



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>



Université Claude Bernard



Lyon 1

Département de Formation en Ergothérapie

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'État en Ergothérapie

2022-2023

La dépression post-AVC, une intervention basée sur les activités significatives dans un contexte de tension hospitalière

Soutenu par : Elsa NADAL

P1811023

Tuteur de mémoire : Christophe BUFFAVAND



Université Claude Bernard Lyon 1

Président

FLEURY Frédéric

Président du Conseil Académique

BEN HADID Hamda

Vice-président CA

REVEL Didier

Vice-président CFVU

BROCHIER Céline

Directeur Général des Services

ROLLAND Pierre

Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est

Doyenne **Pr. RODE Gilles**

U.F.R d'Odontologie

Directeur **Pr. MAURIN Jean-Christophe**

U.F.R de Médecine et de maïeutique -
Lyon-Sud Charles Mérieux

Doyen **Pr. PAPAREL Philippe**

Institut des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques

Directeur **Pr. DUSSART Claude**

Comité de Coordination des Etudes
Médicales (C.C.E.M.)

Présidente **Pr. BURILLON Carole**

Institut des Sciences et Techniques de la
Réadaptation (I.S.T.R.)

Directeur **Pr. LUAUTE Jacques**

Secteur Sciences et Technologies :

U.F.R. Faculté des Sciences
ANDRIOLETTI Bruno

Observatoire Astronomique de Lyon
Directeur **GUIDERDONI Bruno**

U.F.R. Biosciences
GIESELER Kathrin

Institut National Supérieure du Professorat
et de l'Education (I.N.S.P.E.)
Administrateur provisoire
Pierre CHAREYRON

U.F.R. de Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives
(S.T.A.P.S.)

Directeur **BODET Guillaume**

POLYTECH LYON
Directeur **PERRIN Emmanuel**

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)

Directeur **LEBOISNE Nicolas**

Institut Universitaire de Technologie de
Lyon 1 (I.U.T. LYON 1)
Directeur **MASSENZIO Michel**

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION

Directeur ISTR : **Pr. LUAUTE Jacques**

DÉPARTEMENT / FORMATION ERGOTHERAPIE

Directeur du département

LIONNARD-RETY Sabine

Coordinateurs pédagogiques

BODIN Jean-François

FEBVRE Marine

IBANEZ Amandine

LIONNARD-RETY Sabine

Responsables des stages

LIONNARD-RETY Sabine et IBANEZ Amandine

Responsable des mémoires

IBANEZ Amandine

Secrétariat de scolarité

PASSE Cindy



Remerciements :

Je tiens tout d'abord à remercier M. Buffavand, qui nous a soutenu et guidé Arthur, Laurent et moi dans ce projet de mémoire. Pour sa bienveillance, son investissement et ses bons conseils toujours motivants.

Merci à tous les ergothérapeutes qui ont été interrogés et pour m'avoir accordé de leur temps afin d'apporter richesses et nuances à ce mémoire.

Je remercie également mes amis et les fabuleuses rencontres que j'ai pu faire malgré les années de COVID : Margot, Lisa et particulièrement Dhiviya qui m'ont apporté folie, joie, écoute et soutien.

Enfin, je remercie ma famille, et particulièrement ma grand-mère et mon père pour m'avoir motivé et soutenu avec tant de positivisme !

Table des matières

Remerciements :	1
Table des illustrations :	5
Glossaire :	7
Préambule : La situation d'appel :	8
Introduction :	10
I. Partie théorique	12
1. Personne adulte en post AVC.....	12
a. Présentation de la pathologie	12
b. Épidémiologie	13
c. Parcours en France	13
d. Handicaps causés :	14
e. Rôle social modifié	17
2. La Dépression Post Accident Vasculaire Cérébral	18
a. Définition	18
b. Épidémiologie	19
c. Étiologie	19
d. Dépistage et traitements	20
e. Conséquences fonctionnelles pour la personne.....	21
3. L'ergothérapeute au sein de l'équipe pluridisciplinaire	22
a. La contribution de l'ergothérapeute en rééducation post-AVC.....	22
i. L'intervention de l'ergothérapeute	22
ii. Le MCREO	24
iii. Le profil occupationnel	25
iv. Les activités signifiantes et significatives.....	25
b. L'importance de la pluridisciplinarité	26
c. Le lien vers le retour à domicile	27
4. Problématique :	29
II. Partie Méthodologie	30
1. Objectifs de l'étude	30
2. Type de recherches, populations et outils d'investigation	30
a. Choix de la population : présentation et justification	30

