intervention.....	30
4.6	La formation un déterminant essentiel du processus.....	34
4.7	L'implantation.....	36
5	Conclusion	38
6	Références.....	39
7	Annexes.....	40

Sommaire

- La région de la Chaudière-Appalaches a instauré un modèle régional de gestion du traitement par la thrombolyse pour les personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique. Une équipe indépendante a été mandatée afin d'évaluer les déterminants de l'autonomie régionale en matière de thrombolyse dans une optique d'amélioration des soins et services;
- Le continuum de soins de huit patients-traceurs, identifiés selon qu'ils aient bénéficié d'un cheminement conforme (n=4) aux indicateurs relevant d'un des cinq critères d'autonomie régionale (indicateurs entièrement adéquats) ou déviante (n=4) (au moins un indicateur non adéquat), a été documenté à l'aide d'entrevues individuelles (n = 33) réalisées auprès des intervenants ayant participé à une procédure de thrombolyse. Deux entretiens auprès d'acteurs responsables de la mise en œuvre du projet régional ont aussi été effectuées afin d'identifier certains aspects liés à l'organisation et aux orientations relevant des quatre autres critères d'autonomie régionale. Les résultats sont présentés selon les grandes catégories du *Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)* de Damschroder et al. (2008) ainsi que des critères d'autonomie régionale statués par le Réseau universitaire intégré en santé de l'Université Laval (RUIS-UL) (2013) ;
- Le présent rapport vise à identifier les déterminants assurant le traitement optimal et uniforme de l'AVC ischémique par la thrombolyse dans un contexte d'autonomie régionale. Cependant, il importe de considérer trois réserves quant aux résultats présentés : 1) ces observations ont été réalisées uniquement dans la région de la Chaudière-Appalaches, 2) seul un nombre limité d'intervenants a pu être consulté pour un total de huit cas traceurs, et 3) les contraintes inhérentes au projet n'ont pas permis de mettre en lumière les observations faites dans un contexte d'autonomie régionale avec celles d'une organisation supra régionale.

Résultats¹

L'intervention

- De façon générale, les résultats de l'intervention de thrombolyse pour un AVC sont perçus de façon positive par les différents intervenants impliqués. Cette opinion est le résultat de l'action rapide de l'effet du médicament sur les symptômes présentés par le patient. Le caractère prompt des premiers signes de récupération est clairement rapporté par les responsables du projet ou les professionnels, ce qui favorise l'adhésion des intervenants à la procédure notamment en l'absence d'une intervention alternative permettant d'améliorer la condition de ces patients.

Recommandation #1 : Afin de favoriser l'adhésion des membres à la procédure, et ce, sur l'ensemble du territoire de la région 12, il est recommandé de développer une stratégie de communication mettant en évidence les avantages documentés et perçus de cette intervention aux intervenants impliqués, en insistant notamment sur ses avantages immédiats pour les personnes ayant subi un AVC ainsi que ses répercussions potentielles sur l'ensemble des sphères de leur vie.

- Les protocoles proposés sont perçus par les répondants comme efficaces, efficaces et compatibles avec les activités cliniques actuelles puisqu'ils permettent de clarifier les rôles et responsabilités de chacun des intervenants et d'améliorer l'efficacité globale de l'intervention de thrombolyse pour l'AVC. Toutefois, certains intervenants soulignent le besoin de développer des outils cliniques additionnels (formulaires, protocoles, outils d'information ou d'aide à la décision) ou de les améliorer pour les rendre plus fonctionnels et ainsi mieux fonctionnelle pour encadrer les interventions de thrombolyse.

*** Recommandation #2 : La mise en place d'un modèle régional de gestion de la thrombolyse pour l'AVC devrait se traduire par l'implantation d'outils cliniques éprouvés (protocoles, formulaires,**

¹ Les recommandations se divisent en deux sous-sections : 1) Il y a celles qui sont essentiellement orientées vers les centres hospitaliers de la région 12, mais qui doivent tout de même être considérées par les autres régions (identifiées à l'aide d'un astérisque); 2) Il y a celles qui représentent les « bons coups » réalisés par la région de la Chaudière-Appalaches et qui gagneraient à être reproduites dans une optique de transférabilité du projet aux autres régions

feuillet d'informations), clairs et bien arrimés les uns aux autres, selon le cheminement de la clientèle, adaptables en fonction des effectifs et de la culture propre des milieux cliniques concernés. Une mise à jour devrait également être envisagée à moyen terme.

- En dépit de l'incidence élevée de l'AVC au Québec, l'exposition à la thrombolyse pour les intervenants demeure, aux dires des participants, relativement rare ou espacée dans le temps. Cependant, au fur et à mesure du développement de leur expertise, les intervenants acquièrent une plus grande confiance en leurs capacités et sont ainsi davantage aptes à offrir un service optimal qui est le résultat d'une familiarisation avec la procédure et d'un raffinement des techniques employées.

* **Recommandation #3** : Considérant l'importance de l'expertise qui est acquise par les professionnels au fil des traitements de la thrombolyse, il serait pertinent de statuer sur le volume d'intervention minimum à atteindre annuellement afin d'assurer le maintien de l'expertise à l'intérieur d'un établissement régional ainsi que pour développer de nouvelles compétences. Dans le cas où ce volume ne serait pas atteint, des mises à jour pourraient être offertes au personnel concerné ou d'autres mesures compensatoires pourraient être envisagées. Toutefois, la présente évaluation ne permet actuellement pas de se prononcer sur le volume d'exposition requis pour assurer une familiarisation avec la procédure.

Les répondants et leurs tâches spécifiques

- **Les ambulanciers** : Le caractère essentiel de l'intervention des ambulanciers, notamment en ce qui a trait à l'aspect chrono dépendant du processus de thrombolyse, ainsi qu'à la suspicion préliminaire de l'AVC est souligné et reconnu par tous les groupes de professionnels interrogés. La détection des manifestations de l'AVC et le niveau d'exactitude des informations notées quant au début des symptômes sont souvent rapportés comme des éléments cruciaux pour la réussite d'une procédure de thrombolyse. Toutefois on observe des variations chez les ambulanciers en ce qui a trait aux critères sélectionnés pour déclencher la préalerte, ainsi que sur le mode de transport ambulancier (avec ou sans gyrophare) pour effectuer la liaison vers le centre hospitalier. Chacun de ces éléments est susceptible d'influencer le niveau d'homogénéité du service offert à l'échelle régionale et donc d'affecter le niveau de qualité des soins entre les hôpitaux.

* **Recommandation #4** : Considérant le caractère essentiel du maillon ambulancier pour la conformité de la procédure de thrombolyse, il est primordial que ces acteurs soient solidement formés

et impliqués dans l'organisation régionale de service. De plus, l'uniformisation de certains processus notamment le dépistage de l'AVC et la rapidité de transport vers le centre hospitalier, devrait être établie formellement afin de permettre d'atteindre une qualité de service optimale. Un travail important d'organisation et d'arrimage au niveau préhospitalier est donc essentiel au succès d'un modèle régional de prise en charge de la thrombolyse.

- **Les infirmières² (triage et aire de choc):** La procédure proposée s'intègre très bien à leurs tâches actuelles; au fur et à mesure qu'elles acquièrent de l'expérience avec la procédure elles procèdent à de petits changements, par exemple préparer le matériel nécessaire dès la préalerte. De par leurs compétences, elles représentent un « filet de sureté » pour identifier et rattraper les cas d'AVC qui auraient échappé au pré-hospitalier.
- **Les urgentologues :** Ils déclarent n'avoir aucune difficulté à effectuer la procédure de thrombolyse pour l'AVC et jugent avoir les connaissances et compétences requises pour la l'exécuter de manière autonome, sans la présence des internistes, tel qu'il est proposé dans le modèle régional de service. En effet, lorsque les internistes sont absents de l'établissement, certains délais, perçus comme évitables, peuvent survenir dans la chaîne d'intervention, par exemple lors de la discussion avec la famille pour l'obtention de l'autorisation nécessaire pour procéder à l'intervention.

* **Recommandation #5 :** Il est important qu'une réflexion soit amorcée au niveau régional et suprarégional quant aux types de professionnels autorisés à superviser une opération de thrombolyse, et ce, tout en assurant la qualité de l'intervention en regard des critères de monitoring définis. L'absence de consensus sur les responsabilités professionnelles est susceptible de générer des délais ou des incohérences chez les médecins spécialistes quant au niveau de responsabilité qui incombe à chacun lors de la prise en charge des personnes ayant subi un AVC et nécessitant une thrombolyse.

- **Les internistes :** se montrent également préoccupés par l'aspect chrono dépendant de leur intervention et afin de l'optimiser, certains réclament que l'encodage soit amorcé encore plus tôt, soit directement de l'ambulance, pour leur permettre de se mettre en disponibilité rapidement. La grande majorité des interventions ont pu être effectuées sans avoir recours au neurologue de garde au niveau régional, toutefois les internistes apprécient avoir une personne de référence à consulter au besoin.

² Prendre note que l'usage du féminin pour qualifier l'infirmière, comprend aussi le genre masculin.

Recommandation #6 : Advenant le déploiement d'un modèle régional de gestion de la thrombolyse, il est important qu'un établissement de niveau secondaire serve de référence pour les centres primaires impliqués. Les fonctions du centre secondaire pourront être multiples, notamment en lien avec l'offre de l'expertise pour les cas complexes et d'un suivi en matière de formation et d'assurance qualité pour cet acte médical.

Afin de simplifier et d'accélérer le processus de prise de décision de la famille ou du patient AVC à savoir si ce dernier sera ou non thrombolysé, les internistes d'un des sites à l'étude ont adapté l'outil d'aide à la décision pour assurer que les informations et les données qu'ils s'y trouvent puissent être assimilées et interprétées par l'ensemble de la population de la région, sans égard à leur niveau de littéracie.

Recommandation #7 : La procédure de thrombolyse doit être conçue pour être orientée vers la personne-famille. Le modèle régional doit favoriser une communication simplifiée et vulgarisée afin de fournir une information claire au patient et à sa famille, dans un langage adapté à leur niveau de littéracie. L'utilisation d'outils adaptés pour favoriser la compréhension doit être consolidée. De plus, les soins liés à l'épisode de thrombolyse ne doivent pas être présentés comme une finalité mais plutôt comme une étape d'un processus de soins global qui considère l'ensemble des besoins de l'individu.

Le processus d'implantation

- Au-delà de l'articulation du projet au niveau régional, le processus d'implantation et d'acquisition des connaissances chez les différents acteurs au niveau local s'est essentiellement organisé autour de la formation (cours et documentation écrite). Bien que l'ensemble des professionnels ait été ciblé initialement pour la suivre, c'est particulièrement le groupe des infirmières qui a été visé. Un haut niveau de satisfaction a été noté parmi celles-ci, essentiellement à cause du niveau d'adéquation des documents de références et du niveau de pertinence des informations assimilées durant la formation théorique. Certaines préoccupations ont été soulevées quant à la formation du nouveau personnel puisque le département de l'urgence doit souvent composer avec un haut niveau de roulement. Pour leur part, les médecins se sont dits peu interpellés par la formation et ne ressentent pas de besoin à ce niveau, ayant généralement été formés à la procédure au cours de leurs études en médecine.

* **Recommandation #8** : Une formation structurée et continue, comprenant la remise d'une documentation complémentaire sur les processus établis, représente un mécanisme d'implantation minimal dans la mise en place d'un modèle régional de thrombolyse. Cette formation devrait être offerte à l'ensemble des intervenants incluant les ambulanciers, mais il est possible qu'un mécanisme de formation parallèle doive être adapté pour rejoindre les médecins et les informer sur les aspects du processus.

L'environnement interne et externe

De façon générale, les répondants n'ont pas eu connaissance du travail effectué en amont autant au niveau de l'environnement interne qu'externe aux organisations concernées dans l'implantation du modèle régional de gestion de la thrombolyse. Quelques intervenants soulignent l'importance d'un leadership régional dans la mise en place du modèle de gestion de la thrombolyse. Dans le cadre du présent projet, ce rôle a été assumé conjointement par l'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches et par un neurologue du centre hospitalier secondaire. Toutefois, dans le contexte du projet de loi 10 et des restrictions budgétaires annoncées, il importe de bien identifier les éventuels répondants qui pourront endosser ce rôle de leadership et de vérifier la disponibilité des établissements à mettre en place une procédure semblable dans d'autres régions.

Recommandation #9 : Afin de faciliter l'introduction de la nouvelle procédure à l'échelle nationale, chaque région doit nommer un leader pouvant remplir les trois fonctions suivantes: 1- Assurer la préparation initiale des professionnels (Pré); 2- Coordonner l'instauration de la procédure (Per); 3- Maintenir sa pérennité dans le temps (Post).

Conclusion

Le modèle régional de gestion de la thrombolyse de l'AVC semble avoir été implanté efficacement dans la région de la Chaudière-Appalaches, soutenu par des protocoles bien définis, disponibles et clairs pour les participants, la disponibilité d'une formation adaptée aux différents milieux concernés, l'exercice d'un leadership reconnu et exercé par une ou plusieurs ressources et par la mise en exergue des bénéfices que procure la procédure pour l'utilisateur. Cependant, un manque de formation et de systématisation des procédures au niveau pré hospitalier; de possibles ambiguïtés quant aux rôles des différents médecins impliqués (notamment les internistes et les urgentologues); un faible volume et une faible exposition aux cas de thrombolyse limitant l'acquisition et le maintien de l'expertise pour le traitement de l'AVC ainsi que des lacunes au niveau du processus d'implantation (formation absente pour certains intervenants, ne répondant pas aux besoins pour d'autres) sont des éléments qui peuvent interférer négativement et seraient à même de menacer la qualité des interventions de thrombolyse réalisées. La mise en place d'un modèle régional de gestion de la thrombolyse pour l'AVC devrait donc obligatoirement introduire les déterminants favorisant l'harmonisation de la procédure et du cheminement clinique dans un contexte de chrono dépendance et viser à éliminer les déterminants contraignants.

1 Mise en contexte et objectifs

Dans ses orientations ministérielles 2013-2018, le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) propose la mise en place d'un modèle suprarégional de gestion de la télé-thrombolyse (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 2013) pour les personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC). Toutefois, pour la procédure de thrombolyse, la région de la Chaudière-Appalaches (12) privilégie une organisation des services orientée vers l'autonomie régionale, impliquant une approche centrée sur la pluridisciplinarité et une définition nette et explicite des mécanismes de coordination entre les organisations impliquées. La région 12 s'est donc engagée auprès du MSSS à piloter un projet en adéquation avec les critères d'autonomie régionale en matière de prise en charge de la thrombolyse tel que stipulé dans le document «Stratégie de soutien à l'implantation et de monitoring dans le cadre du projet de téléthrombolyse» (Bouchard & Garon, 2013). Les responsables se questionnent sur le niveau de concordance entre les caractéristiques des mesures appliquées et les déterminants d'autonomie régionale présents dans les écrits, tels que, les prérequis individuels, organisationnels et politiques permettant d'atteindre une qualité optimale de service pour les résidents de la région. Suite à la mise en œuvre de la nouvelle organisation de services en décembre 2013, une équipe de chercheurs a été sollicitée par l'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches afin de procéder à son évaluation.

1.1 Objectif

L'objectif de ce projet évaluatif est d'identifier les déterminants, tant facilitants que contraignants, qui entourent le processus d'autonomie de la région de la Chaudière-Appalaches dans le traitement par thrombolyse et de proposer des pistes de solution afin de l'optimiser

2 Méthode d'évaluation

La méthode utilisée est une évaluation de type étude de cas à sources multiples, intégrant l'approche des cas traceurs (Hornby, 1994; Paquette, 2005). Trois sources de données ont été utilisées, soit 1) des entretiens individuels auprès de professionnels impliqués dans les cas traceurs; 2) des entretiens individuels auprès d'acteurs responsables de la mise en œuvre du projet d'autonomie régionale; 3) la consultation de sources documentaires. La démarche évaluative, réalisée de mai à octobre 2014, a permis de documenter les éléments facilitants ou contraignants dans l'administration d'un traitement par thrombolyse, à un patient AVC ischémique, dans un contexte d'autonomie régionale, et ce, dans une perspective d'amélioration des soins et services. Cette méthode a ainsi permis de suivre le processus de prise en charge d'un patient du premier contact avec l'ambulancier jusqu'à l'injection du médicament (ou l'avortement de la procédure), afin de dévoiler l'agencement des nombreux mécanismes qui constituent le processus de traitement par thrombolyse (les acteurs, les contextes d'action, les conditions de cette action et les processus en œuvre). Les déterminants (facilitateurs ou contraintes) de l'autonomie régionale quant à la gestion des incidents critiques de thrombolyse auprès de la clientèle AVC ont été identifiés selon qu'ils appartenaient à l'une ou à l'autre des grandes catégories du Cadre conceptuel pour l'avancement de la science de l'implantation (*Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)* (Damschroder et al, 2008)).

2.1 Cadre de référence

Damschroder et al. (2008) ont développé, à partir de sur l'implantation de nouvelles pratiques en santé, un cadre intégrateur et exhaustif visant une meilleure analyse du processus d'implantation, le *Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)* (Annexe 1). Ce modèle considère cinq domaines principaux:

- 1. Caractéristiques de l'intervention** : Comprend huit concepts liés aux caractéristiques de l'intervention mise en œuvre dans un organisme donné
- 2. Environnement externe** : Comprend quatre concepts liés à des facteurs comme le contexte économique, politique et social d'un organisme
- 3. Environnement interne**: Comprend 12 concepts liés à des éléments comme les contextes structurel, politique et culturel dans lesquels le processus de mise en œuvre se déroule
- 4. Caractéristiques des personnes** : Comprend cinq concepts liés aux personnes qui participent au processus d'intervention ou de mise en œuvre

5. Processus d'implantation : Comprend huit concepts liés à des activités essentielles du processus de mise en œuvre qui sont communes aux modèles de changement organisationnel

L'utilisation de ce cadre de référence permet de considérer l'ensemble des catégories de déterminants pertinents pour chacune des étapes du processus de thrombolyse régional auprès de la clientèle ayant un AVC.