i.	Critères d'inclusion et de non-inclusions	30
b.	Démarche de recrutement des participants.....	31
c.	Choix de l'outil d'investigation	31
d.	Élaboration du guide d'entretien.....	32
3.	Méthode de traitement et d'analyse des données :	32
a.	Grille d'analyse	32
b.	Aspects éthiques :	32
c.	Identification des limites de la méthode	33
III.	Présentation des résultats	34
1.	Présentation des ergothérapeutes interrogés et de la structure.....	34
2.	Facteurs favorables et limitants.....	34
3.	Rééducation des personnes adultes ayant une dépression post-AVC	35
a.	Profil des personnes accueillies.....	35
b.	Contexte de la pratique professionnelle	36
c.	La mise en lumière de la dépression	36
d.	L'intervention en ergothérapie : modèle ou pas modèle ?	37
e.	Et les données probantes dans tout ça ?	39
4.	Favoriser l'engagement occupationnel dans un contexte de tension hospitalière 39	
a.	Le ressenti de la tension hospitalière dans la pratique	39
b.	Allier le rendement institutionnel avec une intervention patient-centrée.....	40
c.	Préparer le retour à domicile	42
5.	La force d'une équipe pluridisciplinaire.....	43
a.	L'importance de l'alliance pluridisciplinaire	43
b.	L'impact de la pathologie sur l'équipe et l'ergothérapeute	45
6.	L'ergothérapie dans un monde utopique ?	46
IV.	Discussion	48
1.	Interprétation en regard de la théorie.....	48
a.	La complexité de L'AVC	48
b.	La spécificité de l'ergothérapeute	48
c.	Tension hospitalière : injonctions paradoxales	49
d.	Collaboration interprofessionnelle : le (neuro)psychologue et l'ergothérapeute	50
2.	Intérêts et limites de l'étude.....	51
a.	Intérêts identifiables.....	51

b. Limite de l'étude	51
3. Question de recherche et suggestions pour la poursuite de l'étude	52
Conclusion :	54
Bibliographie :	55
Annexes :	I
Résumé :	XVIII

Table des illustrations :

Tableau 1 : Présentation des participants et des structures	34
Tableau 2 : Facteurs favorables et limitants des entretiens	35

Glossaire :

<i>Abréviations</i>	Significations
<i>AVC</i>	Accident Vasculaire Cérébral
<i>SSR</i>	Soin de Suite et Réadaptation
<i>AIT</i>	Accident Ischémique Transitoire
<i>UNV</i>	Unité Neuro-Vasculaire
<i>HAS</i>	Haute Autorité de Santé
<i>IRS</i>	Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine
<i>MOH</i>	Modèle de l'Occupation Humaine
<i>CIF</i>	Classification Internationale du Fonctionnement
<i>MCREO</i>	Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel
<i>MCRO</i>	Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

Préambule : La situation d'appel :

Mon questionnement a commencé lors d'un stage effectué sur le territoire suisse, où j'ai développé un réel intérêt pour la rééducation des personnes atteintes de pathologies neurologiques en population adulte, et en particulier pour les personnes ayant eu un AVC et les pathologies en neurologie périphérique.

Lors de ce stage, parmi les personnes que je prenais en soin, il y avait cette dame âgée de 57 ans qui avait fait deux AVC, un ischémique puis un hémorragique suite au traitement. Cela faisait environ un mois qu'elle était à la clinique lorsque je suis intervenue auprès d'elle. Trois semaines après cela, nous nous sommes retrouvés face à une situation préoccupante qui a laissé l'équipe pluridisciplinaire perplexe et face à des décisions difficiles. Elle faisait, selon les dires des médecins et de l'équipe, un syndrome de glissement. En effet, elle progressait jusqu'au jour où elle a commencé à refuser les soins, refuser de manger et arracher les sondes. Situation complexe, car de surcroît, la communication était très altérée par deux aphasies : nous rencontrions des difficultés à la comprendre et c'était réciproque, malgré les améliorations. Cette situation a duré pendant 3 semaines, où avec l'équipe, nous ne savions pas quoi faire : lui proposer les soins palliatifs ou continuer de lui proposer les thérapies.

Avec mon tuteur de stage, nous avons donc réfléchi à une intervention plus en lien avec ses activités significatives afin de lui redonner de la motivation, l'envie de manger et de se déplacer. Le but de notre intervention avait complètement changé, l'objectif de premier plan n'était plus de poursuivre la progression, mais d'essayer de lui donner du sens dans ses occupations.

Toutefois, tout au long de cette intervention, je me suis demandé : comment aider cette personne sans lui imposer des choses ou sans faire de l'acharnement thérapeutique ? Comment allier plaisir dans les activités et fonctionnel ? Car il est vrai que le temps pressait, la rééducation dans les premiers temps étant importante, c'est lors de ces moments-là que la plus grosse progression est possible.

Cela m'a amené à une première question qui est : comment l'ergothérapeute peut-il aider l'équipe pluridisciplinaire à accompagner la personne lorsqu'un syndrome de glissement survient notamment chez l'adulte ?

Toutefois, lors de mes premières recherches, je me suis rendu compte que ce syndrome était un concept controversé. Certains le décrivaient comme une dépression sévère et d'autre comme un concept très précis. Avec réflexion, en ergothérapie, nous intervenons en fonction de la pathologie, mais également (et surtout) en prenant en compte les conséquences fonctionnelles. De plus, dans les écrits, il est dit que l'intervention est souvent faite comme pour traiter une dépression sévère. En outre, le syndrome est un concept gériatrique et la situation que j'ai vu concernait une patiente adulte. Par conséquent, ma question serait : **Comment l'ergothérapeute peut-il, en passant par la pratique des activités signifiantes, aider l'équipe pluridisciplinaire à accompagner la personne lorsqu'une dépression survient en rééducation post-AVC adulte ?**

Introduction :

L'AVC (Accident Vasculaire Cérébral) est une pathologie aux conséquences neurologiques touchant une personne sur six, soit environ 140 000 personnes en France (Santé publique, 2019). Parmi ceux-là, 25% des personnes auront moins de 65 ans et une personne sur deux aura un handicap, représentant un coût total de plusieurs milliards d'euros par an (CNSA, 2019). Ainsi, c'est une problématique d'enjeu publique engendrant des pertes et des dépenses importantes. De plus, l'accès aux soins est souvent inégal, le nombre d'AVC augmentant, le parcours de soin peut être parfois compliqué avec un accès au SSR (Soin de Suite et de Réadaptation) difficile dans certains endroits (Santé publique, 2019). Pour contrer cela, un plan d'action national a été mis en place afin d'améliorer l'accès aux soins et la connaissance de la maladie par des campagnes de promotion de la santé (CNSA, 2019).