2.2 Méthode des cas traceurs dans une démarche évaluative

La méthode des cas traceurs (Hornby & Symon, 1994; Paquette, 2005) vise à mettre en évidence des processus qui se déroulent dans une organisation à partir de repères qui se trouvent naturellement dans cette organisation. Cette méthode facilite l'identification et la description des processus organisationnels et des réseaux relationnels à travers le temps, ainsi que l'identification des personnes-clés et des événements d'une situation organisationnelle. La méthode présente notamment l'avantage d'éviter de décrire un processus à partir d'un modèle préconstruit ou de définir un acteur à partir de son statut ou de la fonction qu'il occupe au sein de l'organisation. Elle permet d'utiliser une approche rétrospective en reconstruisant les processus et les réseaux à l'aide de documents d'archives ou de souvenirs d'acteurs. Elle facilite aussi l'étude d'un événement complexe en réduisant le nombre des événements totaux à un petit corpus qui se centralise uniquement sur ceux qui se distinguent de la trame attendue (soit positivement ou négativement). En focalisant sur ces événements, il est possible de documenter une variété de problématiques vécues sur le terrain, mais aussi d'obtenir des pistes de solutions pour les résoudre. Cette méthode permet aussi de comprendre la dynamique dans laquelle évoluent les participants. L'utilisation de la méthode du cas traceur répond à trois objectifs principaux (Haute Autorité de santé, 2013; Kergoat, 2008. Paquette, 2004) :

- 1. Évaluer le parcours du patient traceur de sa prise en charge initiale jusqu'à la fin déterminée d'un épisode de soins:** Elle permet d'évaluer le processus de prise en charge du patient depuis son entrée dans un système de soins par les ambulanciers, son admission à l'hôpital, les interfaces entre les secteurs et la collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire tout au long de l'intervention. Elle offre la possibilité d'évaluer de manière plus ciblée chaque étape de la prise en charge, et ce, en relation avec la dimension temporelle.
- 2. Réaliser un diagnostic global de la qualité et de la sécurité de la prise en charge en identifiant les points positifs et des points à améliorer :** Cette démarche contribue à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins pour l'ensemble du parcours de soins.

3. De travailler en équipe interdisciplinaire à partir de la prise en charge d'un patient : Elle permet d'impliquer, dans une véritable démarche d'équipe, l'ensemble des acteurs qui contribuent à la prise en charge du patient. Un regard et une analyse de l'équipe sur ses propres pratiques renforcent sa dynamique, contribuent à la définition et la mise en œuvre d'un projet d'équipe et permettent de développer une culture partagée.

Considérant qu'une procédure de thrombolyse peut varier en fonction du contexte étudié, il faut établir les nombreux cas traceurs possibles selon différentes trajectoires. En effet, le parcours du patient depuis les premiers services jusqu'à l'injection du médicament utilisé dans la thrombolyse (dans ce contexte l'Alteplase) à l'urgence, peut varier par exemple selon le mode de transport adopté pour se rendre à l'hôpital (avec/sans ambulance), le milieu où le patient réside (près d'un centre primaire/secondaire) ou la disponibilité des professionnels lors de l'admission à l'urgence (neurologue/interniste). La phase d'analyse doit être suffisamment sensible pour tenir compte de ces différences.

2.3 Critères d'autonomie régionale

Le Réseau universitaire intégré en santé de l'Université Laval (RUIS-UL) a déterminé les critères qui font qu'une région peut se qualifier d'autonome pour la thrombolyse, afin de garantir la qualité et la prise en compte des meilleures pratiques cliniques. La capacité d'autonomie d'une région repose sur cinq éléments principaux (Bouchard et Garon, 2013, p. 13):

1. L'utilisation des meilleures pratiques cliniques :
 - 1.1 protocole de thrombolyse;
 - 1.2 flux de travail;
 - 1.3 délais;
 - 1.4 organisation du pré-hospitalier d'urgence.
2. Le modèle médical d'un centre primaire favorisant son autonomie dans la pratique de la thrombolyse :
 - 2.1 organisation médicale hospitalière basée sur les internistes;
 - 2.2 disponibilité des internistes.
3. La présence d'un centre secondaire bien organisé :
 - 3.1 formation continue;
 - 3.2 transfert des apprentissages;
 - 3.3 équipe urgence AVC;
 - 3.4 capacité de relève des centres primaires;

3.5 unité AVC.

4. La qualité du leadership exercée par le centre secondaire auprès des centres primaires de sa région;
5. La qualité des liens de collaboration entre le centre secondaire de la région et le centre tertiaire de son territoire de RUIS.

2.4 Sélection des cas traceurs et des intervenants impliqués

Selon la méthode des cas traceurs, les événements de thrombolyse survenus au cours de la période de collecte de donnée ont été classifiés comme « conformes » ou « déviants » en fonction d'indicateurs des critères d'autonomie. Comme cette classification était essentiellement basée sur les rapports d'hôpitaux des patients présentant un AVC ischémique et que les informations qui s'y trouvent concernent directement les soins offerts (hautement focalisée sur la procédure en elle-même), pour juger de la conformité des cas traceurs, seuls des indicateurs se rapportant au premier critère d'autonomie régionale (« [utilisation des meilleures pratiques cliniques](#) ») ont été préconisés. Les autres critères ont été abordés lors des entretiens auprès des acteurs impliqués dans la mise en œuvre du projet régional ou via les sources documentaires publiques disponibles. Les indicateurs de conformité retenus (Tableau 1) se rapportent aux quatre sous-aspects du premier critère d'autonomie régional.

Tableau 1 : Indicateurs utilisés pour déterminer la conformité des cas traceurs

Indicateurs de conformité
Délais entre l'arrivée du patient à l'hôpital et l'injection du médicament « door to needle » inférieur à 60 minutes
Passation de l'échelle de Cincinnati effectuée par l'équipe ambulancière
Pré-alerte et encodage effectués par l'équipe ambulancière
Mise sous tension (alerte clinique) effectuée par l'infirmière du triage à l'urgence
Injection du médicament effectuée selon protocole de thrombolyse

Ainsi, un cas était considéré comme un incident critique « conforme » lorsque tous les indicateurs monitorés respectaient les quatre sous-éléments du premier critère d'autonomie régionale. Dans le cas contraire, lorsqu'un ou plusieurs sous-éléments n'atteignaient pas les valeurs ciblées, le cas était considéré comme « déviant ». Le jugement de conformité n'était posé qu'en fonction des étapes de la procédure et non en fonction des résultats cliniques de l'intervention. En d'autres mots, un cas jugé conforme pourrait avoir conduit à de mauvais résultats cliniques (par exemple, le décès du patient dans

les jours suivants le traitement), puisque les indicateurs utilisés dans le cadre de cette étude ne considéraient pas les évènements postérieurs à l'injection.

Un cas traceur « conforme » et un cas traceur « déviant » ont été identifiés pour chacun des centres hospitaliers de la région participant au projet (huit cas en tout) : 1) le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Alphonse-Desjardins (Hôpital Hôtel-Dieu de Lévis) 2) le CSSS de Montmagny-L'Islet (Hôpital de Montmagny); 3) le CSSS de Beauce (Hôpital Saint-Georges); CSSS de la région de Thetford (Hôpital de Thetford Mines). La sélection des cas, a été effectuée en collaboration avec la chargée de projet du centre secondaire à partir des données compilées le cadre du projet de monitoring. Une équipe d'évaluation indépendante a procédé à l'identification des cas traceurs (préalablement dénominalisés) selon les quatre indicateurs du [tableau 1](#) en utilisant un processus comparatif. En effet, pour la première vague, les cas sélectionnés devaient se démarquer par leur haut niveau de conformité (procédure conforme), alors que pour la deuxième vague, ils devaient se démarquer par leur déviance par rapport à la procédure attendue. Afin d'aider les répondants à se remémorer les principaux évènements s'étant déroulés dans le cadre du cas traceur, mais aussi pour permettre à l'équipe d'évaluation de bien saisir l'ensemble des enjeux, une courte reconstitution des évènements (vignette) a été produite par la chargée de projet du centre secondaire à partir des informations présentes dans les dossiers médicaux des patients reliés aux cas traceurs. Le projet se situant dans une démarche d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité sous la responsabilité de l'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, aucune information personnelle relative aux dossiers des patients n'a été transmise à l'équipe d'évaluation. L'équipe d'évaluation n'a pas eu accès aux dossiers des patients considérés dans le cadre de cette démarche d'amélioration de service ce qui permettait respecter les critères établis par l'article 2.5 de l'assurance-qualité, enseignement ou développement méthodologique (AQEM) (CHUQ, 2014).

Des grilles d'entrevues différentes, adaptées en fonction des types de professionnels, ont été créées: 1) les ambulanciers, 2) les infirmières du triage; 3) les infirmières de l'aire de choc ; 4) les urgentologues, 5) les internistes et/ou neurologues, 6) les décideurs (Annexe 2). Même si leur implication n'est pas prévue au protocole, les intervenants de l'unité de coordination clinique des services pré hospitaliers d'urgence (UCCSPU) impliqués dans les cas traceurs sélectionnés ont été invités à prendre part aux entretiens. Leurs propos ont été joints au groupe d'acteurs des ambulanciers, étant donné que leur implication relève du circuit pré hospitalier. Une fois l'identification des professionnels impliqués dans le cas traceur complétée par la chargée de projet, les entrevues ont débuté et se sont échelonnées sur une

période de six mois, soit de mai à octobre 2014. L'objectif était d'obtenir le témoignage d'au moins un représentant pour chacun des grands groupes d'acteurs ayant été impliqué dans la procédure de thrombolyse sélectionnée, ce qui représente, au minimum, cinq individus (ambulancier, infirmière au triage, infirmière de l'aire de choc, urgentologue, interniste ou neurologue) par cas. Chaque chargé de projet des établissements participants avait la responsabilité de contacter les professionnels ciblés afin de transmettre un feuillet expliquant les objectifs de l'évaluation et les principes inhérents à cette démarche (les participants ne devaient surtout pas craindre les mesures disciplinaires pour éviter l'autocensure). Compte tenu du contexte imprévisible du travail en milieu hospitalier, il était de la responsabilité des professionnels de contacter l'équipe d'évaluation dès qu'elle en avait la possibilité.

2.5 Autres sources de données

Les deux autres sources de données utilisées ont été : 1) les propos recueillis lors d'entrevues avec des acteurs responsables de la mise en œuvre du projet d'autonomie régionale (N = 2) et 2) les sources documentaires publiques (gouvernementales, scientifiques, organisationnelle) (n = 33). Une grille d'entrevue adaptée à la réalisation des entretiens auprès des deux acteurs responsables a été élaborée (Annexe 3). Deux entrevues ont aussi été réalisées avec les membres de l'équipe qui ont élaboré le projet de gestion autonome de la thrombolyse à l'échelle régionale. L'objectif était de décortiquer les composantes politiques, économiques et structurelles sous-jacentes aux décisions adoptées.

2.6 Outils de collecte de données et déroulement

La structure et l'organisation des guides d'entrevue semi-dirigées se sont essentiellement appuyées sur les cinq grands domaines du CFAIS. Aussi, pour s'assurer que les deux grilles d'entrevue [considèrent](#) l'ensemble des étapes impliquées lors d'une hospitalisation dans le cadre d'un AVC ischémique potentiellement thrombolysable, le concept du patient traceur a été utilisé. Avant d'amorcer leur rédaction, des rencontres ont été planifiées avec un chargé de projet afin de permettre à l'équipe d'évaluation d'obtenir une compréhension adéquate des différentes étapes entourant une procédure de thrombolyse, ainsi que des rôles de chacun. De plus, pour s'assurer que les questions soient cohérentes (structure des phrases et sélection juste du vocabulaire), quelques validations ont été effectuées avec les responsables du projet. Un questionnaire documentant les caractéristiques socioprofessionnelles des participants (Annexe 4) a aussi été construit pour permettre de caractériser l'échantillon de professionnels ayant participé aux entrevues.

Les entrevues portant sur les cas traceurs ont été réalisées en deux phases : la première avec les cas conformes (débutée en mai 2014), la deuxième, avec les cas déviants (débutée en août 2014). Quant aux entretiens auprès de l'équipe responsable de l'implantation, ils ont été effectués au mois d'octobre 2014. Les entrevues ont été réalisées par téléphone pendant les heures de travail des répondants. Elles ont été enregistrées sur un support audio numérique et les fichiers ont été conservés dans un ordinateur protégé à l'aide d'un mot de passe. L'ensemble des entrevues ont été dénominalisées, puis retranscrites pour faciliter l'analyse.

2.7 Analyses

L'analyse a été effectuée à l'aide du logiciel NVivo (version 9). Pour permettre de classifier l'ensemble des données à l'intérieur de catégories précises, un arbre d'analyse a été préalablement construit sous la forme de nœuds et de sous-nœuds. L'analyse par cas traceurs a permis de répertorier les éléments facilitateurs et les obstacles récurrents durant les cheminements de thrombolyse. L'analyse se divise en trois phases:

- 1. Première phase :** Les données recueillies sont considérées individuellement. L'objectif est d'identifier les éléments centraux du cas traceur décrit par le répondant. Cette étape est aussi l'occasion de peaufiner la grille d'analyse pour permettre la classification de l'ensemble des informations recueillies, et ce, pour toutes les entrevues réalisées. Pour s'assurer de la validité de ces interprétations, le processus de classification des éléments centraux de chacun des cas a été effectué en collaboration avec l'équipe d'évaluation, dans un processus « pas à pas ».
- 2. La deuxième phase :** Les entrevues ont été examinées simultanément en cherchant des liens possibles qui existeraient entre les différentes composantes. Cette étape a été utilisée afin de faciliter l'analyse des témoignages des répondants par la recherche successive d'éléments différents et similaires afin d'obtenir des indices sur l'origine des problèmes et des réussites rencontrés ainsi que l'identification de leurs causes.
- 3. Troisième phase :** La rédaction d'un rapport a permis de faire l'inventaire des observations réalisées. Il a ensuite été soumis aux responsables du projet, puis aux participants lors d'une rencontre avec le comité régional sur la trajectoire AVC pour leur permettre d'en prendre connaissance, de suggérer des améliorations et de vérifier si les constats reflétaient leurs perceptions. Quelques changements mineurs ont été apportés au rapport et les propos recueillis ont permis de confirmer que les résultats étaient cohérents avec l'expérience vécue lors de processus de thrombolyse.

2.8 Forces et limites de la méthode

1. Malgré de nombreuses tentatives de l'équipe d'évaluation pour rejoindre l'ensemble des participants ciblés pour participer aux entrevues, certaines personnes n'ont pu être rejointes. Toutefois, comme la saturation des données³ a été observée durant les dernières entrevues (absence d'émergence de nouvelles données, idées ou concepts), tout porte à croire que ce nombre réduit d'entrevues (par rapport à ce qui avait été prévu au départ⁴) n'a pas eu d'impact significatif sur les résultats observés.
2. Considérant les contraintes imposées par la période sélectionnée pour effectuer les entrevues (dans le contexte des vacances estivales), le temps moyen noté entre le moment de l'entretien et l'incident critique sélectionné avoisine cinq mois, ce qui peut avoir affecté la qualité du souvenir des participants quant au cas traceur faisant l'objet de l'entretien et ce, malgré l'utilisation de la vignette relative à chaque cas.
3. Les contraintes temporelles liées à la date de livraison du rapport final ont obligé l'équipe d'évaluation à limiter ses observations à deux moments distincts (deux vagues). Il aurait été pertinent d'étendre les observations sur une plus longue période pour constater la fluctuation des délais « door to needle » et des autres critères d'autonomie régionale identifiés. Toutefois, ces observations supplémentaires auraient essentiellement eu une fonction de validation considérant la saturation des données déjà discutée.
4. L'identification initiale des cas traceurs est une étape qui a été sous la supervision des partenaires du CSSS Alphonse-Desjardins. Dans ces conditions, l'équipe d'évaluation ne connaît pas le détail des différents cas qui ont été mis à leur disposition, mais la procédure d'identification convenue avec la chargée de projet a permis de bien identifier les cas déviants et conformes.

³ Il y a « saturation » lorsque que les nouvelles données obtenues n'apprennent plus rien de nouveau sur le phénomène étudié

⁴ Au départ il avait été prévu que l'ensemble des acteurs des opérations de thrombolyse participent aux entrevues, soit 5 personnes par vague par centre hospitalier, donc 40 personnes au total alors que concrètement, nous avons interviewé 31 personnes.

3 Résumé des observations⁵

Ce tableau regroupe le résumé de l'ensemble des observations réalisées par l'équipe d'évaluation suite à l'analyse des données. Il est composé de six colonnes : les deux premières (sujet et éléments) identifient l'élément ciblé et le destinataire; la suivante détermine si l'élément est « conforme (case blanche)» ou « déviant (case grisée)» ainsi qu'un descriptif; la quatrième (conséquence) explique l'effet de cet élément sur les soins offerts; la cinquième identifie « le critère de l'autonomie régionale » auquel il réfère, et pour terminer, la sixième (proportion), détermine la proportion de l'échantillon affectée par l'élément. Comme ce n'est qu'un résumé, plusieurs des éléments du tableau sont développés plus en profondeur dans la section suivante (section 4). Pour obtenir rapidement cette information complémentaire, vous pouvez utiliser le lien hypertexte (faire la combinaison de touche CTRL-click gauche) sur l'écriture bleuté.