Dans les années à venir, le nombre d'AVC augmentera pour les personnes âgées de moins de 65 ans (Inserm, 2017). Cette pathologie engendre de nombreuses séquelles, motrices, cognitives, sensitives et sensorielles qui impacteront le pronostic de récupération de ces déficiences. Parmi ces séquelles cognitives ou invisibles, la dépression post-AVC est un facteur de mauvais pronostic impactant grandement la capacité à réaliser les activités de la vie quotidienne et la motivation des personnes (Ezema et al., 2019a).

Les ergothérapeutes travaillant en SSR neurologiques seront amenés à la rencontrer régulièrement dans leur carrière, celle-ci touchant environ 30% des personnes (Inserm, 2017). Malgré cette prévalence, un sous-diagnostic est présent. Seulement 5% des personnes seront diagnostiquées (Medeiros et al., 2020). En outre, c'est une pathologie à fort risque de chronicisation (Roussel et al., 2017) qui va ralentir, voire compromettre la rééducation dans un moment clé, c'est-à-dire souvent dans les 3 premiers mois. Ainsi, une question émerge : comment l'ergothérapeute peut-il, en passant par la pratique des activités signifiantes, aider l'équipe pluridisciplinaire à accompagner la personne lorsqu'une dépression survient en rééducation post-AVC adulte ?

Dans un premier temps, l'exploration de la littérature scientifique sera présentée. Le contexte, la pathologie et les conséquences sur les adultes atteints seront expliqués. À la suite de cela, la dépression post-AVC sera abordée avec les différentes étiologies, le dépistage, le traitement et les conséquences fonctionnelles. Enfin, pour conclure cette partie théorique, la contribution de l'ergothérapeute dans le traitement de la dépression au sein de l'équipe pluridisciplinaire sera explorée. Son intervention et ses outils seront décrits et l'importance de la pluridisciplinarité sera soulignée. Par la suite, une étude exploratoire sera effectuée, les résultats seront présentés et la discussion permettra de comparer la théorie et la pratique sur le terrain.

I. Partie théorique

1. Personne adulte en post AVC

a. Présentation de la pathologie

L'AVC est défini par l'Assurance Maladie comme « étant une perte soudaine d'une ou plusieurs fonctions du cerveau »(L'Assurance Maladie, s. d.). C'est en effet un arrêt de la circulation sanguine qui se rend au cerveau, ce qui va détruire les cellules cérébrales par manque d'oxygène et de nutriments.

Il y a plusieurs types d'AVC :

- Ischémique : c'est le plus fréquent, concernant 80% des AVC. Il se traduit par une obstruction d'une artère, ce qui provoque l'arrêt de la circulation sanguine. La principale cause est l'athérosclérose (qui forme des dépôts de cholestérol dans les artères) mais il peut y avoir une cause cardiaque aussi, par un battement irrégulier qui participe à la formation de caillot de sang. Ils sont à différencier des AIT (Accident Ischémique Transitoire) qui sont temporaires (quelques secondes à quelques minutes) et qui ne laissent pas de lésions permanentes.
- Hémorragique : il est moins fréquent, concernant 20% des AVC, et est caractérisé par un saignement dans le cerveau par la rupture d'une petite artère ou alors par un saignement autour du cerveau (hémorragie sous-arachnoïdienne), qui prive la région d'apports et la pression augmentant, cela provoque une anoxie des cellules cérébrales. Cet AVC peut très vite provoquer d'importants maux de tête et un coma (Centre hospitalier de l'Université de Montréal, 2017)
- Les thrombophlébites cérébrales, qui sont très rares (1% des AVC), sont caractérisées par une occlusion d'une veine cérébrale et peuvent provoquer des maux de têtes, des troubles neurologiques ou des crises neurologiques (Hôpitaux de Paris, 2017)

b. Épidémiologie

En France, il y a 140 000 nouvelles victimes d'AVC chaque année (dont 32 000 AIT) en France dont 25 % des AVC arrivent chez les personnes de moins de 65 ans et 10% chez les moins de 40 ans. Cela représente une personne sur six qui aura un AVC au cours de sa vie. 75% des survivants auront un handicap physique et un tiers des patients garderont un handicap. Un AVC sur deux provoque un handicap moteur ou un trouble du langage. Chez la femme, l'AVC est la première cause de mortalité. Chez les hommes, c'est la 3^e cause de mortalité et ont 2 fois plus de chance de décéder que la femme à âge égal. En outre, il y a 30% de mortalité à 30 jours. Entre 2000 et 2013, la mortalité par maladie cérébrovasculaire et par AVC diminue de 35%. Entre 2002 et 2014, il y a une augmentation de 20% de la survenue d'AVC pour les moins de 65 ans, tous genres confondus (Annexe A). Toutefois, l'accès en SSR reste difficile (36,3 %) malgré une légère augmentation entre 2010 et 2014 (+1,6% par an). Il est noté que le passage en UNV (Unité Neuro-Vasculaire) augmente la probabilité d'accès en SSR. (Santé publique, 2019).

En résumé : le nombre d'AVC augmente chez les moins de 65 ans, il touche plus les femmes que les hommes mais les hommes ont moins de chance d'y survivre. La mortalité diminue toutefois, mais reste tout de même importante. L'accès au SSR n'est pas encore généralisé et un AVC sur deux est à l'origine d'une situation de handicap.

c. Parcours en France

Les dépenses sanitaires et médico-sociales annuelles sont estimées à 8,4 milliards d'euros (CNSA, 2019), ce qui représente un chiffre considérable. De plus, les parcours et l'accès au SSR sont inégalement répartis en France. Pour pallier cela, un plan d'action national 2010-2014 a été mis en place pour permettre l'accès aux UNV. Le but était d'améliorer la connaissance de la maladie par une promotion de la santé (par exemple : en diffusant des informations sur les facteurs de risques et sur la reconnaissance des symptômes) et en réorganisant les soins, notamment en développant les UNV. Il y en avait 33 en 2007, 116 en 2012 et 135 en 2017 (SFNV, 2017).

Concrètement, la prise en charge se déroule de la façon suivante (Annexe C) selon les recommandations de bonne pratique (HAS, 2009). Tout d'abord, il y a eu des actions de

sensibilisation de la suspicion d'AVC pour l'entourage grâce à la méthode FAST (Face, Arm, Speech, Time) (Annexe D). Si l'entourage ou le médecin suspecte un AVC, ils peuvent utiliser cette méthode et appellent ensuite le SAMU en urgence. Si la suspicion est confirmée par celui-ci, il faut chercher des signes de gravité clinique (dans ce cas-là, il y a un envoi d'une équipe médicale Smur), dans le cas contraire, la personne est envoyée dans une UNV au plus vite. La personne passe une IRM afin de confirmer l'AVC et les zones touchées par celui-ci et l'équipe vérifie qu'il n'y a pas de contre-indication à la thrombolyse. Celle-ci est prescrite par un neurologue en cas d'AVC ischémique, et peut-être effectuée jusqu'à 4 h 30 après l'apparition des premiers symptômes (d'où l'importance de noter l'heure des premiers symptômes). Le traitement donné dépend du type d'AVC.

Après cela, commence la phase post-AVC où les complications, qui participent grandement à la mortalité, vont être prises en charge au sein de l'UNV (Inserm, 2017). La phase de rééducation et de réadaptation débute ainsi. Le transfert en SSR est rapidement envisagé et dépend de la sévérité des déficiences, du pronostic fonctionnel, de l'environnement de la personne et des caractéristiques du SSR. L'état du patient se doit d'être compatible avec une rééducation intensive pour une récupération optimale (Trouvé, 2014).

d. Handicaps causés :

Les séquelles rencontrées dépendent fortement de la localisation de l'AVC et de la durée de prise en charge après les premiers symptômes. Seront décrites ci-dessous les séquelles les plus importantes et celles qui surviennent le plus souvent, mais il y en a d'autres.

i. Séquelles visibles

Les séquelles visibles sont les séquelles qui sont qualifiées de motrices et de sensitives. La plus connue est l'hémiplégie, qui correspond à une paralysie d'un côté du corps, qui touche 32,9% des AVC (Allain et al., 2022). La partie droite du cerveau commande la partie gauche et inversement. Ainsi, une atteinte de la partie gauche peut provoquer une hémiplégie droite. Au début, l'hémiplégie est dite « flasque », c'est-à-dire que les muscles ne répondent pas à la commande et le bras pend (AVC, AIT et après..., s. d.). Après cela, il y a

une possible spasticité du membre qui s'installe, définie comme une association de troubles moteurs et un trouble de tonus (Allieu, 2011). Elle est caractérisée par une forte contraction des muscles qui vont se rétracter.

L'aphasie est l'une des conséquences les plus communes, elle touche 23 à 33% des personnes atteintes d'AVC (Cogné & Compagnat, 2022). Elle est souvent associée à une hémiplégie droite. Elle se définit comme étant un trouble du langage qui perturbe l'expression, la compréhension orale et écrite, et l'écriture. C'est un handicap très difficile pour la personne concernée, elle favorise la survenue de la dépression (Mon Parcours Handicap, 2022).

Les troubles de la sensibilité qui comprennent une altération de la sensibilité superficielle (lorsqu'il y a contact avec quelque chose d'extérieur à soi par exemple), la sensibilité profonde (qui correspond à la proprioception, celle de savoir où les membres se situent dans l'espace) et la sensibilité thermo-algique (celle de la douleur). Toutes ces sensibilités peuvent être diminuées ou inexistantes (hyposensibilité) ou alors peuvent être majorées avec des douleurs anormales. (Cogné & Compagnat, 2022)

D'un autre côté, 20 à 30% des patients présentent un déficit du champ visuel qui peuvent se décrire par des hémianopsies latérales. Celle-ci sont caractérisées par des cécités corticales ou par une destruction du nerf optique causée par la circulation sanguine interrompue (Perez et al., 2014).

ii. Séquelles invisibles

Les séquelles invisibles sont des séquelles qui sont difficiles d'observer au premier abord (contrairement aux séquelles motrices par exemple). Ce sont les fonctions cognitives qui sont souvent déficitaires qui seront décrites de manière non exhaustive.

En premier lieu, les troubles de l'attention et de la concentration sont les troubles les plus fréquents (80 à 90% des AVC). En principe, les personnes ont des difficultés à se concentrer pour réaliser les activités (notamment pour ce qui est de faire une action en double tâche) (Wiertlewski, 2017).