1- Patient traceur (perspective en fonction de la profession)

Sujet	Élément	Conforme / Déviant	Conséquence	<u>Critère de l'autonomie régionale concerné</u>	Proportion
Ambulanciers	Obtenir des informations des patients	Lorsque la personne est dans l'impossibilité de répondre et/ou qu'il n'y a pas de proche avec elle, l'ambulancier n'insiste pas suffisamment pour obtenir des données justes et claires	-L'interniste doit investiguer de son côté ce qui nécessite du temps -Compromet l'admissibilité du patient au traitement par la thrombolyse	Organisation du pré-hospitalier d'urgence	Quelques participants
	Il représente un chaînon essentiel de la procédure	Leur travail est perçu positivement par les différents professionnels	La pré-alerte peut être lancée plus tôt ce qui a un impact important sur les délais d'opération	Délais	Tout l'échantillon
	Contacter l'Unité de coordination clinique des services préhospitaliers	Aucune balise claire sur les modalités de l'utilisation de ce service, par ailleurs	Utilisation hétérogène de l'UCCSPU par les ambulanciers ce qui affecte les	Délais	Quelques ambulanciers

⁵Afin d'effectuer des liens facilement entre les éléments qui se retrouvent dans ce tableau et troisième section, des liens hypertexte ont été ajoutés pour permettre d'effectuer cette transition (faire la combinaison de touche CTRL-V)

Sujet	Élément	Conforme / Déviant	Conséquence	<u>Critère de l'autonomie régionale concerné</u>	Proportion
	d'urgence (UCCSPU)	facultatif dans l'organisation de service.	informations reçues par le centre médical		
	Déplacement ambulancier en mode urgence	Aucune balise claire sur le « mode » de déplacement à adopter	Les temps de déplacements varient selon le mode privilégié ce qui influence les délais d'intervention	Organisation du pré-hospitalier d'urgence	Quelques ambulanciers
	Lorsque l'ambulancier rencontre un patient qui a potentiellement un AVC ischémique, il doit lui faire passer une glycémie avant l'échelle de Cincinnati puisque les symptômes sont semblables	Si le patient est effectivement en hypoglycémie, les ambulanciers ne font pas passer l'échelle de Cincinnati	Si le patient fait à la fois une hypoglycémie et un AVC ischémique, l'AVC ne sera pas détectée. Risque d'affecter l'admissibilité du patient au traitement par thrombolyse	Organisation du pré-hospitalier d'urgence	Tous les ambulanciers
	La sensibilité de l'échelle Cincinnati	Le test est uniquement sensible aux paralysies qui affectent le visage, et non ceux qui affectent les membres inférieurs	Le test peut scorer négatif même s'il y a présence d'un AVC ischémique	Organisation du pré-hospitalier	Un ambulancier
Infirmières au triage	Possèdent les connaissances pour identifier les manifestations de l'AVC ischémique	Lorsque les ambulanciers n'ont pas soupçonné d'AVC, les infirmières au triage font office de « filet de sureté » puisqu'elles peuvent reconnaître les signes et symptômes et contacter l'urgentologue	Permet de lancer la préalerte et de rendre un patient admissible à la thrombolyse	Flux de travail	La majorité des infirmières au triage
	Effectue la mise sous tension	Il est facile de rejoindre l'ensemble des intervenants qui participent à l'intervention	Permet de réduire les délais	Flux de travail	Toutes les infirmières au triage
Infirmières de l'aire de choc	La collaboration avec les ambulanciers	Les informations sur le patient transitent facilement	Facilite l'intervention	Flux de travail	Toutes les infirmières de l'aire de choc

Sujet	Élément	Conforme / Déviant	Conséquence	<u>Critère de l'autonomie régionale concerné</u>	Proportion
	La collaboration avec les médecins	Les rapports inter- professionnels lors de l'opération sont bons	Facilite l'intervention	Flux de travail	Toutes les infirmières de l'aire de choc
	Perfectionnement autonome de la procédure	Préparation du matériel dès la réception de la pré-alerte	Accélère l'intervention	Délais	La majorité des infirmières de l'aire de choc
	La sensibilité de l'échelle de Cincinnati	Le test n'est pas en mesure de différencier différents types de paralysies (Bell par exemple)	Il peut arriver que la pré-alerte soit lancée pour rien	Organisation du pré hospitalier.	Une infirmière
Urgentologues	Se libérer lors de la réception de la pré-alerte	Ils n'éprouvent aucun problème pour rencontrer le patient dès son arrivée en ambulance	Permet d'amorcer l'intervention rapidement	Délais	Tous les urgentologues
	Les urgentologues voudraient exécuter la procédure de thrombolyse de façon autonome	Les urgentologues se sentent suffisamment formés et compétents pour diriger une telle intervention	Accélère les délais [<i>door to needle</i>] lorsqu'aucun interniste n'est présent sur place	Disponibilité des internistes.	La majorité des urgentologues
		Certains internistes s'opposent à cette idée à cause du niveau de complexité des éléments à considérer dans la prise de décision	Mettrait en péril l'intégrité des patients	Organisation médicale hospitalière basée sur les internistes	Quelques internistes
	Discuter avec la famille	Les urgentologues n'ont pas le droit de fournir les informations nécessaires à la famille afin de l'aider dans sa prise de décision lorsque l'interniste n'est pas présent sur place	Informé la famille permettrait à l'interniste de procéder directement à l'intervention en question dès son arrivée ce qui aurait un impact sur les délais [<i>door to needle</i>] dans le cas où il ne serait pas présent dans	Disponibilité des internistes	Quelques urgentologues

Sujet	Élément	Conforme / Déviant	Conséquence	<u>Critère de l'autonomie régionale concerné</u>	Proportion
			l'établissement.		
	Identifier les tâches en lien avec la fonction dans le protocole	Le protocole n'effectue pas de division des activités à accomplir en fonction du type de professionnel qui doit l'exécuter	La réflexion préalable nécessaire avant l'exécution d'une tâche nécessite du temps, ce qui affecte les délais [<i>door to needle</i>]	Protocole de thrombolyse	Quelques urgentologues
	Comprendre les informations du protocole	Les phrases sont trop longues et le vocabulaire trop complexe	Arriver à déchiffrer les informations nécessaires nécessite du temps ce qui affecte les délais [<i>door to needle</i>]	Protocole de thrombolyse	Un seul urgentologue
Internistes	Être contacté dès l'identification de l'AVC ischémique	-Que les ambulanciers effectuent une pré-alerte avant même de quitter les lieux, plutôt que durant le transport. -Qu'ils localisent leur véhicule géographiquement	Laisse davantage de temps à l'interniste (qui n'est pas présent sur les lieux) de juger du temps qu'il dispose pour se rendre à l'hôpital.	Délais	Un seul interniste
	Contacté le neurologue du centre secondaire responsable	Les internistes ne ressentent pas le besoin de contacter le neurologue pour de la supervision, bien qu'ils apprécient la possibilité de pouvoir bénéficier de cette expertise s'ils en ressentent le besoin	Cette étape en moins a un effet positif sur les délais [<i>door to needle</i>] et démontre aussi leur niveau d'aisance pour pratiquer la thrombolyse de manière autonome	Organisation médicale hospitalière basée sur les internistes	Tous les internistes
	Les informations exposées aux familles pour la prise de décision	Des professionnels ont créé de nouveaux tableaux statistiques plus explicites et moins complexes facilitant la compréhension par les familles	-Aide toutes les personnes concernées à bien comprendre les enjeux de la thrombolyse -Leur permet d'avoir une réflexion plus éclairée -Accélère le processus de réflexion et donc les délais [<i>door to needle</i>]	Capacité de relève des centres primaires	Personnel d'un seul hôpital

2- Caractéristiques de l'intervention

Élément	Conforme / Déviant	Conséquence	<u>Critère de l'autonomie régionale concerné</u>	Proportion
Offrir un service de thrombolyse équitable à la population	<p>-La population de l'ensemble de la région peut bénéficier thrombolyse</p> <p>-Grâce à l'uniformisation de la procédure, les soins offerts sont optimaux dans les quatre centres</p>	<p>-La morbidité liée à l'AVC ischémique cérébrale est perçue comme plus faible</p> <p>-Les impacts financiers liés au processus de convalescence d'un patient ayant subi un AVC ischémique cérébrale sont plus perçus comme plus faibles.</p>	La qualité des liens de collaboration entre le centre secondaire de la région et le centre tertiaire de son territoire de RUIS	Tous les décideurs

3- Environnement externe

Élément	Conforme / Déviant	Conséquence	<u>Critère de l'autonomie régionale concerné</u>	Proportion
Corridor de service efficient déjà établi dans la région	Un corridor préexistant et fonctionnel était déjà implanté dans la région de la Chaudière-Appalaches	Comme le projet de thrombolyse est basé sur la coopération intra régionale, cette structure accélère l'implantation	La qualité des liens de collaboration entre le centre secondaire de la région et le centre tertiaire de son territoire de RUIS	Tous les décideurs

Téléthrombolyse et autonomie régionale pour la thrombolyse	Les deux projets ne sont pas en compétition mais plutôt en complémentarité	Les deux projets permettent d'offrir la thrombolyse à l'ensemble de la population vivant sur le territoire du RUIS de l'Université Laval selon deux modèles d'organisation de service différents	La qualité des liens de collaboration entre le centre secondaire de la région et le centre tertiaire de son territoire de RUIS	Tous les décideurs
--	--	--	--	--------------------

4- Environnement interne

Élément	Conforme / Déviant	Conséquence	<u>Critère de l'autonomie régionale concerné</u>	Proportion
L'implantation de manière générale	-La procédure a été implantée progressivement -Les objectifs étaient clairs -Les répondants ressentaient le besoin d'offrir la thrombolyse (pour les centres secondaires)	-Personne ne s'est senti brusqué par l'implantation de la procédure -La procédure allait de soi selon les répondants	La qualité du leadership exercé par le centre secondaire auprès des centres primaires de sa région	La majorité des répondants
	Les répondants ont peu de commentaires sur l'organisation qui a mené à la mise en place de la nouvelle procédure. Ils considèrent que les responsables du projet ont fait un travail exemplaire	La représentation positive qu'ils ont du projet les incite à y participer activement	La qualité du leadership exercé par le centre secondaire auprès des centres primaires de sa région	La majorité des répondants
Processus de consultation dans la mise en œuvre de la procédure	Aucun répondant n'a participé de près au processus de consultation. Ce rôle a plutôt été joué par les responsables des différents secteurs	Le travail des responsables est très apprécié par les répondants considérant le niveau élevé de qualité de la procédure et son haut degré de concordance avec le contexte réel	La qualité du leadership exercé par le centre secondaire auprès des centres primaires de sa région	La majorité des répondants
Nommer un leader par région	-Un leader régional renommé et connu a permis une gestion efficace du projet en vue de son opérationnalisation -Exercer une veille permanente de la qualité des soins prodigués dans les établissements afin d'ajuster le protocole selon les difficultés rencontrées	Pour assurer la cohérence du projet dans les différents secteurs de la région, via le corridor de service.	La qualité du leadership exercée par le centre secondaire auprès des centres primaires de sa région	Tous les décideurs

5- Caractéristiques des individus

Élément	Conforme / Déviant	Conséquence	<u>Critère de l'autonomie régionale concerné</u>	Proportion
Niveau de collaboration des professionnels à la procédure	Parce que chaque professionnel représente un maillon essentiel au bon fonctionnement de la procédure, tous participent activement pour atteindre des délais [door to needle] optimaux	Optimisation des délais	Délais	Tout l'échantillon
Optimisme des répondants face à l'introduction de la nouvelle procédure	Le niveau d'optimisme est élevé puisque son efficacité a été concluante	Cet état d'esprit facilite l'adhésion à la procédure	Capacité de relève des centres primaires	Tout l'échantillon

6- Processus d'implantation (Formation)

Élément	Conforme / Déviant	Conséquence	<u>Critère de l'autonomie régionale concerné</u>	Proportion
Amélioration des habiletés du personnel	Depuis la première intervention, le personnel ne cesse de s'améliorer	Réduit les délais [door to needle] au fil du temps. De meilleures performances peuvent être espérées dans un proche avenir	Équipe urgence AVC	Tout l'échantillon
La formation générale	Permet d'apprendre les étapes nécessaires pour mener à bien une procédure de thrombolyse	-Permet d'être relativement performant dès la première intervention -Procure un sentiment de compétence	Formation continue	Le personnel infirmière et médecin
La simulation	Aucune simulation n'est offerte au personnel	-Permettrait d'optimiser le niveau de performance lors d'une première intervention -Permettrait d'éviter les erreurs -Permettrait de diminuer le niveau de stress	Formation continue	La majorité des répondants
Formation des « nouveaux »	La formation reçue initialement par l'équipe n'est pas transmise aux nouvelles personnes qui se	Les nouveaux employés n'ont pas les connaissances nécessaires pour effectuer une	Transfert des apprentissages	Les infirmières

	greffent à l'équipe de choc	procédure de thrombolyse adéquatement ce qui est susceptible d'avoir une influence négative sur les délais [door to needle] et même menacer le déroulement de la thrombolyse		
La formation est le facteur principal à considérer pour favoriser l'implantation de la procédure à l'ensemble des régions du Québec selon les répondants	La formation est perçue comme l'élément primordial à considérer	Selon eux, la performance est le résultat de connaissances bien assimilées	Formation continue	La majorité des répondants
La formation des médecins	Parce qu'ils possèdent les connaissances nécessaires, peu de médecins jugent pertinent de recevoir une formation sur la procédure	Effet sur les opérations de thrombolyse incertains puisque la qualité de la procédure dépend de la formation reçue	Formation continue	La majorité des médecins
La formation des ambulanciers	La formation est quasi inexistante chez les ambulanciers et consiste en un simple mémo demandant d'effectuer une préalerte lorsque le score de l'échelle de Cincinnati est positif	-Dans certains cas ils se sentent inaptes à discerner les manifestations de l'AVC ischémique -Ils ne comprennent pas toujours en quoi l'obtention des informations sur le début des symptômes est importante pour la suite des événements	Formation continue	Quelques internistes
Les documents explicatifs comme complément à la formation en « salle »	-Les documents sont positivement perçus comme une plus-value à la formation -Ils peuvent être consultés plus tard	Parce que le premier cas de thrombolyse peut survenir plusieurs semaines après la formation, les documents papiers permettent au personnel de conserver leurs acquis	Formation continue	La majorité des répondants
Questionnements en lien avec la procédure	Tous ont identifié un supérieur vers qui se tourner en cas de questionnement en lien avec la procédure	Permet au personnel de ne pas demeurer dans le flou et par conséquent d'être plus confiant et éventuellement plus performant	Transfert des apprentissages	La majorité des répondants

7- Processus d'implantation (Protocole)

Élément	Conforme / Déviant	Conséquence	<u>Critère de l'autonomie régionale concerné</u>	Proportion
Le propos (le fond) du protocole	-Les instructions des documents sont fiables et la description de tâche est conforme avec ce qui est vécu concrètement sur le terrain -S'adapte bien aux cultures propres de chacun des hôpitaux	Permet aux professionnels de se conformer à la procédure	Protocole de thrombolyse	Tout l'échantillon
Les documents pour orienter la procédure	Ils sont pêle-mêle puisqu'ils combinent, sur un même document, les rôles de chacun des professionnels	La difficulté que représente la paperasse à compléter nécessite du temps supplémentaire et affecte donc les délais [door-to-needle]	Protocole de thrombolyse	Tout l'échantillon

8- Processus d'implantation (Délais)

Élément	Conforme / Déviant	Conséquence	<u>Critère de l'autonomie régionale concerné</u>	Proportion
Intervention chrono dépendante	Malgré la chrono dépendance de la procédure, le personnel est en mesure de travailler de façon sécuritaire. Les délais accordés pour chaque opération correspondent donc aux temps nécessaires réels pour les exécuter	Réduit les risques de blessures ou les fautes professionnelles	Équipe urgence AVC	Tout l'échantillon

4 Résultats

Structure de la section résultats

Il était attendu initialement que les entrevues portant sur les cas de cheminement conforme seraient être davantage axées sur les caractéristiques exemplaires et les facilitateurs de la nouvelle procédure tandis que celles portant sur les cas de cheminement déviant seraient axées sur les obstacles à la procédure. Toutefois, suite à la réalisation de l'ensemble des entrevues, l'équipe d'évaluation s'est retrouvée devant un constat différent : dans tous les cas, les répondants abordaient à la fois ses aspects contraignants et facilitateurs. De plus, dans plusieurs situations considérées comme « déviantes », les opérations non optimales n'étaient pas sous le contrôle de la personne interviewée et ainsi, de son point de vue, l'intervention lui apparaissait comme étant conforme. Dans cette perspective, il a été décidé que la structure de la section « résultats » ne s'organiserait pas autour de la dichotomie conforme/déviant, mais plutôt en fonction des cinq groupes d'acteurs répondants et des cinq grandes catégories du CFIR. De plus, afin de maintenir la cohérence avec les objectifs fixés par l'Agence dans le cadre de l'amélioration des services pour l'autonomie de la région de la Chaudière-Appalaches pour les opérations de thrombolyse, nous avons effectué l'analyse des résultats selon les critères établis par le RUIS-UL en ce qui concerne l'autonomie régionale. Cette manière de procéder offre l'avantage de juxtaposer les éléments de réponses obtenus des schémas d'entrevues avec un élément circonscrit, et ainsi de mieux exposer les forces et les faiblesses de chacun sous différents angles. À terme, cet ensemble permet d'observer une situation dans sa globalité et ainsi favoriser l'efficacité du processus de prise de décision.

4.1 Cas traceurs étudiés

Le tableau 2 présente la répartition des cas traceurs étudiés et du nombre de participants pour chacun des quatre centres hospitaliers. Il est à noter que les deux intervenants de l'UCCSPU qui ont pris part aux entretiens ont été interpellés pour des cas traités au centre hospitalier du CSSS Alphonse-Desjardins. Pour la première vague d'entrevue, où les incidents critiques sélectionnés se devaient de représenter un cheminement conforme, le score moyen attribué par les répondants à la question : « Sur une échelle de conformité qui s'échelonne de 1 à 10, 10 étant la perfection, combien donneriez-vous à cette intervention? » est de 8,5 sur 10, ce qui démontre la justesse de la sélection par les responsables du projet en comparaison avec le score beaucoup plus faible obtenu pour la deuxième vague (6,9). Il faut

savoir que le délai « door to needle » moyen enregistré pour ces cas était de 51 minutes, en dessous de la barre des 60 minutes fixée au départ comme étant le délai maximum acceptable (46 à Lévis, 54 à Montmagny, 44 à Thetford, 61 minutes en Beauce⁶) et qu'aucun problème majeur n'a été rencontré tout le long du processus. La majorité des répondants (12 répondants) se souviennent très bien des cas en question, ce qui a permis d'obtenir un matériel riche en informations.

Tableau 2 : Type de cas traceurs et nombre de participants par centre hospitaliers

Centre hospitalier	Participants / cas conformes (n=17)	Participants / cas déviants (n=16)
CSSS – Alphonse-Desjardins	4 participants /1 cas	4 participants /1 cas
CSSS Monmagny-l'Islet	3 participants /1 cas	3 participants /1 cas
CSSS Beauce	5 participants /1 cas	5 participants /1 cas
CSSS Thetford	5 participants /1 cas	4 participants /1 cas
UCCSPS	1 participant*	1 participant*

*Interpellés sur cas traceurs du CSSS AD (HDL)

De son côté, la deuxième vague d'entrevue s'intéressait aux incidents critiques déviants. Le « door to needle » moyen enregistré est de 76 minutes et dans un des cas, le processus de thrombolyse n'a pas été complété (le médicament n'a pas été injecté). Le tableau 3 fait état des éléments qui sont responsables des écarts à la procédure.

⁶ Le « door to needle » de Beauce qui excède la barre des 60 minutes s'explique par la difficulté qu'a eu l'équipe d'infirmier avec l'installation du cathéter.

Tableau 3 : Résumé des difficultés identifiées dans les opérations de thrombolyse qualifiées de déviantes.

Numéro du cas	Déviations identifiées	Temps « <i>Door to needle</i> » en minutes
1	Aucune évaluation sur l'échelle de Cincinnati n'a été effectuée, donc pas de pré-alerte enclenchée	89
	Mauvaise estimation du moment du début des symptômes	
	Pas d'évaluation avec le NIHSS	
2	Score de l'échelle de Cincinnati négatif	N/A
	Encodage fait pour une hypoglycémie	
3	Présence possible d'une hémorragie cérébrale	80
	Suspections de l'utilisation d'un médicament contre indiqué	
4	Présence d'artéfact sur les radiographies	60

4.2 Portrait des participants

Au total, 33 entrevues ont été réalisées auprès de professionnels qui ont été impliqués dans huit cas traceurs (17 personnes rencontrées pour la première vague et 16 pour la deuxième vague), selon une distribution exposée dans le tableau 3. Les participants provenaient en proportion presque équivalente des quatre établissements participants au projet. Les infirmières étaient sur représentées et la majorité des participants avait plus de 10 ans d'expérience dans leur profession. La plupart des intervenants interrogés se rappelaient relativement bien des cas traceur ciblés, étaient satisfait du déroulement de l'intervention et avaient participé à une ou deux opérations de thrombolyse au moment de l'entrevue.