Les fonctions exécutives sont souvent impactées, concernant 1/3 des personnes ayant eu un AVC. Elles servent à mettre en place des actions coordonnées afin de réaliser des activités ou de réaliser un but. Parmi elles, il y a l'inhibition, la flexibilité, la planification

et le contrôle. Elles ont donc une incidence sur toutes les activités de la vie quotidienne et sur les relations sociales (Joseph et al., 2010).

L'héminégligence, ou Négligence Spatiale Unilatérale, est définie comme un trouble de la perception et de l'attention d'un espace qui se trouve à l'opposé de la lésion. Elle se trouve le plus souvent à gauche : la personne n'a pas conscience de cet espace gauche et le champ de vision est décalé (Azouvi et al., 2017). Elle ne compense pas, ce n'est pas un déficit de la fonction visuelle.

Les gnosies sont provoquées par des lésions des aires qui emmagasinent des souvenirs. Cela provoque des difficultés pour identifier des images, des sons ou des objets familiers. Parmi celles qu'il est possible de rencontrer, l'anosognosie rend difficile la prise en soin puisque la personne pense ne pas avoir de problème à la réalisation des activités (J. Huang, 2021)

Les apraxies perturbent le patient sur la façon d'effectuer le geste. Suivant le type d'apraxie (idéomotrice, idéatoire, bucco-faciale, d'habillage), le patient ne sait pas comment réaliser les gestes, même sous imitation, sans que ce soit à cause d'une déficience motrice ou sensorielle (Fery-Lemonnier, 2009).

La dépression post-AVC est-elle aussi très fréquente, plus de 30% des personnes en souffre (J.-C. Daviet et al., 2013) et c'est un trouble très spécifique qui fera l'objet d'une partie de ce mémoire.

iii. Pronostic

D'autres troubles cognitifs et moteurs peuvent venir ralentir la rééducation ou vont impacter le quotidien, comme, la fatigue et les démences, ce qui impacte aussi grandement le pronostic. Celui-ci dépend des caractéristiques des personnes, de la pathologie, de l'environnement social. Le potentiel de récupération, ne faisant pas consensus, étant estimé entre 3 et 6 mois, il est vital d'agir au plus tôt pour permettre aux personnes d'avoir le moins de séquelles possibles (Yelnik, 2022).

e. Rôle social modifié

En neuro-réhabilitation, les patients cherchent à retrouver leurs routines et leurs rôles sociaux. Toutefois, la plupart se retrouvent avec des restrictions significatives. Des études ont été menées pour connaître le lien entre la participation et le soutien social, et il s'avère que 12,2% des personnes auraient une variation de participation en fonction de ce soutien (Erler et al., 2019). De plus, avec la pandémie de la COVID-19, l'impact des relations sociales a pu être mesuré pour des patients ayant eu un AVC depuis au moins 6 mois. Cette étude montre que les relations sociales ont une influence sur le sentiment d'efficacité personnelle, c'est-à-dire sur la confiance qu'a la personne en elle pour réaliser les activités de la vie quotidienne (Y. Huang et al., 2022). D'autant plus qu'un changement dans l'état de santé peut véritablement changer la capacité ou même le désir de participer à certaines occupations qui étaient alors essentielles à l'identité occupationnelle et au sens que la personne donne à sa vie (Unruh, 2004). Lorsque les personnes se retrouvent en difficulté pour exécuter les activités, beaucoup de choses peuvent en être impactées, surtout à l'âge adulte, où les personnes travaillent ou ont des enfants à charge.

De plus, le rôle social des personnes de l'entourage de la personne atteinte, notamment celui des aidants et des familles, s'en retrouve souvent modifié. Le partage des tâches et des activités dans les familles impacte les aidants et les couples, surtout ces derniers, notamment si la sphère intime est touchée par les séquelles. Les nouvelles responsabilités peuvent être source de stress et de troubles psychologiques (comme l'anxiété et la dépression) et peuvent impacter l'équilibre occupationnel des aidants (Bucki et al., 2012).

Pour conclure, le nombre d'AVC augmente et augmentera encore pour les personnes de moins de 65 ans (Inserm, 2017). Des séquelles visibles et invisibles viennent perturber la vie quotidienne des personnes, entraînant des changements dans leur vie et dans la vie des personnes qui les entourent. Enfin, la dépression est un facteur pronostic négatif et touche 30% des personnes.

2. La Dépression Post Accident Vasculaire Cérébral

a. Définition

La Dépression Post Accident Vasculaire Cérébral impacte un grand nombre de personnes ayant eu un AVC (environ 30% selon l'INSERM). Il y a deux types de dépression, celle survenant dans les 3 à 6 mois et celle survenant plus tard dans la vie de la personne. Concrètement, les personnes ont un fort risque de développer la dépression dans les 3 premières années avec une évolution qui va de 6 mois à 1 an. Après 1 an, il y aura 50% des personnes atteintes qui souffriront encore de cette dépression. C'est donc une pathologie qui a un fort risque de chronicisation (Roussel et al., 2017). La dépression à début tardif, est, elle, plus insidieuse et difficile à détecter et les causes en seraient moins anatomiques, mais restent supposées (Santos Brosch, 2010).

Elle est définie par le DSM-5 comme étant l'un des troubles de l'humeur dus à un AVC avec des caractéristiques dépressives, avec soit un épisode dépressif majeur, soit des caractéristiques d'humeurs mixtes. En effet, la personne présente une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir, ainsi que deux à quatre autres symptômes (avec, par exemple, une perte de poids, un sentiment de fatigue, faible estime de soi, idée suicidaire) de dépression durant 2 semaines ou plus. Le nombre de symptômes étant corrélé à la gravité de la dépression (Robinson & Jorge, 2016). Toutefois, des différences persistent entre la dépression dans la population générale et celle concomitante à l'AVC. La physiopathologie de la dépression post-AVC (qui sera plus explicitée dans la partie Étiologie) est étroitement liée à la lésion vasculaire. De plus, les symptômes tendent à être plus sévères que les symptômes dysphoriques majeurs, c'est-à-dire qu'ils seront plus sévères qu'un trouble émotionnel qui se traduit par des sentiments négatifs envers soi-même. En outre, la prévalence des symptômes est différente, par exemple les personnes ayant eu un AVC ont plus de troubles cognitifs, moins d'anhédonies, plus de symptômes végétatifs et de retrait social. Pour finir, les personnes ont une prévalence disproportionnée de handicaps physiques (aphasie, perte de sensibilité, etc.) (Medeiros et al., 2020).

Parmi les symptômes physiques les plus courants : vivre des modifications dans les habitudes de sommeil et d'appétit, se sentir fatigué et impatient, et avoir une douleur chronique ou des difficultés de digestion. Parmi les symptômes psychologiques : il y a le fait

de se sentir triste (sans en savoir la raison), anxieux, irritable, nerveux et inutile. Le fait de ne plus s'intéresser aux activités significatives, rencontrer des difficultés à se concentrer ou à mémoriser ou à prendre des décisions, changer sa façon de travailler ou de se motiver et de penser constamment à la mort ou au suicide (*La dépression*, s. d.).

b. Épidémiologie

La prévalence de la dépression post-AVC est difficile à estimer. Dans toutes les études explorées, il y a beaucoup de variation de chiffre. Cela peut s'expliquer en outre par le fait qu'il est difficile de la diagnostiquer et que les critères d'inclusions et d'exclusions ne sont pas les mêmes partout. De plus, les chiffres varient également en fonction du contexte de la personne, par exemple : est-elle à la maison ou à l'hôpital ? À domicile, dans cette étude, il est dit que 14% des patients présentent une dépression majeure et 9% une dépression mineure. En milieu hospitalier, la prévalence est de 21,6% pour la dépression majeure et 20,0% pour la dépression mineure. Pour les personnes sorties de l'hôpital, 24% auront une dépression majeure et 23,9% une dépression mineure, se déclarant entre 3 mois et 3 ans après la sortie d'hospitalisation (Espárrago Llorca et al., 2015). En France, l'Inserm estime qu'il y a 30% des personnes atteintes d'AVC qui auront cette pathologie. Il n'y a pas de données de la Santé Publique qui permettraient de mieux décrire sa prévalence en France.

Concrètement, les données des différentes études montrent qu'il y a énormément de variabilité, avec des chiffres allant de 30% à 70%. Ce qu'il faut en retenir, c'est que la dépression post-AVC peut survenir chez n'importe quelle personne et que c'est une pathologie très fréquente.

c. Étiologie

Des études, notamment celles faites par Robinson RG, ont permis de définir les possibles causes de cette dépression. D'un point de vue biologique, cette dépression serait liée à une lésion (plutôt à gauche) de certaines zones du cerveau (comme le lobe frontal) qui entraîne une interruption des voies de transmissions monoaminergiques (comme la sérotonine) vers les régions corticales (Santos Brosch, 2010). En réalité, ce modèle localisationniste est controversé puisque certains symptômes comme le ralentissement, les

troubles phasiques et l'hypersomnie liés aux lésions peuvent se confondre avec la dépression. Toutefois, le modèle physiopathologique de Spalletta et al montre que les lésions frontales et limbiques augmentent le risque de dépression post-AVC (Roussel et al., 2017). De plus, l'ischémie favorise la production de cytokine pro-inflammatoire, qui pourrait alors encourager cette dépression par la diminution de production de sérotonine (Drapier, 2022). Ces points de vue biologiques sont soulignés par le fait que pour le même degré de perte fonctionnelle, il y a plus de dépression en post-AVC (45% contre 10%). D'un point de vue psychosocial, la dépression est causée par les difficultés à surmonter les conséquences physiques et psychologiques d'un tel événement. Il faut en retenir que l'étiologie de la dépression post-AVC est multifactorielle et que plusieurs pistes associant facteurs biologiques et facteurs psychosociaux sont pointées. En outre, certaines études plaident contre une association entre le type de l'AVC (hémorragique ou ischémique) et la survenue de la dépression.

Il y a quelques facteurs de risques. L'âge et le sexe de la personne sont les facteurs les plus étudiés, mais sont toutefois controversés. Il est dit que cela concerne le plus souvent les femmes et les personnes âgées de moins de 70 ans (Das & G.k., 2018). Dans la pratique, une forte dépendance aux autres pour réaliser les activités de la vie quotidienne et des antécédents de dépressions sont les facteurs les plus à risque. La sévérité de l'AVC, la présence de troubles cognitifs, les troubles de la communication et l'isolement social impactent fortement également (Mountain, 2019).