Tableau 4 : Caractéristiques des participants en fonction de différents critères et divisé selon la vague à laquelle ils appartiennent (N = 31)

Éléments	Sujets	Conforme (Vague #1)	Déviant (Vague #2)	Total
Profession selon groupes d'acteurs	Ambulancier / UCCSPU	4 (24%)	4 (25%)	8 (24%)
	Infirmière au triage	3 (18%)	2 (13%)	5 (15%)
	Infirmière aide de choc	4 (24%)	6 (38%)	10 (30%)
	Urgentologue	3 (18%)	2 (13%)	5 (15%)
	Interniste	3 (18%)	2 (13%)	5 (15%)
	<i>Total</i>	17 (100%)	16 (100%)	33 (100%)
Niveau d'expérience du personnel (en année)	0 à 5	2 (12%)	4 (31%)	6 (21%)
	6 à 10	4 (24%)	5 (31%)	9 (27%)
	11 à 15	1 (6%)	0 (0%)	1 (3%)
	16 à 20	3 (18%)	1 (6%)	4 (12%)
	21 et plus	6 (41%)	5 (31%)	11 (36%)
	<i>Total</i>	17 (100%)	16 (100%)	33 (100%)
Nombre de thrombolyse effectuée depuis la mise en place de la procédure	Procédure non-complétée	0 (0%)	3 (19%)	3 (9%)
	1 à 2	9 (53%)	6 (44%)	15 (48%)
	3 à 5	6 (41%)	6 (38%)	12 (39%)
	6 à 8	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	8 et plus	1 (6%)	0 (0%)	1 (3%)
	<i>Total</i>	17 (100%)	16 (100%)	33 (100%)
Souvenir de cas traceur sélectionné	Oui	15 (88%)	8 (53%)	22 (71%)
	Non	3 (12%)	7 (47%)	9 (29%)
	<i>Total</i>	17 (100%)	16 (100%)	33 (100%)
Niveau de satisfaction des répondants dans l'exécution de la procédure (1 à 10)	5 à 6	0 (0%)	2 (25%)	2 (9%)
	7 à 8	7 (47%)	5 (75%)	12 (57%)
	9 à 10	7 (53%)	0 (0%)	7 (35%)
	<i>Total</i>	14 (100%)	7 (100%)	21 (100%)

4.3 Contexte de mise en œuvre

Le projet d'autonomie régionale en de gestion régional de la thrombolyse de la région de la Chaudière-Appalaches est le résultat de la réflexion d'un d'une idée qui a muri durant quelques années chez un neurologue de la région, qui avait comme souhait d'améliorer l'offre de service en maladies vasculaires et plus spécifiquement pour le volet traitement de l'AVC cérébral pour la population de la grande région de Chaudières Appalaches. Des échanges fréquents avec les internistes des centres primaires de la région ont donné du poids à cette idée. Avec la collaboration du RUIS de l'Université

Laval, de l'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches et en accord avec les médecins (neurologues et internistes) des quatre établissements de santé de la région, cette idée s'est concrétisée sur la base de et, répond à sept objectifs principaux:

1. Accroître la disponibilité du traitement par la thrombolyse pour les patients;
2. Permettre à la population d'être traitée à proximité de leur lieu de résidence;
3. S'assurer que le traitement appliqué dans les centres hospitaliers soit homogène;
4. Augmenter le taux de réussite des opérations de thrombolyse à travers une meilleure organisation régionale;
5. Offrir une autonomie supplémentaire aux centres primaires;
6. Favoriser la reconnaissance des activités des établissements par la population locale;
7. Réduire le fardeau économique et social lié à l'AVC ischémique.

Selon eux, avant l'initiation du projet, le traitement par thrombolyse n'était pas offert de façon équitable à l'ensemble de la population de la région, puisque ce type de traitement n'était pas disponible dans tous les CSSS. De plus, comme aucune standardisation de la procédure n'était vraiment établie entre les centres offrant le traitement, le succès de la thrombolyse pouvait varier considérablement selon les différents protocoles et les façons de faire en vigueur. L'uniformisation de la procédure, en plus d'offrir une accessibilité et un traitement de qualité à l'ensemble de la population, permettait aussi d'appliquer des mises à jour rapidement pour assurer son optimisation.

Dès le début du projet, il a été mentionné que la région possédait les éléments nécessaires pour sa réalisation optimale puisque ses quatre centres hospitaliers étaient intéressés à y participer et pratiquaient déjà la thrombolyse. Il importe de mentionner que la région de la Chaudière-Appalaches bénéficiait déjà d'un corridor de service de deuxième ligne cohérent et bien établi entre tous les CSSS sur son territoire, ce qui a favorisé la collaboration inter-organisationnelle. Bien qu'un projet préconisant la télé-thrombolyse soit actuellement en phase d'implantation dans certaines régions de la province du Québec, les responsables interviewés insistent sur le fait que le projet visant l'autonomie régionale en matière de thrombolyse n'est pas en concurrence avec le projet de télé-thrombolyse mais, au contraire, s'inscrit en complémentarité avec celui-ci. En effet, le premier permet à certaines populations de bénéficier de la thrombolyse dans les régions où l'établissement de corridors de service est difficile à établir, voire impossible tandis que le deuxième permet de maximiser les ressources locales pour offrir un traitement dans un contexte où une proximité physique relative et un leadership régional existent.

D'un point de vue économique, malgré le prix du traitement de thrombolyse (environ 1,500\$), les répondants croient que son utilisation entraînera des réductions au niveau des frais globaux liés aux épisodes d'AVC ischémique, essentiellement à cause du plus faible temps d'hospitalisation et de la réduction du recours et/ou de la durée de séjour en centres de réadaptation. Aussi, parce que le patient qui nécessite de tels soins transite uniquement via les structures matérielles déjà existantes de l'hôpital, aucun achat d'équipement spécialisé n'a été nécessaire. Comme des procédures comparables mais effectuées avec d'autres clientèles existaient préalablement avant même le début du projet (thrombolyse cardiaque), la mise en place de la nouvelle procédure a été facilitée, donc une économie de temps et d'argent à l'équipe d'implantation. Au-delà de l'aspect financier, le traitement se centre aussi sur l'humain par une intervention précoce dès le début des symptômes est perçu comme se traduisant par, en offrant l'opportunité de conserver une diminution de la mortalité et de la morbidité des patients.

Selon les décideurs, pour que la procédure puisse être implantée avec succès dans les autres régions du Québec, un leader doit impérativement être désigné dans le centre hospitalier de référence (secondaire). Celui-ci doit être en mesure d'assurer le leadership régional nécessaire à la bonne gestion du projet et d'orchestrer les opérations (formation, documentation des indicateurs de qualité, évaluation) de tous les centres hospitaliers participants. De plus, pour favoriser l'implantation d'un modèle régional de thrombolyse, des corridors de service fonctionnels doivent être établis d'emblée entre les partenaires des milieux pré-hospitaliers, hospitaliers primaires, hospitaliers secondaires et les autorités régionales pour garantir l'opérationnalisation du mécanisme de coopération inter-institution. Cette structure régionale de communication et de collaboration favorise la participation des différents acteurs à ce type de projet.

4.4 Contraintes et facilitateurs du point de vu des intervenants

Comme le discours des différents groupes professionnels n'aborde qu'une fraction de l'ensemble de la procédure et qu'aucun n'en possède de vision globale, les résultats qui suivent se concentrent sur les contraintes et facilitateurs à la mise en œuvre de la thrombolyse auprès de la clientèle AVC dans le cadre du projet d'autonomie régionale du point de vue de chacun d'eux.

4.4.1 Point de vue des ambulanciers

Les ambulanciers sont les premiers répondants à intervenir auprès d'un patient qui éprouve des difficultés de santé. Dans un contexte d'AVC, ils ont comme mission d'en faire le dépistage, de recueillir

certaines renseignements notamment quant à l'apparition des symptômes et d'alerter le centre hospitalier vers lequel ils doivent acheminer le patient. Toutefois, certains ambulanciers éprouvent parfois de la difficulté à obtenir des informations claires et justes sur le début de l'AVC ischémique chez la personne, à cause de certains symptômes inhérents à sa condition. De plus, quelques ambulanciers ne jugent pas bon d'investiguer davantage afin d'identifier des informations importantes (heure du début des symptômes par exemple), ne mesurant pas l'intérêt de ces données pour la suite des opérations. Dans cette situation particulière, il est du ressort de l'infirmière de l'aire de choc d'entrer en contact avec les proches de la personne malade afin d'obtenir ces données, puisque leur absence ou leur inexactitude peut avoir un impact significatif sur les délais « door to needle » et compromettre l'admissibilité de la personne au traitement par thrombolyse et même menacer son intégrité. En règle générale, les ambulanciers comprennent bien l'aspect chrono dépendant d'une opération de thrombolyse et font en sorte de rejoindre l'hôpital le plus rapidement possible en ayant consigné toutes les données nécessaires.

Des inconstances ont été observées dans la réalisation de certaines étapes de la procédure pré-hospitalière. Par exemple, la communication avec l'unité de coordination clinique des services pré hospitaliers d'urgence (UCCSPU) lors du transport d'une personne ayant un AVC ischémique apparaît parfois comme aléatoire et reposant sur le libre arbitre de l'ambulancier. Plusieurs ont affirmé que la consigne pour enclencher la communication avec l'UCCSPU est que « la distance patient-hôpital soit grande » sans toutefois définir la valeur de cette distance critique. D'autres ont, au contraire, affirmé qu'une prise en charge d'un patient atteint au niveau cérébral impliquait obligatoirement un appel à l'UCCSPU. Un autre élément surprenant, considérant que la procédure soit chrono dépendante, est que les ambulanciers ne se rendent pas tous à l'hôpital en mode « urgence » (absence de l'utilisation des gyrophares). Encore une fois, les critères décrits par les répondants pour l'utilisation des gyrophares fluctuent selon la personne interrogée. Malgré ces quelques variations, les ambulanciers se disent satisfaits des délais requis pour effectuer le transport d'un patient vers le centre hospitalier dans un contexte où le territoire à parcourir est étendu.

Les ambulanciers expliquent aussi devoir composer avec une multitude de problématiques qui se manifestent via différents symptômes. Étant donné qu'il arrive parfois qu'un même symptôme puisse être causé par plusieurs conditions, il incombe à l'ambulancier de pousser son investigation pour déterminer ce qui est en cause avec un patient donné. Par exemple, les participants expliquent que les manifestations de l'AVC ischémique peuvent être similaires à celles de l'hypoglycémie. Par conséquent, pour éviter d'enclencher la procédure de thrombolyse inutilement, la passation de l'échelle de Cincinnati

s'accompagne toujours de celui de la glycémie (inscrit dans la procédure). Toutefois, il n'est pas nécessaire, selon le protocole, d'effectuer la passation de l'échelle Cincinnati chez un patient chez qui l'on suspecte une hypoglycémie. Par conséquent, l'individu qui souffre d'une double problématique (hypoglycémie et AVC) risque de ne pas être pris en charge pour son AVC.

Les ambulanciers ont été les intervenants ayant reçu le moins de formation lors de l'élaboration de la procédure. Le « [flux de travail](#) » présent dans les documents de l'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, témoigne bien de cette situation, où l'ambulance est conceptualisée comme étant à l'extérieur du cadre de la procédure. Il y a eu une présupposition de leur connaissance de la pathologie, de l'intervention de thrombolyse et de la procédure régionale (absence de formation) et un manque de directives claires concernant certains éléments de la procédure.

Recommandation #4 : Considérant le caractère essentiel du maillon ambulancier pour la conformité de la procédure de thrombolyse, il est primordial que ces acteurs soient solidement formés et impliqués dans l'organisation régionale de service. De plus, l'uniformisation de certains processus notamment le dépistage de l'AVC et la rapidité de transport vers le centre hospitalier, devrait être établie formellement afin de permettre d'atteindre une qualité de service optimale. Un travail important d'organisation et d'arrimage au niveau préhospitalier est donc essentiel au succès d'un modèle régional de prise en charge de la thrombolyse.

4.4.2 Point de vue de infirmières au triage

Les infirmières au triage ont exprimé peu de problèmes par rapport à la procédure en lien avec le cas traceur discuté puisque pour elles, celle-ci s'insère normalement dans les tâches qu'elles ont à effectuer quotidiennement, ce qui peut contribuer à expliquer leur haut niveau de satisfaction en regard de la procédure. Selon leurs témoignages, il est facile d'interagir avec les ambulanciers, de faire la mise sous tension ou encore de recevoir les données sur l'état du patient à l'arrivée à l'urgence. Par ailleurs, une répondante critique la constitution du cahier de procédure qu'elle qualifie de «pêle-mêle » à cause du trop grand nombre de feuilles. Il semble d'ailleurs y avoir une confusion quant à savoir si la notion d'encodage relève de l'infirmière ou de l'ambulancier. Dans les situations où les ambulanciers n'ont pas pu discerner les manifestations de l'AVC, il semble que ce soit habituellement les infirmières au triage qui permettent de rattraper la situation, à la manière d'un « filet de sécurité », en ciblant certaines incohérences avec le diagnostic initial (2 répondants sur 5). Dans cette situation elles contactent l'urgentologue de garde pour valider leurs impressions et enclencher « tardivement » la mise sous

tension, aussi appelée alerte clinique ou « pré-alerte » par certains. Il apparaît que ce dernier terme est utilisé de façon variable par les intervenants, ce qui peut occasionner une confusion terminologique par rapport aux responsabilités de l'ambulancier.

4.4.3 Point de vue des infirmières de l'aire de choc

Les infirmières de l'aire de choc n'ont aucun problème à obtenir les informations sur les signes vitaux et les symptômes présentés par le patient de la part des ambulanciers lorsque de l'arrivée à l'urgence. La collaboration avec les médecins urgentologues et internistes dans le cadre des actes entourant la thrombolyse se déroule aussi très bien. Dans le but d'accélérer la procédure et de réduire les temps « door to needle » plusieurs d'entre elles ont pris l'initiative de préparer le matériel de thrombolyse dès le déclenchement de l'alerte clinique, avant même que le médecin (interniste ou neurologue) ne confirme l'admissibilité du patient au traitement par thrombolyse, sans toutefois procéder au mélange du médicament pour éviter de devoir le jeter s'il advenait que la procédure avorte. Malgré l'absence de pratique préalable, la préparation du médicament s'effectue correctement et les manipulations nécessaires sont considérées comme étant relativement simple.

4.4.4 Point de vue des urgentologues

Sur les quatre cas de thrombolyse considérés, deux sont survenus alors qu'aucun interniste n'était présent physiquement dans l'hôpital, situation qui, selon les urgentologues, allonge les délais. Il faut savoir que dans les centres hospitaliers où il n'y a pas présence sur place d'un interniste 24/7 (Montmagny, Thetford et Beauce), lorsqu'un cas d'AVC cérébral survient sans qu'aucun interniste ne soit présent dans l'établissement, le personnel doit attendre son arrivée pour : 1- passer le test du NIHSS; 2- analyser les résultats du tomodensitomètre avec le radiologue; 3- obtenir le consentement de la famille; 4- autoriser l'injection du médicament; 5- assurer un suivi. Parfois, l'interniste demeurait à une distance considérable de l'hôpital, ce qui était susceptible d'affecter les délais. Une solution proposée par les répondants pour permettre d'éliminer ces latences serait de permettre aux urgentologues d'effectuer la totalité des étapes des opérations de thrombolyse de façon autonome. Il faut savoir que selon les urgentologues, le Collège des médecins les autorise à pratiquer seul la thrombolyse cérébrale. C'est au niveau régional qu'il a été décidé que la procédure allait être réservée aux internistes/neurologues. La majorité des urgentologues interviewés considèrent posséder les compétences nécessaires pour effectuer une thrombolyse complète de manière autonome lorsque les internistes ne sont pas présents dans l'établissement. Cette opinion diffère chez les internistes, alors que certains répondants refusent

catégoriquement cette possibilité, et que d'autres, en se basant sur l'expérience de la thrombolyse cardiaque, estiment que dans un proche avenir, les urgentologues posséderont l'expérience et les connaissances nécessaires pour mener à bien une procédure de thrombolyse cérébrale.

Recommandation #5 : Il est important qu'une réflexion soit amorcée au niveau régional et suprarégional quant aux types de professionnels autorisés à superviser une opération de thrombolyse, et ce, tout en assurant la qualité de l'intervention en regard des critères de monitoring définis. L'absence de consensus sur les responsabilités professionnelles est susceptible de générer des délais ou des incohérences chez les médecins spécialistes quant au niveau de responsabilité qui incombe à chacun lors de la prise en charge des personnes ayant subi un AVC et nécessitant une thrombolyse..

Lorsque que l'interniste n'est pas présent dans l'établissement, certains urgentologues réclament le droit de discuter avec les familles pour obtenir leur consentement pour procéder à la thrombolyse, tâche actuellement réservé aux neurologues ou aux internistes, et ce, afin de réduire les délais « door to needle ». En effet, dans certain cas, les participants rapportent que la réflexion peut-être longue et que le fait d'avoir cette discussion précocement pourrait permettre de débiter la phase finale du processus de thrombolyse dès l'arrivée de l'interniste.

Une autre critique provenant majoritairement des urgentologues concerne la division des tâches dans le protocole. Selon eux, les tâches propres à chaque intervenant ne sont pas clairement définies et sont quelque peu « pêle-mêle », ce qui est susceptible d'engendrer de la confusion ou encore du chevauchements dans les tâches assignées pour chaque grande classe de professionnels. Ainsi, l'urgentologue se retrouve parfois à effectuer des tâches qui devraient être sous la responsabilité de l'interniste ou encore, l'infirmière de la salle de choc remplit des formulaires dont la complétion incomberaient aux médecins. Certains participants s'inquiètent aussi du niveau général de clarté des formulaires utilisés dans la procédure puisque selon eux, la densité des instructions et le style utilisé rend leur compréhension difficile. Ils réclament des phrases courtes et simples de type « sujet-verbe-complément ».

Recommandation #2 : La mise en place d'un modèle régional de gestion de la thrombolyse pour l'AVC devrait se traduire par l'implantation d'outils cliniques éprouvés (protocoles, formulaires, feuillet d'informations), clairs et bien arrimés les uns aux autres, selon le cheminement de la clientèle,

adaptables en fonction des effectifs et de la culture propre des milieux cliniques concernés. Une mise à jour devrait également être envisagée à moyen terme.