En résumé, beaucoup de recherches sont en cours et il y a beaucoup de difficultés à connaître les réelles étiologies et les facteurs de risques qui sont multiples.

d. Dépistage et traitements

Environ 30 à 50 % des personnes faisant un AVC auront une dépression dans leur vie, Malgré cette forte prévalence, environ 5% des patients seront diagnostiqués. Par conséquent, c'est une maladie qui est sous-diagnostiquée. Cela s'explique par le fait que de nombreux symptômes de l'AVC peuvent se confondre avec les symptômes de cette même dépression. En effet, par exemple, l'aphasie et les troubles cognitifs peuvent rendre difficile le dépistage par des difficultés de compréhension. Certains cliniciens ont tendance aussi à

normaliser cet état, comme conséquence de l'impact de l'AVC sur le fonctionnement (Medeiros et al., 2020). Des outils standardisés permettent de pouvoir dépister cette dépression. Parmi eux, le plus rapide et facile d'utilisation est le PHQ-9 (Annexe G) qui est un questionnaire en 9 items (Favre-Bonté, 2017). Le dépistage est largement considéré comme une recommandation de bonne pratique par la HAS.

Une fois le diagnostic posé, des antidépresseurs IRS (Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine) sont prescrits. Les études montrent que la survie est significativement augmentée : 59,2 % de survie pour les patients traités par les antidépresseurs contre 34,6 % pour les patients recevant un placebo. La triade antidépresseurs, psychoéducation et soutien familial en combinaison permet de prévenir et de diminuer la survenue de cette dépression. Ces traitements peuvent donc être préventifs et sont même recommandés, aussi pour l'effet neurogénèse qu'ils procurent. De plus, il y a un effet bénéfique des antidépresseurs sur la survie à long terme après un accident vasculaire cérébral, qu'il y ait une dépression ou non. Il y a toutefois des effets secondaires importants qui sont associés à des complications hémorragiques, d'AVC et des infarctus de myocarde (Robinson & Jorge, 2016). En outre, une prise allant de 6 mois à 1 an est nécessaire pour éviter les rechutes dépressives. La surveillance des symptômes est essentielle afin d'adapter le traitement, surtout s'il n'y a pas d'amélioration d'environ 50% des symptômes dépressifs (Roussel et al., 2017).

Des approches non pharmacologiques sont encore à tester pour en prouver l'efficacité même si c'est une piste prometteuse. Parmi elles, il y a les thérapies cognitivo-comportementales, la sophrologie et la relaxation.

e. Conséquences fonctionnelles pour la personne

La dépression est une pathologie qui interfère fortement avec la rééducation, notamment pour ce qui est de la récupération de la marche et de l'utilisation du membre supérieur. Elle laisse souvent de profondes incapacités fonctionnelles qui nécessitent une rééducation intense pour permettre la récupération qui implique la mémoire de travail, l'attention et les fonctions exécutives. Toutefois, la dépression interfère et ralentit la récupération en impactant, de façon supposée, la motivation et les capacités cognitives. Par conséquent, les personnes qui ont une dépression post-AVC ont moins de chance d'être

indépendantes dans les activités de la vie quotidienne lorsqu'elles rentreront à domicile (Ezema et al., 2019b). D'autres études ont montré que les personnes ont également une restriction de participation sociale, et que l'incapacité fonctionnelle aggrave la dépression. De plus, les patients qui souffrent d'une dépression ont une mortalité qui augmente de 50%. En outre, les aidants qui viendront aider et soutenir les personnes seront eux-mêmes particulièrement exposés à la dépression et au déclin de leur santé, en fonction de l'énergie et des besoins des personnes en situation de handicap (Towfighi et al., 2017).

Dans plusieurs études, il est décrit que la gravité de la dépression impacte la marche et l'équilibre des personnes, augmentant ainsi les risques de chute. Les personnes se retrouvent à craindre de marcher, ce qui peut aggraver la dépression puisqu'elles seront plus dépendantes (Park et al., 2016).

Pour conclure, la dépression impacte toutes les dimensions de la vie de la personne, aggravant le pronostic fonctionnel et rendant les personnes plus dépendantes. C'est une pathologie fréquente, sous-diagnostiquée, mais qui peut être traitée par des antidépresseurs et par une psychothérapie. Mais alors, quelle est la contribution de l'ergothérapeute dans cette prise en charge ?

3. L'ergothérapeute au sein de l'équipe pluridisciplinaire

a. La contribution de l'ergothérapeute en rééducation post-AVC

i. L'intervention de l'ergothérapeute

L'AVC, avec les conséquences fonctionnelles induites, est ressenti comme une menace par les personnes concernant la réalisation de leurs occupations. Vivants dans une société occidentale où la productivité est une norme, les personnes peuvent se sentir marginalisées avec un risque à terme de déprivation occupationnelle (Annexe F). Le manque d'opportunité pour s'engager et la perte de rendement crée un déséquilibre occupationnel important. Les personnes rentrent ainsi dans une phase de reconstruction occupationnelle en décidant soit d'adapter des activités qui étaient dans leurs quotidiens pour pouvoir les réaliser, soit en choisissant d'autres activités. L'ergothérapeute se positionne clairement dans l'accompagnement de la création de cette nouvelle identité, en s'écartant de l'aspect purement fonctionnel. La justice occupationnelle pourra ainsi être préservée pour ces

personnes qui subissent une lourde perte (Bertrand, 2016). Concrètement, ses missions en tant que professionnel sont les suivantes :

- Prévenir les complications cutanées et douleurs en adaptant l'installation au lit et au fauteuil
- Évaluer les déficits fonctionnels qui limitent les activités et créent les situations de handicap
- Entretenir et développer les capacités cognitives, motrices et sensorielles et permettre le transfert des acquis dans le quotidien par des mises en situation écologiques
- Créer des moyens de compensations pour la réalisation des activités importantes pour la personne dans l'attente d'une récupération ou si celle-ci ne récupère pas suffisamment (Hôpitaux de Paris, 2017b)

L'ergothérapeute aura ainsi une connaissance de la personne, de ses capacités fonctionnelles et de son état psychologique ; sur son environnement physique et social et sur ses occupations. De ce fait, il est tout à fait compétent, dans l'équipe pluridisciplinaire, pour évaluer et traiter cette dépression afin d'améliorer les performances opérationnelles.