4.4.5 Point de vue des internistes⁷

Les internistes interrogés apprécieraient être contactés plus tôt pour être en mesure de rejoindre l'établissement plus rapidement lors de l'arrivée d'un patient éligible à la thrombolyse et ils demandent donc aux ambulanciers de lancer la préalerte dès qu'un score positif à l'échelle de Cincinnati positif est identifié, avant même de quitter les lieux de la prise en charge et non pendant le transport du patient. Ils aimeraient aussi obtenir de l'information sur la localisation géographique du véhicule d'urgence pour leurs permettre d'évaluer le temps nécessaire pour rejoindre l'établissement. Dans la majorité des cas, les internistes considèrent être en mesure d'effectuer l'ensemble de la procédure de manière autonome, sans la supervision d'un neurologue de l'Hôtel Dieu de Lévis (centre secondaire). En effet, mis à part de rares cas complexes, les opérations à effectuer sont perçues comme étant relativement simples. La collaboration avec le centre secondaire devient toutefois nécessaire, appréciée et facile lorsque le cas rencontré est complexe, mais elle se répercute sur les délais « door to needle ».

Notons que dans cette évaluation, seul un neurologue a été interviewé mais ce fut pour son implication dans le groupe des décideurs, puisqu'il a agi comme expert dans la mise en œuvre du projet que décideur et non en tant que soignant. Dans ces circonstances, le niveau d'appréciation des neurologues en lien direct avec l'exécution de la procédure n'a pu être considéré.

4.5 Principaux déterminants de l'intervention

Globalement, les répondants se disent positifs face à la nouvelle procédure de thrombolyse pour les personnes ayant un AVC. La nouvelle façon de faire optimise l'organisation des tâches des différents professionnels impliqués et clarifie leurs rôles et responsabilités.

« La procédure ça nous facilite la vie là. Tu sais le radiologiste avant il n'était pas appelé si on avait des doutes. Maintenant il y en a plus de doute, tout se fait automatiquement, on n'a jamais à attendre après personne. » (Interniste)

⁷ Pour des raisons hors de notre contrôle, aucun des quatre neurologues concernés n'a pu prendre part aux entretiens liés aux cas traceurs.

Après avoir expérimenté la procédure à quelques reprises et constaté son effet sur les délais « door to needle » ainsi que son haut niveau d'efficacité, le personnel soignant semble avoir développé une opinion très positive. Il semble donc y avoir une forte adhésion de l'ensemble de l'équipe face aux nouvelles mesures appliquées.

« J'ai une opinion positive. Comme je te dis, en rentrant dans les 46 minutes, avec un patient, avec ce protocole, moi je trouve ça merveilleux. J'ai juste du positif avec ce protocole-là. » (Infirmière de l'aire de choc)

Les différents groupes de professionnels étaient, dès le départ, conscient des faiblesses de l'ancienne façon de faire. Lorsque les responsables ont annoncé la mise en place d'un comité pour optimiser la procédure de thrombolyse pour les personnes ayant un AVC, les objectifs du projet étaient déjà clairs chez le personnel soit : « de s'assurer que la personne ayant un AVC ischémique potentiellement thrombolysable, puisse passer les différentes étapes du processus thérapeutique (tomodensitométrie, prises de sang, discussions avec la famille, injection du médicament) dans un temps relativement court afin d'augmenter ses chances d'optimiser l'efficacité du traitement. Parce que chacun des intervenants représente un maillon essentiel à la bonne réussite du processus, tous sont conscients de l'aspect interdépendant de leurs interventions.

« C'est rapide, les gens collaborent très bien. Personne ne se fait tirer l'oreille pour intervenir, tout le monde arrive rapidement. La médecine interne arrive tout de suite, on libère le taco au plus vite, le laboratoire met les tubes en priorité sur tout. On est sur la « fast track » sur tout. » (Infirmière au triage)

La majorité des répondants considèrent que la procédure est bien construite et adéquatement optimisée pour réduire au minimum les délais « door to needle », qu'elle est parfaitement compatible avec les effectifs matériels et humains des différents établissements impliqués, et par conséquent, personne ne croit que cette procédure requiert des modifications en profondeur. Le vocabulaire utilisé pour décrire les avantages de la nouvelle procédure tourne autour des concepts de la vitesse (rapide, moins de délais, « fast track »), et de l'efficacité (collaboration, mieux encadré, automatiquement). Les critiques formulées concernent davantage la « forme » du protocole: quelques personnes réclament des cahiers de procédures constitués de phrases beaucoup plus concises et de vocabulaire simple pour en

faciliter la compréhension; ou encore que les formulaires à remplir soient mieux ordonnés et plus clairs. Pour ce qui est de l'utilisation du cahier de procédure, les opérations de thrombolyse demeurant une intervention relativement rare et donc espacées dans le temps (les intervenants la pratique en moyenne une fois aux deux mois), l'ensemble des participants ne se croit pas encore suffisamment compétent pour exécuter l'ensemble de leurs tâches de mémoire et estime donc en avoir encore besoin à chaque intervention.

Lorsqu'ils se projettent dans le temps, les répondants prévoient que les délais « door to needle » seront nettement réduits dans un futur proche et qu'il oscillera aux alentours de 38 minutes. Selon eux, une fois que l'ensemble des étapes de la procédure sera bien intégré, par tous les professionnels, les nombreux délais rencontrés tendront à disparaître pour laisser place à des actions plus performantes.

Malgré l'opinion positive unanime des participants quant à la performance de la nouvelle procédure, lorsqu'il est question de la finalité de l'intervention pour le patient les opinions ne sont pas aussi homogènes. Il semble que la position soit à la fois intimement liée aux expériences vécues par les professionnels en lien avec les réactions des patients ayant reçus le médicament, mais qu'elle soit aussi influencée par les statistiques des articles scientifiques qui ont été utilisés dans les démonstrations.

« Si je me base sur les éléments qui nous ont été présentés, j'y crois [au traitement par thrombolyse]. Mais selon mon propre point de vue, ça n'a pas encore valu la peine de le faire. Y'en a deux qui sont finalement décédés alors que l'autre était un autre diagnostic. Mais selon les statistiques, oui. Si j'avais un AVC et que je pouvais l'avoir, j'aimerais avoir la thrombolyse. » (Infirmière au triage)

Les répondants, malgré un taux de réussite qui n'est pas toujours aussi élevé que ce qui était attendu, sont toutefois surpris face à l'amélioration spectaculaire de la condition des patients lorsque le traitement s'avère efficace. Cette puissance thérapeutique les amène à favoriser une utilisation de la thrombolyse plutôt que d'un traitement alternatif. La majorité des participants ont aussi mentionné que dans le cas où ils seraient eux-mêmes victimes d'un AVC ischémique, ils voudraient recevoir l'Altéplase selon un traitement encadré par la nouvelle procédure.

Recommandation #1 : Afin de favoriser l'adhésion des membres à la procédure, et ce, sur l'ensemble du territoire de la région 12, il est recommandé de développer une stratégie de communication mettant en évidence les avantages documentés et perçus de cette intervention aux

Intervenants impliqués, en insistant notamment sur ses avantages immédiats pour les personnes ayant subi un AVC ainsi que ses répercussions potentielles sur l'ensemble des sphères de leur vie.

Bien que l'intervention soit chrono dépendante, donc fortement liée à la rapidité des opérations de l'équipe, l'ensemble des répondants considère avoir suffisamment de temps pour effectuer leurs tâches de manière efficace et sécuritaire. Cela laisse supposer que l'étape de consultation, effectuée par différents professionnels, pour identifier les différentes séquences ainsi que le temps nécessaire à chacune d'elles a été accomplie correctement.

Avant de thrombolysier un patient, le médecin doit préalablement obtenir son consentement pour procéder. Toutefois, dans le cas d'un AVC ischémique sévère, lorsque la personne n'a pas les capacités cognitives nécessaires pour prendre une décision de façon autonome, c'est vers la famille que l'équipe doit se tourner pour expliquer les risques inhérents à l'intervention car chaque famille possède un bagage culturel différent. Afin de simplifier les données scientifiques exprimées, le personnel d'un centre hospitalier a modifié l'outil « d'aide à la décision » inclus dans le protocole. Au lieu d'utiliser du vocabulaire médical et des données statistiques, ils ont conçu un tableau permettant de visualiser rapidement les risques et les bénéfices d'une thrombolyse. Ils ont aussi bonifié son contenu en se basant sur des données américaines.

« On a mis en place un système de vignettes de couleur. C'est vraiment bien, c'est super visuel. [...] Parce que les données qu'on avait étaient beaucoup trop complexes à expliquer dans le feu de l'action pour plusieurs personnes qui ont peut-être un secondaire 3 ou même pas. Nous on trouvait que ça n'avait pas de bon sens. Avec ces données-là, les familles comprennent mieux. » (Urgentologue)

Bien que cette initiative puisse être facilitante pour les familles il faudrait s'assurer d'harmoniser les données qui circulent d'un centre hospitalier à l'autre afin d'en vérifier l'exactitude et de s'assurer de dresser un portrait complet des avantages/désavantages d'une telle opération.

Recommandation #7 : La procédure de thrombolyse doit être conçue pour être orientée vers la personne-famille. Le modèle régional doit favoriser une communication simplifiée et vulgarisée afin de fournir une information claire au patient et à sa famille, dans un langage adapté à leur niveau de littéracie. L'utilisation d'outils adaptés pour favoriser la compréhension doit être consolidée. De plus,

les soins liés à l'épisode de thrombolyse ne doivent pas être présentés comme une finalité mais plutôt comme une étape d'un processus de soins global qui considère l'ensemble des besoins de l'individu.

Certaines interrogations ont été émises à propos de la capacité de l'échelle de Cincinnati à détecter l'ensemble des manifestations d'un AVC ischémique. Bien qu'il soit simple à opérer et efficace dans la majorité des cas rencontrés, dans certaines situations exceptionnelles le test a échoué à identifier l'AVC (essentiellement lorsque les manifestations sont concentrées dans le bas du corps, alors que le test focalise sur le haut du corps). Il faudrait sensibiliser les différents intervenants sur les limites de l'échelle de Cincinnati (ne pas focaliser uniquement sur le score obtenu) et les amener à se questionner davantage sur les différents symptômes observés. De plus, même si le score obtenu est « positif », rien n'indique que la personne souffre forcément d'un AVC, puisque ce test n'est pas en mesure de différencier certains types de paralysie qui ont des manifestations similaires (paralysie de Bell par exemple). Il peut donc arriver que la pré-alerte soit lancée pour un AVC présumé qui s'avère ne pas en être un par la suite.

4.6 La formation un déterminant essentiel du processus

Plusieurs répondants, essentiellement des infirmières, considèrent que la formation pour se familiariser avec la procédure est pertinente et utile. Malgré son caractère concis, ils jugent avoir obtenu l'ensemble des informations nécessaires pour être en mesure d'effectuer leurs tâches adéquatement. Les documents fournis lors des activités de formation sont aussi perçus positivement puisqu'ils offrent une référence complémentaire pour comprendre les informations transmises par le formateur, et qu'ils permettent de consulter les renseignements ultérieurement à des fins de rappel. Dans de nombreux cas, le délai entre la formation de la première intervention était de plusieurs mois.

Dans l'ensemble, les répondants considèrent que l'intervention est relativement simple et généralement facile à exécuter. Toutefois, certaines subtilités de la procédure, par exemple lors de la détection de l'AVC ischémique et de l'évaluation des données relatives aux débuts des symptômes, compliquent la tâche des intervenants. Dans la majorité des cas étudiés, les manifestations de l'AVC étaient claires ce qui conduisait les professionnels (habituellement les ambulanciers) à rapidement suspecter la pathologie, à employer l'échelle de Cincinnati, et à enclencher la pré-alerte. Mais dans d'autres cas rencontrés, où l'expression de l'AVC était nébuleuse, d'autres pathologies ont été considérées à tort comme étant la source du problème. Malgré leur rôle capital dans la procédure, les

ambulanciers affirment ne pas avoir reçu de formation spécifique en lien avec la procédure, mais simplement un mémo de leur employeur les invitant à effectuer une pré-alerte lorsqu'ils prennent en charge un patient ayant un score positif à l'échelle de Cincinnati. Il y aurait donc eu une présupposition de leur capacité à détecter l'AVC ischémique. Ce manque de formation des ambulanciers et l'absence de balises claires génèrent un flou sur différents aspects entourant la phase pré hospitalière ce qui à terme peut avoir des impacts sur les délais et par conséquent sur la possibilité des patients à bénéficier de la thrombolyse.

Du côté des médecins, la formation ne semble pas une activité jugée nécessaire. Soit ils considèrent posséder initialement les connaissances requises, soit l'intérêt général n'est pas au rendez-vous :

« Non [je n'ai pas reçu de formation]. On en a parlé en réunion de service, on nous a invité à en prendre connaissance, mais on ne l'a pas étudié en profondeur. Je ne crois pas que ce soit nécessaire non plus. Je ne crois pas que le taux de participation serait élevé non plus. (Urgentologue)

Recommandation #8 : Une formation structurée et continue, comprenant la remise d'une documentation complémentaire sur les processus établis, représente un mécanisme d'implantation minimal dans la mise en place d'un modèle régional de thrombolyse. Cette formation devrait être offerte à l'ensemble des intervenants incluant les ambulanciers, mais il est possible qu'un mécanisme de formation parallèle doive être adapté pour rejoindre les médecins et les informer sur les aspects du processus.

À la question : « Selon-vous, quels seraient les éléments essentiels à considérer dans le cadre du projet d'implantation de la thrombolyse? » une forte majorité des répondants (23 sur 25) mettent l'accent sur une solide formation comme solution à la réussite de l'implantation dans les autres régions du Québec. Selon eux, un apprentissage adéquat préalable permettrait d'améliorer la performance de l'équipe, la collaboration entre les professionnels, de diminuer les délais, d'uniformiser les pratiques et, finalement, améliorer les soins offerts aux patients.

Certains répondants critiquent aussi le manque de formation continue pour les nouveaux professionnels qui intègrent l'équipe de l'urgence. Le haut taux de roulement du personnel à l'urgence (départ à la retraite, rotation dans les postes) rendrait difficile le développement de compétences en

cours d'emploi. À long terme, cette situation pourrait menacer l'autonomie d'un centre hospitalier à offrir la thrombolyse à cause d'une pénurie de personnel qualifié pour l'exécuter convenablement. Des critiques ont aussi été exprimées concernant l'absence de simulation à la suite de la formation, qui auraient permis aux professionnels de mieux s'approprier le protocole, de réduire le niveau de stress lors de la première tentative et de favoriser l'intégration des connaissances.

Recommandation #3 : Considérant l'importance de l'expertise qui est acquise par les professionnels au fil des traitements de la thrombolyse, il serait pertinent de statuer sur le volume d'intervention minimum à atteindre annuellement afin d'assurer le maintien de l'expertise à l'intérieur d'un établissement régional ainsi que pour développer de nouvelles compétences. Dans le cas où ce volume ne serait pas atteint, des mises à jour pourraient être offertes au personnel concerné ou d'autres mesures compensatoires pourraient être envisagées. Toutefois, la présente évaluation ne permet actuellement pas de se prononcer sur le volume d'exposition requis pour assurer une familiarisation avec la procédure.

4.7 L'implantation

De manière générale l'implantation de la procédure dans les centres hospitaliers a été perçue positivement par les répondants. Elle s'est déroulée de façon progressive sans brusquer qui que ce soit. L'identification claire des objectifs dès le début du projet, a permis au personnel hospitalier de bien saisir l'importance des différentes phases inhérentes à la mise en place de la procédure. Pour eux, la possibilité d'effectuer la thrombolyse dans l'ensemble des hôpitaux de la région de la Chaudière Appalaches allait de soi, et ce, autant à Lévis (qui offrait déjà ce type de traitement, mais qui a amélioré les délais grâce à la procédure) que dans les trois autres centres.

Un des éléments qui ressort des discours est que peu d'intervenants ont été concernés directement dans la planification de l'implantation de la procédure. Selon eux [ils ne sont pas certains] ce serait leur chef de service qui aurait été mis à contribution dans ce projet; cependant, ils ne considèrent pas que l'absence de consultation de l'équipe de terrain soit un facteur nuisant à la qualité du projet. Globalement, ils se disent satisfaits du travail effectué par les décideurs considérant la procédure implantée comme frôlant la perfection.

« Écoute, je te dirais que les cas que j'ai eu dernièrement ça été très très bien. Ça c'est fait assez rapidement, il n'y a pas eu de gros bug. Quelque chose à améliorer? Non je pense que c'est ça. Une fois qu'ils sont arrivés [les ambulanciers], ça a roulé rondement là, le taco c'est pratiquement direct, la lecture se fait très vite. » (Interniste)

Recommandation #6 : Advenant le déploiement d'un modèle régional de gestion de la thrombolyse, il est important qu'un établissement de niveau secondaire serve de référence pour les centres primaires impliqués. Les fonctions du centre secondaire pourront être multiples, notamment en lien avec l'offre de l'expertise pour les cas complexes et d'un suivi en matière de formation et d'assurance qualité pour cet acte médical..

Recommandation #9 : Afin de faciliter l'introduction de la nouvelle procédure à l'échelle nationale, chaque région doit nommer un leader pouvant remplir les trois fonctions suivantes: 1- Assurer la préparation initiale des professionnels (Pré); 2- Coordonner l'instauration de la procédure (Per); 3- Maintenir sa pérennité dans le temps (Post).

5 Conclusion

Dans l'ensemble, le processus visant à consolider l'autonomie déjà présente dans les quatre centres hospitaliers de la région de la Chaudière-Appalaches dans l'administration de la thrombolyse a été un succès, considérant le haut niveau d'implication des différents partenaires, les performances « door-to-needle » enregistrées, les commentaires positifs recueillis, l'introduction du patient comme partenaire du processus de soin, l'utilisation efficiente du corridor de service en place, l'efficience et le professionnalisme des acteurs concernés à effectuer les tâches qui leur incombent. Aucune résistance n'a été observée de la part des différents groupes de professionnels vis-à-vis les différents aspects qui composent la procédure. Dans de nombreux cas, les éléments défailants enregistrés étaient hors du contrôle des répondants (difficulté à l'installation de cathéter IV, présence d'artéfact sur les images de la tomodensitométrie). Les éléments qui ont été critiqués durant les entrevues sont somme toute mineurs et ne mettent pas en péril l'intégrité de la procédure ou l'autonomie de la région.

Par conséquent, l'équipe d'évaluation considère que la région de la Chaudière Appalaches maîtrise l'ensemble des déterminants qui sont nécessaires à l'obtention du statut d'« autonomie régionale » dans l'offre de service à la clientèle AVC requérant une thrombolyse, en fonction des critères qui avaient été convenus au départ (Bouchard & Garon, 2013). Notons que l'évaluation n'a toutefois pas directement permis d'apprécier les liens de collaboration entre le centre secondaire et le centre tertiaire de son RUIS.

Voici quelques éléments qui seraient à améliorer :

- Unanimement, les répondants considèrent les ambulanciers comme un chaînon capital dans la procédure puisqu'ils ont la responsabilité d'identifier les symptômes reliés à l'AVC ischémique et d'amorcer la procédure pré hospitalière. Pour remédier à quelques lacunes, il faudrait convenir de normes plus strictes (rôle de l'UCCSPU et le déplacement en urgence) et d'assurer une formation.
- Dépendamment des enjeux sociopolitiques en présence, il faudrait considérer l'option d'étendre le pouvoir d'opération des urgentologues à l'ensemble de la procédure de la thrombolyse si, évidemment, ils ont les connaissances requises pour la mener à bien et l'intérêt de la pratiquer.
- Assurer une continuité dans la formation du nouveau personnel infirmier qui intègre l'urgence et offrir des mises à niveaux en fonction des modifications apportées à la procédure.

Dans le contexte de la récente adoption du projet de loi 10 qui prévoit la création d'établissements régionaux, ces résultats gagneront à être considérés dans les nouvelles structures de gouverne.

6 Références

- Bouchard, A., & Garon, R. (2013). Stratégie de soutien à l'implantation et de monitoring dans le cadre du projet de téléthrombolyse. Prise en charge de la phase hyper aiguë de l'AVC et téléthrombolyse. Document interne : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- CHUQ (2014). L'assurance-qualité, enseignement ou développement méthodologique (AQEM), http://www.chuq.qc.ca/fr/la_recherche/presente_projet/preparation_dossier_recherche.htm
- Damschroder, L., Aron, D., Keith, R., Kirsh, S., Alexander, J., & Lowery, J. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(1), 50.
- Haute autorité de santé (2012). *La méthode du patient traceur*. HAS Certification & Actualités, 5.
- Haute autorité de santé (2013). *La méthode du patient-traceur en établissement de santé : méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins*. HAS.
- Hornby, P., & Symon, G. (1994). Tracers studies. In C. Cassel et G. Symon (Eds.) *Qualitative Methods in Organisational Research: A Practical Guide*. London: Sage Publications.
- Kergoat, M.-J. (2008). *Étude de la qualité des soins et des services gériatriques hospitaliers par le cas traceur des chutes*. Centre de recherche IUGM.
- Paquette, D. (2005). L'étude des documents écrits par la méthode des traceurs. *Recherches qualitatives*, 2, 62-69.

7 Annexes

1 Annexe 1: The Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)

I. Caractéristiques de l'intervention

La composante « Caractéristiques de l'intervention » renferme de nombreux éléments qui interagissent entre eux. Elle peut être conceptualisée en deux composantes distinctes : la première, représentée par un « noyau », regroupe tous les éléments stables, essentiels et indispensables à sa mise en œuvre, la deuxième, représentée par une « périphérie », rassemble les éléments modifiables ou adaptables comme la structure, l'organisation, ou le système vers lequel l'implantation est destinée.

A. La source de l'intervention	La perception des intervenants quant à savoir si l'intervention a été développée à l'externe ou à l'interne.
B. La validité et la qualité des données scientifiques qui appuient les recommandations	Les perceptions des intervenants sur la qualité et la validité des données scientifiques et la conviction que l'intervention aura le résultat escompté.
C. Les avantages	La perception des intervenants quant aux avantages de l'implantation d'une intervention particulière par rapport aux autres alternatives.
D. L'adaptabilité	Le degré avec lequel une intervention peut être adaptée, ajustée, raffinée, ou réinventée, afin de correspondre aux besoins propres d'un groupe.
E. L'expérimentation	La possibilité de tester l'intervention à une petite échelle de l'organisation, et pouvoir renverser le processus (durant l'implantation) si désiré.
F. La complexité	Les difficultés perçues de l'implantation comme: la durée, la portée, le niveau de radicalité, la perturbation, la centralité, la complexité, et le nombre d'étapes nécessaires pour l'implantation.
G. La qualité de la conception et de la mise en forme	La perception de la qualité de la présentation, du support, et de son assemblage.
H. Les coûts	Les coûts associés à l'intervention et à l'implantation, ce qui inclut les investissements, le matériel, et les coûts d'opportunité.

II. Environnement externe

L'environnement externe inclut les contextes économiques, politiques et sociaux d'une organisation spécifique à qui l'implantation est destinée.

A. Les besoins et les ressources du patient	Dans quelle mesure les besoins des patients, ainsi que les obstacles et les facilitateurs associés sont connus et priorités par l'organisation.
B. Le cosmopolitisme	Le degré de réseautage d'une organisation avec les autres organisations
C. La pression des pairs	La pression induite par le « besoin » d'imiter ses collègues ou par la compétition dans le processus de l'implantation d'une intervention. Habituellement parce que les processus précédents de l'organisation entrent en concurrence avec les nouveaux.
D. Les motivations et les politiques externes.	Un vaste concept qui englobe des stratégies externes pour diffuser les interventions, y compris la politique et la réglementation (gouvernementale ou autre entité), les mandats, les recommandations et les guides de pratique, la rémunération au rendement, la collaboration et les rapports publics ou de référence.

III. L'environnement interne

L'environnement interne considère les caractéristiques du contexte politique, culturel et structurel dans lesquels l'implantation aura lieu.

A. Caractéristiques structurelles	L'architecture sociale, l'âge, l'échéance, et la taille de l'organisation.
B. La communication et les réseaux	La nature et la qualité du tissu social, la nature et la qualité des communications formelles et informelles au sein d'une organisation.
C. La culture	Les normes, les valeurs, les présupposés d'une organisation
D. Le climat de l'implantation	La capacité d'absorption du changement, la réceptivité partagée des personnes concernées pour une intervention et la mesure dans laquelle l'utilisation de cette intervention sera récompensée, soutenue, et attendue au sein de l'organisation.
1. La tension face au changement	Le degré avec lequel les intervenants perçoivent la situation actuelle comme étant intolérable ou nécessitant des changements
2. La compatibilité	Le degré de concordance entre le sens et les valeurs liés à l'intervention des personnes concernées, de quelle manière elles sont alignées avec les normes individuelles, les valeurs, la perception des risques et des besoins, et de quelle manière l'intervention correspond aux flux de travail et aux systèmes existants.
3. La priorité relative	Perception partagée des individus sur l'importance de l'implantation à l'intérieur de l'organisation

4. Les motivations et les récompenses de l'organisation	Les incitatifs comme les prix, les évaluations de rendement, les promotions et les augmentations de salaires, et les incitatifs moins tangibles tels qu'une augmentation du prestige ou du respect.
5. Les buts et les réactions	Le niveau de clarté avec lequel les buts sont communiqués, sollicités, et renvoyés au personnel et qu'ils coïncident avec les objectifs.
6. Le climat d'apprentissage	Un climat dans lequel: a) les dirigeants expriment leur difficultés et sollicitent l'aide et la contribution des membres de l'équipe; b) les membres de l'équipe se sentent essentiels, appréciés, et compétents dans le processus de changement; c) les personnes ont de l'assurance à essayer de nouvelles méthodes, d) il y a suffisamment de temps et d'espace pour la réflexion et l'évaluation.
E. Être prêt pour l'implantation	Des indicateurs tangibles et immédiats de l'engagement des organisations à implanter une intervention.
1. L'engagement et le leadership	L'engagement, l'implication, la responsabilité des dirigeants et gestionnaires pour assurer l'implantation.
2. Les ressources disponibles	Le niveau de ressources dédiées à l'implantation en cours, comme l'argent, la formation, l'éducation, l'espace et le temps.
3. L'accès aux connaissances et aux informations	La facilité d'accès à de l'information et des connaissances accessibles sur les interventions et la manière de les incorporer dans une tâche de travail

IV. Les caractéristiques des personnes

Les individus ne sont pas de simples réceptifs passifs que l'on peut bourrer avec de nouvelles informations, mais incorporent une certaine mentalité culturelle, organisationnelle, professionnelle et individuelle. Ce sont ces éléments qui sont considérés dans le domaine « les caractéristiques des individus »

A. Les connaissances et les croyances sur les interventions	Les attitudes des individus envers les valeurs transmises par l'intervention, ainsi que leur niveau de familiarité avec les informations, les vérités et les principes liées à l'intervention.
B. L'auto-efficacité	Les croyances des individus envers leurs propres capacités à exécuter un plan d'action pour atteindre les objectifs de l'implantation
C. Étape individuelle vers le changement	Une phase qui caractérise l'individu qui progresse vers l'acquisition de compétences qui soutiennent l'utilisation de l'intervention

D. Son identification personnelle à l'organisation	La manière avec laquelle l'individu perçoit l'organisation et ses relations, et son degré d'engagement dans l'organisation
E. Les autres attributs personnels	Éléments qui incluent les autres traits personnels comme le niveau de tolérance aux sujets ambigus, les habiletés intellectuelles, la motivation, les valeurs, les compétences, la capacité, et le style d'apprentissage adopté.

V. Processus

Une implantation réussie nécessite habituellement la mise en place d'une structure bien coordonnée et bien ciblée, afin d'atteindre l'ensemble des niveaux concernées (individuels et organisationnels). Cette réussite est aussi le résultat d'une série de sous-processus qui surviennent de manière planifiée ou spontanée, conscients ou inconscients, linéaires ou non-linéaires et se produisent sur l'ensemble des niveaux du processus.

A. La planification	Le niveau avec lequel un système, une méthode ou une tâche de l'implantation est élaborée à l'avance et la qualité des méthodes.
B. L'engagement	Attirer et impliquer les bonnes personnes pour implanter une intervention à travers une combinaison de stratégies provenant du marketing social, de l'éducation, de l'entraînement, ou autres formations connexes.
1. Les options des décideurs	Individus dans une organisation qui possèdent une influence sur les attitudes et les croyances de leurs collègues à l'égard de l'implantation de l'intervention
2. Nommer formellement des chefs pour gérer la mise en œuvre interne	Des individus provenant de l'intérieur de l'organisation qui ont été formellement nommés et qui détiennent un rôle de coordonnateur, de gestionnaire, de chef, ou un rôle similaire.
3. Les champions	Les personnes qui se consacrent à supporter, faire la promotion, favoriser l'implantation, qui surmontent l'indifférence ou font face à la résistance au sein d'une organisation.
4. Les externes	Les individus qui sont affiliés à une entité extérieure à l'organisation et qui influencent ou facilitent la prise de décision pour favoriser l'implantation
C. Les exécutants	Réaliser ou accomplir la mise en œuvre du plan.
D. L'évaluation	Les rétroactions quantitatives ou qualitatives sur l'état d'avancement des progrès, accompagnées d'un compte rendu de l'équipe régulière sur les progrès perçus et de l'expérience.

Les domaines et les facteurs qui les composent, représentent une boîte à outil qui sera utilisée ultérieurement pour la construction d'une grille d'entrevue. En fonction des objectifs visés, ce n'est pas l'ensemble des éléments qui seront considérés, mais uniquement ceux qui auront la capacité d'éclairer notre objet d'évaluation.

2 Annexe 2 : Guides d'entrevues qualitatifs adaptés selon chaque profession

Ambulanciers ou TAP (techniciens ambulanciers paramédicaux)

1. L'incident critique selon le patient traceur

- 1.1 Avez-vous reçu et consulté l'incident critique que nous vous avons envoyé? Est-ce que vous vous souvenez de toutes ces étapes?
- 1.2 Sur une échelle de conformité qui s'échelonne de 1 à 10, 10 étant la perfection, combien donneriez-vous à cette intervention? Pourquoi? Était-elle conforme à ce qui était prévu?
- 1.3 Quelle était la distance approximative entre le lieu où se trouvait le patient et le centre hospitalier?
- 1.4 Dans quel état était le patient lorsque vous l'avez rencontré? Y avait-il des particularités?
- 1.5 Est-ce que vous lui avez fait des tests? Lesquels?
- 1.6 Est-ce que vous lui avez fait un test de glycémie?
- 1.7 Supposons que le test de glycémie soit positif, que faites-vous? (Est-ce que vous traitez le patient uniquement pour la glycémie ou vous investiguez davantage?)
- 1.8 Est-ce qu'il est facile d'obtenir des informations précises de la personne (depuis quand les symptômes sont apparus par exemple)?
- 1.9 Est-ce que vous avez alerté le centre hospitalier de l'arrivée possible d'un patient AVC (infirmière au Triage)? Quelles informations vous lui avez-vous fourni? (sexe du patient, âge, symptômes, échelle Cincinnati positive ou négative, heure prévue d'arrivée)?
Que pensez-vous du médium utilisé pour la communication avec le centre hospitalier?
- 1.10 Est-ce que vous avez contacté l'UCCSPU? Pourquoi? Quelles informations lui avez-vous fourni (électrocardiogramme) ou obtenu (suivi durant le transport)?
- 1.11 Avez-vous le matériel nécessaire en main pour faire face à ce type d'intervention (échelle de Cincinnati par exemple)?
- 1.12 Avez-vous eu besoin de vous référer aux protocoles durant la prise en charge du patient sur les lieux de l'incident? Sont-ils faciles à consulter (informations offertes, organisation de l'information)?
- 1.13 Est-ce qu'il y a des éléments de la procédure qui ont été plus difficile à intégrer par l'équipe? (Des habitudes qui ont été difficile à briser?)

- 1.14 Quand vous êtes arrivé à l'hôpital est-ce que quelqu'un (infirmière, médecin) vous a reçu immédiatement? Comment s'est effectué le transfert des informations?
- 1.15 Selon vous, est-ce que les délais pour effectuer la liaison du patient jusqu'à l'hôpital étaient adéquats? Avez-vous utilisé vos gyrophares (les déplacements ont-ils été fait en urgence)? Pourquoi?
- 1.16 Malgré le fait que cette opération soit [chrono dépendante] donc fortement liée à la rapidité du personnel, jugez-vous avoir suffisamment de temps pour exécuter vos opérations de manière sécuritaire? (par exemple, devez-vous courir, avez-vous le temps de jeter les détritus dans les poubelles, etc...?)
- 1.17 Si vous pouviez changer quelque chose dans cette procédure, quelles mesures mettriez-vous en place pour l'améliorer?

2. L'intervention

- 2.1 De façon générale, quelle est votre opinion concernant la procédure pour la thrombolyse (avantages, alternatives)? Avant que la nouvelle procédure ne soit implantée, est-ce que vous jugiez qu'elle nécessitait des changements (est-ce que la procédure était attendue ou demandée?)
- 2.2 Personnellement, est-ce que vous croyez aux avantages du traitement par la thrombolyse? (I-C)
- 2.3 Depuis l'implantation de la procédure est-ce que vous (ou votre équipe) avez modifié certains de ses aspects dans le but de l'améliorer (opérations [même infimes] que vous accomplissez pour gagner des secondes)? Auriez-vous le droit de le faire? (I-D)
- 2.4 Que pourrait-être un temps optimal [Door to needle] pour une procédure de thrombolyse dans votre établissement?
- 2.5 Considérez-vous que votre opinion ou celle des gens de votre profession a été considérée pendant la mise en place de la procédure? (I-D)
- 2.6 Que pensez-vous du niveau de complexité lié à l'implantation de la procédure (durée, le nombre d'étapes, etc.)? (I-F) Considérez-vous que l'implantation s'est bien déroulée?
- 2.7 Comment s'est déroulée la formation? Jugez-vous que la formation spécifique pour la thrombolyse était adéquate pour effectuer la procédure efficacement? Croyez-vous que l'ensemble de l'équipe était bien formée?

- 2.8 Est-ce qu'il y a des éléments de la procédure qui ont été plus difficile à intégrer par l'équipe?
(Des habitudes qui ont été difficile à briser?)
- 2.9 Croyez-vous qu'une simulation pratique pourrait être utile?
- 2.10 Est-ce que vous croyez que cette intervention répond à un réel besoin des personnes avec un AVC ischémique? (II-A) Est-ce que vous croyez que les bénéfices liés à l'implantation de la procédure l'emportent sur les coûts?

3. L'environnement externe

- 3.1 Depuis l'implantation de la procédure, est-ce que votre travail a été évalué?

4. L'environnement interne

- 4.1 Est-ce que vous considérez que l'ensemble de votre équipe participe activement au processus d'implantation de la procédure? (III-D) Considérez-vous que l'ensemble de l'équipe est compétente?
- 4.2 Est-ce que vous considérez que la procédure est compatible avec l'ensemble du travail que vous devez effectuer au quotidien? (III-D.2)
- 4.3 Est-ce que vous jugez que les objectifs du projet de thrombolyse sont identifiés clairement et connus de tous? (III-D.6)
- 4.4 Avez-vous reçu une formation pour l'introduction de la nouvelle procédure? (combien de temps a-t-elle duré?) Considérez-vous que l'information reçue pour la préparation à l'implantation était adéquate? (III-D.6) Est-ce qu'il est facile de trouver des réponses à vos questions? (III-B)
- 4.5 Que pensez-vous des documents mis à votre disposition afin de vous permettre de vous orienter et de vous informer sur la procédure (présentation, vocabulaire utilisé, le support, etc.)? Que pensez-vous de l'information donnée par les neurologues (Présentation avec diaporama faite par la chef du département de neurologie.)? (I-G)
- 4.6 Croyez-vous que l'implantation est survenue à un bon moment? (Timing, priorités, besoins)

5. Les caractéristiques des individus

- 5.1 Croyez-vous avoir les compétences ou les habilités nécessaires pour exécuter les tâches qui vous sont assignées dans le cadre du projet? (IV-B)

5.2 Au fil des opérations de thrombolyse, avez-vous l'impression de vous améliorer? Est-ce la même chose pour l'équipe? Comment s'est déroulé le premier cas de thrombolyse auquel vous avez participé?

5.3 Est-ce que l'introduction de la procédure sur la thrombolyse vous a conforté dans vos tâches?

6. Le processus

6.1 Que pensez-vous de la planification de l'implantation du projet en général dans votre compagnie? (V-A)

6.2 Considérez-vous que les responsables se soient suffisamment impliqués dans le projet (formation, dans la pratique, pour faire des rétroactions)? (V-B)

6.3 Selon-vous, quels seraient les éléments essentiels à considérer dans le cadre du projet d'implantation de la thrombolyse?

Intervenants de l'UCCSPU

1. L'incident critique selon le patient traceur

- 1.1 Avez-vous reçu et consulté l'incident critique que nous vous avons envoyé? Est-ce que vous vous souvenez de toutes ces étapes?
- 1.2 Sur une échelle de conformité qui s'échelonne de 1 à 10, 10 étant la perfection, combien donneriez-vous à cette intervention? pourquoi? Était-elle conforme à ce qui était prévu?
- 1.3 Quelles données avez-vous obtenues des ambulanciers (électrocardiogramme)? Est-ce que vous avez fait le suivi durant le transport (avec le diagramme approprié)? Est-ce que vous jugez que les ambulanciers ont réalisé un bon travail?
- 1.4 À quel moment l'ambulancier doit-il vous appeler? [Quels critères] Croyez-vous qu'ils le font systématiquement? Ont-ils trop de liberté?
- 1.5 Selon vous, est-ce que les délais pour effectuer l'ensemble de vos tâches étaient adéquats?
- 1.6 Si vous avez tous les pouvoirs, quelles mesures mettriez-vous en place pour améliorer la procédure?

2. L'intervention

- 2.1 De façon générale, quelle est votre opinion concernant la procédure pour la thrombolyse (avantages, alternatives)? Avant que la nouvelle procédure ne soit implantée, est-ce que vous jugiez qu'elle nécessitait des changements (est-ce que la procédure était attendue ou demandée?)
- 2.2 Personnellement, est-ce que vous croyez aux avantages du traitement par la thrombolyse? (I-C)
- 2.3 Depuis l'implantation de la procédure est-ce que vous (ou votre équipe) avez modifié certains de ses aspects dans le but de l'améliorer (opérations [même infimes] que vous accomplissez pour gagner des secondes)? Auriez-vous le droit de le faire? (I-D)
- 2.1 Considérez-vous que votre opinion ou celle des gens qui pratiquent votre profession a été considérée pendant la mise en place de la procédure? (I-D)
- 2.2 Croyez-vous qu'ils ont tenu compte de la réalité propre de votre centre hospitalier lorsqu'ils ont créé la procédure? Est-ce qu'ils sont compatibles?
- 2.4 Que pensez-vous du niveau de complexité liée à l'implantation de la procédure (durée, le nombre d'étapes, etc.)? (I-F) Considérez-vous que l'implantation c'est bien déroulée?

- 2.3 Comment s'est déroulée la formation? Jugez-vous que la formation spécifique pour la thrombolyse était adéquate pour effectuer la procédure efficacement? Croyez-vous que l'ensemble de l'équipe était bien formée?
- 2.4 Est-ce qu'il y a des éléments de la procédure qui ont été plus difficile à intégrer par l'équipe? (Des habitudes qui ont été difficile à briser?)
- 2.5 Croyez-vous qu'une simulation pratique pourrait être utile?
- 2.6 Que pensez-vous des documents qui ont été mis à votre disposition pour vous permettre de vous orienter et de vous informer sur la procédure (présentation, vocabulaire utilisé, le support, etc.)? Que pensez-vous de l'information donnée par les neurologues (Présentation avec diaporama faite par la chef du département de neurologie.)? (I-G)
- 2.5 Est-ce que vous croyez que cette intervention répond à un réel besoin des personnes avec un AVC ischémique? (II-A) Est-ce que vous croyez que les bénéfices liés à l'implantation de la procédure l'emportent sur les coûts?

3. L'environnement externe

- 3.1 Est-ce que vous avez reçu des encouragements de la part de l'organisation durant l'implantation de la procédure? (II-B)
- 3.2 Est-ce la procédure peut générer des frictions entre les professionnels qui participent à une procédure de thrombolyse?
- 3.3 Depuis l'implantation de la procédure, est-ce que votre travail a été évalué?

4. L'environnement interne

- 4.1 Est-ce que vous considérez que l'ensemble de votre équipe participe activement au processus d'implantation de la procédure? (III-D) Considérez-vous que l'ensemble de l'équipe est compétente?
- 4.2 Y aurait-il des secteurs qu'on pourrait optimiser pour améliorer les délais « door to needle »?
- 4.3 Est-ce qu'il est facile de trouver des réponses à vos questions? (III-B)
- 4.4 Est-ce que vous considérez que la procédure est compatible avec le travail que vous devez effectuer au quotidien? (III-D.2)
- 4.5 Dans votre organisation, est-ce que vous jugez que les objectifs du projet d'implantation de la thrombolyse sont clairement identifiés? (III-D.6)

4.6 Croyez-vous que l'implantation est survenue à un bon moment? (Timing, priorités, besoins)

5. Les caractéristiques des individus

5.1 Croyez-vous avoir les compétences ou les habilités nécessaires pour exécuter les tâches qui vous sont assignées dans le cadre du projet? (IV-B)

5.2 Au fil des opérations de thrombolyse, avez-vous l'impression de vous améliorer? Est-ce la même chose pour l'équipe? Comment s'est déroulé le premier cas de thrombolyse auquel vous avez participé?

5.3 Est-ce que l'introduction de la procédure sur la thrombolyse vous a conforté dans vos tâches?

6. Le processus

6.1 Que pensez-vous de la planification de l'implantation du projet en général dans votre établissement? (V-A) Croyez-vous que ce sont les bonnes personnes qui ont participé à cette planification?

6.2 Considérez-vous que les responsables se soient suffisamment impliqués dans le projet (formation, dans la pratique, pour faire des rétroactions)? (V-B)

6.3 Selon-vous, quels seraient les éléments essentiels à considérer dans le cadre du projet d'implantation de la thrombolyse?

Infirmières au triage

1. L'incident critique selon le patient traceur

- 1.1 Avez-vous reçu et consulté l'incident critique que nous vous avons envoyé? Est-ce que vous vous souvenez de toutes ces étapes?
- 1.2 Sur une échelle de conformité qui s'échelonne de 1 à 10, 10 étant la perfection, combien donneriez-vous à cette intervention? Pourquoi? Était-elle conforme à ce qui était prévu?
- 1.3 Est-ce que c'est vous qui avez reçu l'appel de l'ambulancier? Avez-vous rempli le formulaire d'encodage dans la section prévue pour l'AVC?
- 1.4 Quelles données avez-vous obtenues des ambulanciers (sexe du patient, âge, symptômes, échelle Cincinnati positive ou négative, heure prévue d'arrivée)? Est-ce qu'elles étaient complètes? Est-ce que vous jugez que les ambulanciers et/ou les infirmières (ères) ont réalisé un bon travail?
- 1.5 Avez-vous alerté le personnel concerné? Est-ce que c'était avec le code 282? Sinon, que mentionnez-vous? [Cincinnati positif ou AVC]
- 1.6 Est-ce que c'est vous qui avez accueilli le patient dès son arrivée en ambulance? Dans quel état était le patient lorsque vous l'avez rencontré?
- 1.7 Selon vous, est-ce que les délais pour effectuer l'ensemble de vos tâches étaient adéquats?
- 1.8 Malgré le fait que cette opération soit [chrono dépendante] donc fortement lié à la rapidité du personnel, jugez-vous avoir suffisamment de temps pour exécuter vos opérations de manière sécuritaire? (par exemple, devez-vous courir, avez-vous le temps de jeter les débris dans les poubelles, etc...?)
- 1.9 Si vous pouviez changer quelque chose dans la procédure d'encodage, quelles mesures mettriez-vous en place pour l'améliorer?

2. L'intervention

- 2.1 De façon générale, quelle est votre opinion concernant la procédure pour la thrombolyse (avantages, alternatives)? Avant que la nouvelle procédure ne soit implantée, est-ce que vous jugiez qu'elle nécessitait des changements (est-ce que la procédure était attendue ou demandée?)
- 2.2 Personnellement, est-ce que vous croyez aux avantages du traitement par la thrombolyse? (I-C)

- 2.3 Depuis l'implantation de la procédure est-ce que vous (ou votre équipe) avez modifié certains de ses aspects dans le but de l'améliorer (opérations [même infimes] que vous accomplissez pour gagner des secondes)? Auriez-vous le droit de le faire? (I-D)
- 2.4 Que pourrait-être un temps optimal [Door to needle] pour une procédure de thrombolyse dans votre établissement?
- 2.5 Considérez-vous que votre opinion ou celle des gens qui pratiquent votre profession a été considérée pendant la mise en place de la procédure? (I-D)
- 2.6 Croyez-vous qu'ils ont tenu compte de la réalité propre de votre centre hospitalier lorsqu'ils ont créé la procédure? Est-ce qu'ils sont compatibles?
- 2.7 Que pensez-vous du niveau de complexité liée à l'implantation de la procédure (durée, le nombre d'étapes, etc.)? (I-F) Considérez-vous que l'implantation c'est bien déroulée?
- 2.8 Comment s'est déroulée la formation? Jugez-vous que la formation spécifique pour la thrombolyse était adéquate pour effectuer la procédure efficacement? Croyez-vous que l'ensemble de l'équipe était bien formée?
- 2.9 Est-ce qu'il y a des éléments de la procédure qui ont été plus difficile à intégrer par l'équipe? (Des habitudes qui ont été difficile à briser?)
- 2.10 Croyez-vous qu'une simulation pratique pourrait être utile?
- 2.11 Que pensez-vous des documents qui ont été mis à votre disposition pour vous permettre de vous orienter et de vous informer sur la procédure (présentation, vocabulaire utilisé, le support, etc.)? Que pensez-vous de l'information donnée par les neurologues (Présentation avec diaporama faite par la chef du département de neurologie.)? (I-G)
- 2.12 Est-ce que vous croyez que cette intervention répond à un réel besoin des personnes avec un AVC ischémique? (II-A) Est-ce que vous croyez que les bénéfices liés à l'implantation de la procédure l'emportent sur les coûts?

3. L'environnement externe

- 3.1 Est-ce que vous avez reçu des encouragements de la part de l'organisation durant l'implantation de la procédure? (II-B)
- 3.2 Est-ce la procédure peut générer des frictions entre les professionnels qui participent à une procédure de thrombolyse?
- 3.3 Depuis l'implantation de la procédure, est-ce que votre travail a été évalué?

4. L'environnement interne

- 4.1 Est-ce que vous considérez que l'ensemble de votre équipe participe activement au processus d'implantation de la procédure? (III-D) Considérez-vous que l'ensemble de l'équipe est compétente?
- 4.2 Y aurait-il des secteurs qu'on pourrait optimiser pour améliorer les délais « door to needle »?
- 4.3 Est-ce qu'il est facile de trouver des réponses à vos questions? (III-B)
- 4.4 Est-ce que vous considérez que la procédure est compatible avec le travail que vous devez effectuer au quotidien? (III-D.2)
- 4.5 Dans votre organisation, est-ce que vous jugez que les objectifs du projet d'implantation de la thrombolyse sont clairement identifiés? (III-D.6)
- 4.6 Croyez-vous que l'implantation est survenue à un bon moment? (Timing, priorités, besoins)

5. Les caractéristiques des individus

- 5.1 Croyez-vous avoir les compétences ou les habilités nécessaires pour exécuter les tâches qui vous sont assignées dans le cadre du projet? (IV-B)
- 5.2 Au fil des opérations de thrombolyse, avez-vous l'impression de vous améliorer? Est-ce la même chose pour l'équipe? Comment s'est déroulé le premier cas de thrombolyse auquel vous avez participé?
- 5.3 Est-ce que l'introduction de la procédure sur la thrombolyse vous a conforté dans vos tâches?

6. Le processus

- 6.1 Que pensez-vous de la planification de l'implantation du projet en général dans votre établissement? (V-A) Croyez-vous que ce sont les bonnes personnes qui ont participé à cette planification?
- 6.2 Considérez-vous que les responsables se soient suffisamment impliqués dans le projet (formation, dans la pratique, pour faire des rétroactions)? (V-B)
- 6.3 Selon-vous, quels seraient les éléments essentiels à considérer dans le cadre du projet d'implantation de la thrombolyse?

Infirmières de l'aire de choc

1. L'incident critique selon le patient traceur

- 1.1 Avez-vous reçu et consulté l'incident critique que nous vous avons envoyé? Est-ce que vous vous souvenez de toutes ces étapes?
- 1.2 Sur une échelle de conformité qui s'échelonne de 1 à 10, 10 étant la perfection, combien donneriez-vous à cette intervention? pourquoi? Était-elle conforme à ce qui était prévu?
- 1.3 Dans quel état était le patient lorsque vous l'avez rencontré? Y-avait-il des particularités?
- 1.4 Comment avez-vous appris que le patient arrivait? (encodage, système utilisé)
- 1.5 Avez-vous eu de la difficulté à contacter la famille afin d'obtenir l'autorisation pour effectuer la thrombolyse?
- 1.6 Est-ce que vous avez été en mesure de préparer rapidement et correctement l'ensemble du matériel pour effectuer la thrombolyse? Est-ce difficile?
- 1.7 Où est-ce que la thrombolyse s'effectue?
- 1.8 Est-ce que l'exécution de la thrombolyse s'est bien déroulée? Est-ce vous qui avez injecté le produit [alteplase]?
- 1.9 Dans l'ensemble, est-ce que les délais « door to needle » étaient adéquats?
- 1.10 Avez-vous accueilli les ambulanciers dès leurs arrivées à l'hôpital? Est-ce qu'il a été facile d'obtenir les informations relatives au patient?
- 1.11 Supposons qu'un patient arrive en ambulance pour traiter une hypoglycémie (diagnostic des ambulanciers), allez-vous le traiter uniquement pour la glycémie ou vous allez investiguer davantage?
- 1.12 En quoi le diagnostic fait par le personnel ambulancier est vital pour les délais door to needle?
- 1.13 Comment ont été les échanges avec le médecin et l'interniste (ou l'urgentologue)? Êtes-vous demeuré avec le patient tout le long de la procédure?
- 1.14 Avez-vous eu besoin de vous référer aux protocoles durant la procédure de thrombolyse? Sont-ils faciles à consulter (informations offertes, organisation de l'information)?
- 1.15 Malgré le fait que cette opération soit [chrono dépendante] donc fortement lié à la rapidité du personnel, jugez-vous avoir suffisamment de temps pour exécuter vos opérations de manière sécuritaire? (par exemple, devez-vous courir, avez-vous le temps de jeter les détritiques dans les poubelles, etc...?)

1.16 Si vous pouviez changer quelque chose dans cette procédure, quelles mesures mettriez-vous en place pour l'améliorer?

2. L'intervention

2.1 De façon générale, quelle est votre opinion concernant la procédure pour la thrombolyse (avantages, alternatives)? Avant que la nouvelle procédure ne soit implantée, est-ce que vous jugiez qu'elle nécessitait des changements?

2.2 Personnellement, est-ce que vous croyez aux avantages du traitement par la thrombolyse? (I-C)

2.3 Depuis l'implantation de la procédure est-ce que vous (ou votre équipe) avez modifié certains de ses aspects dans le but de l'améliorer (opérations [même infimes] que vous accomplissez pour gagner des secondes)? Auriez-vous le droit de le faire? (I-D)

2.4 Que pourrait-être un temps optimal [Door to needle] pour une procédure de thrombolyse dans votre établissement?

2.5 Considérez-vous que votre opinion ou celle des gens qui pratiquent votre profession a été considérée pendant la mise en place de la procédure? (I-D)

2.6 Croyez-vous qu'ils ont tenu compte de la réalité propre de votre centre hospitalier lorsqu'ils ont créé la procédure? Est-ce qu'ils sont compatibles?

2.7 Que pensez-vous du niveau de complexité liée à l'implantation de la procédure (durée, le nombre d'étapes, etc.)? (I-F) Considérez-vous que l'implantation c'est bien déroulée?

2.8 Comment s'est déroulée la formation? Jugez-vous que la formation spécifique pour la thrombolyse était adéquate pour effectuer la procédure efficacement? Croyez-vous que l'ensemble de l'équipe était bien formée?

2.9 Est-ce qu'il y a des éléments de la procédure qui ont été plus difficile à intégrer par l'équipe? (Des habitudes qui ont été difficile à briser?)

2.10 Croyez-vous qu'une simulation pratique pourrait être utile?

2.11 Que pensez-vous des documents qui ont été mis à votre disposition pour vous permettre de vous orienter et de vous informer sur la procédure (présentation, vocabulaire utilisé, le support, etc.)?

2.12 Est-ce que vous croyez que cette intervention répond à un réel besoin des personnes avec un AVC ischémique? (II-A) Est-ce que vous croyez que les bénéfices liés à l'implantation de la procédure l'emportent sur les coûts?

3. L'environnement externe

- 3.1 Est-ce que vous avez reçu des encouragements de la part de l'organisation durant l'implantation de la procédure? (II-B)
- 3.2 Est-ce la procédure peut générer des frictions entre les professionnels qui participent à une procédure de thrombolyse?

4. L'environnement interne

- 4.1 Est-ce que vous considérez que l'ensemble de votre équipe participe activement au processus d'implantation de la procédure? (III-D) Considérez-vous que l'ensemble de l'équipe est compétente?
- 4.2 Y aurait-il des secteurs qu'on pourrait optimiser pour améliorer les délais « door to needle »?
- 4.3 Est-ce qu'il est facile de trouver des réponses à vos questions? (III-B)
- 4.4 Est-ce que vous considérez que la procédure est compatible avec le travail que vous devez effectuer au quotidien? (III-D.2)
- 4.5 Dans votre organisation, est-ce que vous jugez que les objectifs du projet d'implantation de la thrombolyse sont clairement identifiés? (III-D.6)
- 4.6 Croyez-vous que l'implantation est survenue à un bon moment? (Timing, priorités, besoins)

5. Les caractéristiques des individus

- 5.1 Croyez-vous avoir les compétences ou les habilités nécessaires pour exécuter les tâches qui vous sont assignées dans le cadre du projet? (IV-B)
- 5.2 Au fil des opérations de thrombolyse, avez-vous l'impression de vous améliorer? Est-ce la même chose pour l'équipe? Comment s'est déroulé le premier cas de thrombolyse auquel vous avez participé?
- 5.3 Est-ce que l'introduction de la procédure sur la thrombolyse vous a conforté dans vos tâches?

6. Le processus

- 6.1 Que pensez-vous de la planification de l'implantation du projet en général dans votre établissement? (V-A) Croyez-vous que ce sont les bonnes personnes qui ont participées à cette planification?

6.2 Considérez-vous que les responsables se soient suffisamment impliqués dans le projet (formation, dans la pratique, pour faire des rétroactions)? (V-B)

6.3 Selon-vous, quels seraient les éléments essentiels à considérer dans le cadre du projet d'implantation de la thrombolyse?

Urgentologie

1. L'incident critique selon le patient traceur

- 1.1 Avez-vous reçu et consulté l'incident critique que nous vous avons envoyé? Est-ce que vous vous souvenez de toutes ces étapes?
- 1.2 Sur une échelle de conformité qui s'échelonne de 1 à 10, 10 étant la perfection, combien donneriez-vous à cette intervention? Pourquoi? Était-elle conforme à ce qui était prévu?
- 1.3 Dans quel état était le patient lorsque vous l'avez rencontré? Y-avait-il des particularités?
- 1.4 À quel moment avez-vous été avisé qu'un cas d'AVC présumé était en route? Comment avez-vous su qu'il était arrivé? Étiez-vous occupé à ce moment-là? Est-ce complexe de vous libérer dans cette situation? Considérez-vous que vous devriez être avisé par le code 282 (pré-alerte) dans ces cas-là?
- 1.5 Avez-vous obtenu facilement le rapport de l'ambulancier? Était-il complet? Est-ce que vous jugez que les ambulanciers ont fait un bon travail?
- 1.6 Supposons qu'un patient arrive en ambulance pour traiter une hypoglycémie (diagnostic des ambulanciers), allez-vous le traiter uniquement pour la glycémie ou vous allez investiguer davantage?
- 1.7 En quoi le diagnostic fait par le personnel ambulancier est vital pour les délais door to needle?
- 1.8 Y a-t-il eu des délais pour obtenir les images de tomodensitométrie?
- 1.9 Est-ce qu'il a été facile d'entrer en communication avec le neurologue (ou interniste) de garde? Avez-vous rencontré des problèmes techniques? Que pensez-vous du média utilisé?
- 1.10 Croyez-vous que l'urgentologue possède les connaissances nécessaires pour pouvoir effectuer toute les étapes thrombolyse de manière sécuritaire? Croyez-vous que l'urgentologue devrait avoir le droit de pratiquer une thrombolyse de manière autonome?
- 1.11 Avez-vous eu besoin de vous référer aux protocoles durant la procédure de thrombolyse? Sont-ils faciles à consulter (informations offertes, organisation de l'information)?
- 1.12 Est-ce que les tâches de chaque médecin spécialiste sont clairement indiquées dans le protocole?
- 1.13 Selon vous, dans l'ensemble, est-ce que les délais « door to needle » étaient adéquats?
- 1.14 Malgré le fait que cette opération soit [chrono dépendante] donc fortement lié à la rapidité du personnel, jugez-vous avoir suffisamment de temps pour exécuter vos opérations de manière

sécuritaire? (par exemple, devez-vous courir, avez-vous le temps de jeter les débris dans les poubelles, etc...?)

1.15 Si vous pouviez changer quelque chose dans cette procédure, quelles mesures mettriez-vous en place pour l'améliorer?

2. L'intervention

2.1 De façon générale, quelle est votre opinion concernant la procédure pour la thrombolyse (avantages, alternatives)? Avant que la nouvelle procédure ne soit implantée, est-ce que vous jugiez qu'elle nécessitait des changements (est-ce que la procédure était attendue ou demandée?)

2.2 Personnellement, est-ce que vous croyez aux avantages du traitement par la thrombolyse? (I-C)

2.3 Depuis l'implantation de la procédure est-ce que vous (ou votre équipe) avez modifié certains de ses aspects dans le but de l'améliorer (opérations [même infimes] que vous accomplissez pour gagner des secondes)? Auriez-vous le droit de le faire? (I-D)

2.4 Que pourrait-être un temps optimal [Door to needle] pour une procédure de thrombolyse dans votre établissement?

2.5 Considérez-vous que votre opinion ou celle des gens qui pratiquent votre profession a été considérée pendant la mise en place de la procédure? (I-D)

2.6 Croyez-vous qu'ils ont tenu compte de la réalité propre de votre centre hospitalier lorsqu'ils ont créé la procédure? Est-ce qu'ils sont compatibles?

2.7 Que pensez-vous du niveau de complexité liée à l'implantation de la procédure (durée, le nombre d'étapes, etc.)? (I-F) Considérez-vous que l'implantation c'est bien déroulée?

2.8 Comment s'est déroulée la formation? Jugez-vous que la formation spécifique pour la thrombolyse était adéquate pour effectuer la procédure efficacement? Croyez-vous que l'ensemble de l'équipe était bien formée?

2.9 Est-ce qu'il y a des éléments de la procédure qui ont été plus difficile à intégrer par l'équipe? (Des habitudes qui ont été difficile à briser?)

2.10 Croyez-vous qu'une simulation pratique pourrait être utile?

2.11 Que pensez-vous des documents qui ont été mis à votre disposition pour vous permettre de vous orienter et de vous informer sur la procédure (présentation, vocabulaire utilisé, le support, etc.)? Que pensez-vous de l'information donnée par les neurologues (Présentation avec diaporama faite par la chef du département de neurologie.)? (I-G)

2.12 Est-ce que vous croyez que cette intervention répond à un réel besoin des personnes avec un AVC ischémique? (II-A) Est-ce que vous croyez que les bénéfices liés à l'implantation de la procédure l'emportent sur les coûts?

3. L'environnement externe

3.1 Est-ce que vous avez reçu des encouragements de la part de l'organisation durant l'implantation de la procédure? (II-B)

3.2 Est-ce la procédure peut générer des frictions entre les professionnels qui participent à une procédure de thrombolyse?

3.3 Depuis l'implantation de la procédure, est-ce que votre travail a été évalué?

4. L'environnement interne

4.1 Est-ce que vous considérez que l'ensemble de votre équipe participe activement au processus d'implantation de la procédure? (III-D) Considérez-vous que l'ensemble de l'équipe est compétente?

4.2 Y aurait-il des secteurs qu'on pourrait optimiser pour améliorer les délais « door to needle »?

4.3 Est-ce qu'il est facile de trouver des réponses à vos questions? (III-B)

4.4 Est-ce que vous considérez que la procédure est compatible avec le travail que vous devez effectuer au quotidien? (III-D.2)

4.5 Dans votre organisation, est-ce que vous jugez que les objectifs du projet d'implantation de la thrombolyse sont clairement identifiés? (III-D.6)

4.6 Croyez-vous que l'implantation est survenue à un bon moment? (Timing, priorités, besoins)

5. Les caractéristiques des individus

5.1 Croyez-vous avoir les compétences ou les habilités nécessaires pour exécuter les tâches qui vous sont assignées dans le cadre du projet? (IV-B)

5.2 Au fil des opérations de thrombolyse, avez-vous l'impression de vous améliorer? Est-ce la même chose pour l'équipe? Comment s'est déroulé le premier cas de thrombolyse auquel vous avez participé?

5.3 Est-ce que l'introduction de la procédure sur la thrombolyse vous a conforté dans vos tâches?

6. Le processus

6.1 Que pensez-vous de la planification de l'implantation du projet en général dans votre établissement? (V-A) Croyez-vous que ce sont les bonnes personnes qui ont participées à cette planification?

6.2 Considérez-vous que les responsables se soient suffisamment impliqués dans le projet (formation, dans la pratique, pour faire des rétroactions)? (V-B)

6.3 Selon-vous, quels seraient les éléments essentiels à considérer dans le cadre du projet d'implantation de la thrombolyse?

Internistes et neurologues

1. L'incident critique selon le patient traceur

- 1.1 Avez-vous reçu et consulté l'incident critique que nous vous avons envoyé? Est-ce que vous vous souvenez de toutes ces étapes?
- 1.2 Sur une échelle de conformité qui s'échelonne de 1 à 10, 10 étant la perfection, combien donneriez-vous à cette intervention? pourquoi? Était-elle conforme à ce qui était prévu?
- 1.3 Est-ce que c'est vous qui avez reçu le patient dès son arrivée en ambulance? Quelles données avez-vous reçu des ambulanciers? Est-ce qu'elles étaient complètes? Est-ce que vous jugez que les ambulanciers ont réalisés un bon travail?
- 1.4 Supposons qu'un patient arrive en ambulance pour traiter une hypoglycémie (diagnostic des ambulanciers), allez-vous le traiter uniquement pour la glycémie ou vous allez investiguer davantage?
- 1.5 En quoi le diagnostic fait par le personnel ambulancier est vital pour les délais door to needle?
- 1.6 A-t-il été facile de discuter avec l'urgentologue?
- 1.7 Est-ce que l'infirmière (ère) de l'aire de choc était disposé à travailler avec vous? Vous a-t-il (elle) suivi tout le long de la procédure?
- 1.8 Y'a-t-il eu des délais pour obtenir les images de tomodensitométrie?
- 1.9 Dans quel état était le patient lorsque vous l'avez rencontré? Y-avait-il des particularités?
- 1.10 Est-ce que vous avez dû entrer en contact avec le neurologue de l'Hôtel-Dieu de Lévis? Si « oui », pourquoi? (quel média a été utilisé?) Ressentez-vous le besoin d'avoir de l'assistance à chacune des opérations?
- 1.11 Le diagnostic et le pronostic ont-ils été difficiles à établir?
- 1.12 Croyez-vous que l'urgentologue possède les connaissances nécessaires pour pouvoir effectuer toute les étapes thrombolyse de manière sécuritaire? Croyez-vous que l'urgentologue devrait avoir le droit de pratiquer une thrombolyse de manière autonome?
- 1.13 Avez-vous eu besoin de vous référer aux protocoles durant l'procédure de thrombolyse? Sont-ils faciles à consulter (informations offertes, organisation de l'information)?
- 1.14 Est-ce que les tâches de chaque médecin spécialiste sont clairement indiquées dans le protocole?
- 1.15 Malgré le fait que cette opération soit [chrono dépendante] donc fortement lié à la rapidité du personnel, jugez-vous avoir suffisamment de temps pour exécuter vos opérations de manière

sécuritaire? (par exemple, devez-vous courir, avez-vous le temps de jeter les débris dans les poubelles, etc...?)

1.16 Si vous pouviez changer quelque chose dans cette procédure, quelles mesures mettriez-vous en place pour l'améliorer?

2. L'intervention

2.1 De façon générale, quelle est votre opinion concernant la procédure pour la thrombolyse (avantages, alternatives)? Avant que la nouvelle procédure ne soit implantée, est-ce que vous jugiez qu'elle nécessitait des changements (est-ce que la procédure était attendue ou demandée?)

2.2 Personnellement, est-ce que vous croyez aux avantages du traitement par la thrombolyse? (I-C)

2.3 Depuis l'implantation de la procédure est-ce que vous (ou votre équipe) avez modifié certains de ses aspects dans le but de l'améliorer (opérations [même infimes] que vous accomplissez pour gagner des secondes)? Auriez-vous le droit de le faire? (I-D)

2.4 Que pourrait-être un temps optimal [Door to needle] pour une procédure de thrombolyse dans votre établissement?

2.5 Considérez-vous que votre opinion ou celle des gens qui pratiquent votre profession a été considérée pendant la mise en place de la procédure? (I-D)

2.6 Croyez-vous qu'ils ont tenu compte de la réalité propre de votre centre hospitalier lorsqu'ils ont créé la procédure? Est-ce qu'ils sont compatibles?

2.7 Que pensez-vous du niveau de complexité liée à l'implantation de la procédure (durée, le nombre d'étapes, etc.)? (I-F) Considérez-vous que l'implantation c'est bien déroulée?

2.8 Comment s'est déroulée la formation? Jugez-vous que la formation spécifique pour la thrombolyse était adéquate pour effectuer la procédure efficacement? Croyez-vous que l'ensemble de l'équipe était bien formée?

2.9 Est-ce qu'il y a des éléments de la procédure qui ont été plus difficile à intégrer par l'équipe? (Des habitudes qui ont été difficile à briser?)

2.10 Croyez-vous qu'une simulation pratique pourrait être utile?

2.11 Que pensez-vous des documents qui ont été mis à votre disposition pour vous permettre de vous orienter et de vous informer sur la procédure (présentation, vocabulaire utilisé, le support, etc.)? Que pensez-vous de l'information donnée par les neurologues (Présentation avec diaporama faite par la chef du département de neurologie.)? (I-G)

2.1 Est-ce que vous croyez que cette intervention répond à un réel besoin des personnes avec un AVC ischémique? (II-A) Est-ce que vous croyez que les bénéfices liés à l'implantation de la procédure l'emportent sur les coûts?

3. L'environnement externe

3.1 Est-ce que vous avez reçu des encouragements de la part de l'organisation durant l'implantation de la procédure? (II-B)

3.2 Est-ce la procédure peut générer des frictions entre les professionnels qui participent à une procédure de thrombolyse?

3.3 Depuis l'implantation de la procédure, est-ce que votre travail a été évalué?

4. L'environnement interne

4.1 Est-ce que vous considérez que l'ensemble de votre équipe participe activement au processus d'implantation de la procédure? (III-D) Considérez-vous que l'ensemble de l'équipe est compétente?

4.2 Y aurait-il des secteurs qu'on pourrait optimiser pour améliorer les délais « door to needle »?

4.3 Est-ce qu'il est facile de trouver des réponses à vos questions? (III-B)

4.4 Est-ce que vous considérez que la procédure est compatible avec le travail que vous devez effectuer au quotidien? (III-D.2)

4.5 Dans votre organisation, est-ce que vous jugez que les objectifs du projet d'implantation de la thrombolyse sont clairement identifiés? (III-D.6)

4.6 Croyez-vous que l'implantation est survenue à un bon moment? (Timing, priorités, besoins)

5. Les caractéristiques des individus

5.1 Croyez-vous avoir les compétences ou les habilités nécessaires pour exécuter les tâches qui vous sont assignées dans le cadre du projet? (IV-B)

5.2 Au fil des opérations de thrombolyse, avez-vous l'impression de vous améliorer? Est-ce la même chose pour l'équipe? Comment s'est déroulé le premier cas de thrombolyse auquel vous avez participé?

5.3 Est-ce que l'introduction de la procédure sur la thrombolyse vous a conforté dans vos tâches?

6. Le processus

6.1 Que pensez-vous de la planification de l'implantation du projet en général dans votre établissement? (V-A) Croyez-vous que ce sont les bonnes personnes qui ont participées à cette planification?

6.2 Considérez-vous que les responsables se soient suffisamment impliqués dans le projet (formation, dans la pratique, pour faire des rétroactions)? (V-B)

6.3 Selon-vous, quels seraient les éléments essentiels à considérer dans le cadre du projet d'implantation de la thrombolyse?

3 Annexe 3 : Guide d'entretien pour les entrevues des décideurs

Général

1. En général, en quoi consiste votre travail?

L'environnement externe

2. D'où provient la demande initiale pour l'instauration du processus de thrombolyse à l'échelle régionale? (III-D.1)
3. Quel(s) était l'objectif(s) principal (aux) derrière l'élaboration de la procédure?
4. Selon-vous quels sont les avantages liés à la nouvelle procédure de thrombolyse? (I-C)
5. Lorsque vous avez présenté le projet aux établissements de la région de la Chaudière-Appalaches, avez-vous ressenti de l'enthousiasme de la part des collaborateurs? Était-elle similaire d'un établissement à l'autre?
6. Avant d'enclencher l'élaboration de la procédure, avez-vous considéré les besoins des patients ou des employés? (II-A)
7. D'un point de vue économique, quels sont les avantages? (I-H)
8. D'un point de vue social, quels sont les avantages? (I-H)
9. Y'a-t'il des motivations politiques?

La procédure

10. Est-ce qu'il y a eu une consultation de toutes les professions qui participent aux opérations de thrombolyse? (II-B) Quel médium (méthode) avez-vous utilisé pour leur permettre de participer? (III-B) Avaient-ils tous le pouvoir ou l'autorité pour suggérer des modifications? (II-D)
11. Lors de l'élaboration du projet, quel était le climat lors des discussions entre les différents partis? (III-D.6)
12. Avez-vous tenu compte des réalités différentes de chacun des centres hospitaliers? (matériel, personnel, culture) (III-C)
13. Est-ce que des obstacles ont été rencontrés lors de l'élaboration de la nouvelle procédure de thrombolyse?
14. Est-ce que la procédure sélectionnée était la seule option qui s'offrait à vous? Quelles auraient été les autres alternatives? (I-C)

15. Avez-vous utilisé des données scientifiques (articles, recherches, etc.) pour orienter l'élaboration du programme? Lesquelles?
16. Avez-vous les ressources nécessaires (argent, temps, connaissances) pour parvenir à implanter ce projet efficacement? (III-E.2)
17. Que pensez-vous de la formation qui a été offerte au personnel? (III-D.6)
18. Qui avez-vous désigné pour construire le plan de cours destiné à la formation? Qui l'a enseigné?
19. En général, êtes-vous satisfait de la planification du projet? (V-A) Considérez-vous avoir été bien épaulé durant l'ensemble du processus? (V-B)
20. Selon-vous, quels seraient les éléments essentiels à considérer dans le cadre du projet d'implantation de la thrombolyse si nous voudrions l'implanter à l'échelle nationale?

L'intervention

21. Est-ce que vous avez testé une première version de la procédure avant de l'implanter dans votre établissement? (I-E)
22. Avez-vous rencontrées des difficultés lors de l'implantation dans les milieux hospitaliers? (II-A)
23. Étiez-vous confiant de la réaction du personnel hospitalier face aux mesures adoptées? (III-D)
Y'a-t-eu certaines résistances?
24. Combien de temps donnez-vous aux différents équipes pour atteindre leur pleins potentiels? (en fonction du temps « door to needle » par exemple) (IV-C)
25. Maintenant que l'implantation a été effectuée, à quoi ressemblent les « feed back » que vous recevez? Croyez-vous devoir procéder à certaines modifications?
26. Est-ce que le résultat actuel des opérations de thrombolyse s'apparente à ce qui était prévu au départ?

4 Annexe 4 : Questionnaire socioprofessionnel

1. Quelle est votre profession?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ambulancier (ère) | <input type="checkbox"/> Interniste |
| <input type="checkbox"/> Infirmière (ère) Aire de Choc | <input type="checkbox"/> Infirmière (ère) Triage |
| <input type="checkbox"/> Infirmière (ère) UCCSPU | <input type="checkbox"/> Urgentologue |
| <input type="checkbox"/> Généraliste | <input type="checkbox"/> Neurologue |

2. Depuis combien de temps pratiquez-vous votre profession?

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 à 5 ans | <input type="checkbox"/> 6 à 10 ans |
| <input type="checkbox"/> 11 à 15 ans | <input type="checkbox"/> 16 à 20 ans |
| <input type="checkbox"/> 21 ans et plus | |

3. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Moins de 25 ans | <input type="checkbox"/> 26 à 35 ans |
| <input type="checkbox"/> 36 à 45 ans | <input type="checkbox"/> 46 à 55 ans |
| <input type="checkbox"/> 56 à 65 ans | <input type="checkbox"/> 66 ans et plus |

4. Quel est votre sexe?

- | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Féminin | <input type="checkbox"/> Masculin |
|----------------------------------|-----------------------------------|

5. Dans quelle région pratiquez-vous?

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Montmagny | <input type="checkbox"/> Beauce |
| <input type="checkbox"/> Thetford | <input type="checkbox"/> Lévis |

6. À combien de cas de thrombolyse avez-vous participé depuis la mise en place du protocole?

- | | |
|--------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 à 2 | <input type="checkbox"/> 3 à 5 |
| <input type="checkbox"/> 6 à 8 | <input type="checkbox"/> 8 et plus |

5 Annexe 5 : Modèle logique de programme

Pour une organisation régionale autonome de l'administration de la thrombolyse dans la région de la Chaudière-Appalaches