Dans la littérature, il est décrit des interventions efficaces qui permettent de réduire la dépression. À long terme, des entretiens motivationnels, des techniques de résolutions de problèmes qui font parties des thérapies comportementales peuvent réduire cette dépression. De plus, une démarche d'éducation auprès du patient et des interventions à domicile à la suite du retour à la maison (donc dans un second temps) améliorent grandement la dépression. Les objectifs de prise en soin sont donc ajustés à la survenue de cette pathologie puisqu'il est nécessaire d'allier des thérapies améliorant la dépression, mais également les performances motrices avec un temps qui est limité (Hildebrand, 2014). Les ergothérapeutes abordent le traitement par le biais de l'analyse de l'activité et en mettant l'accent sur une intervention compréhensive de la santé physique, cognitive et mentale afin de soutenir la participation significative de la personne (Pisegna et al., 2022).

ii. Le MCREO

Les modèles conceptuels sont des outils utiles à la pratique des ergothérapeutes, puisqu'ils guident la démarche d'évaluation et d'intervention. Ils permettent de mieux cerner les besoins des patients et de comprendre ses enjeux occupationnels (OEQ, 2016). Il y en a plusieurs, dont certains sont spécifiques à l'ergothérapie (MOH, MCREO par exemple) et d'autres sont interdisciplinaires comme la CIF et permettent d'avoir un langage commun.

Le MCREO (Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel) est un modèle qui permet de mettre en évidence le lien qui existe entre la personne, son environnement (social et physique), ses activités et le sens qu'elle donne à sa vie et à sa santé (Annexe E). C'est donc une prise en compte d'une personne qui vit une situation de handicap (ANFE, 2022). La spécificité de ce modèle est qu'il illustre le rendement occupationnel comme résultat de l'interaction personne-environnement-occupation.

La personne est abordée en prenant en compte la dimension spirituelle, affective, physique et cognitive. Les occupations sont celles qui sont significatives et qui procurent de la satisfaction, que ce soit dans les domaines des soins personnels, des loisirs ou de la productivité. L'environnement pris en compte est l'environnement culturel, physique, social ou institutionnel. Le rendement est défini comme la capacité de la personne à pouvoir choisir, réaliser et s'engager dans les occupations significatives qui lui procurent de la satisfaction. L'engagement est la dimension la plus large, c'est-à-dire que c'est ce que le patient va mettre en place pour réaliser et s'impliquer dans l'occupation. Un rendement positif permettra d'avoir un engagement positif. De ce modèle découle un outil d'évaluation qui est la MCRO (Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel) qui permet d'identifier les occupations importantes pour la personne et la satisfaction qu'elle en a dans l'état actuel de ses capacités. De plus, il s'agit d'une auto-évaluation, la personne va coter sur une échelle de 1 à 10 la satisfaction, l'importance et son rendement (FAURE et al., 2013)

Ce modèle peut être utilisé pour les personnes en dépression post-AVC puisqu'il va permettre de guider l'intervention en prenant en considération la dimension affective de la personne.

iii. Le profil occupationnel

L'intervention de l'ergothérapeute se fait en 4 grandes étapes : tout d'abord la demande d'intervention (par la prescription du médecin), ensuite le processus d'évaluation, puis l'intervention et enfin l'évaluation des résultats. Le profil occupationnel est une des étapes de la démarche d'évaluation en ergothérapie. Concrètement, il sert à clarifier le contexte et les préoccupations actuelles de la personne, à recueillir des informations sur les occupations qu'elle réalisait, sur ses besoins, ses problèmes et ses ressources. L'ergothérapeute se penche aussi sur ses facteurs environnementaux qui peuvent limiter ou soutenir la réalisation des activités (Association Suisse des Ergothérapeutes et al., 2017). La MCRO est un outil qui peut être utile aussi pour aider la personne à prioriser ses besoins et pour définir les activités qui sont importantes pour elle. Ce profil occupationnel est particulièrement utile pour avoir une vision holistique de la personne et les modèles peuvent aider à l'établir. Ici, il est aussi utile pour aider la personne à se rendre compte de ses ressources, de ses besoins, mais aussi pour l'équipe soignante afin de détecter les risques de développer la dépression, la prévenir et de s'appuyer sur l'environnement de la personne et sur ses activités significatives.

iv. Les activités significatives et significatives

Les activités significatives sont les activités qui ont du sens pour la personne tandis que les activités significatives sont les activités qui ont du sens socialement par l'entourage de la personne et par la société. Par exemple, une personne peut avoir pour activité significative de faire une activité musicale (c'est une activité qui a du sens pour elle) et peut avoir pour activité significative de cuisiner au quotidien pour sa famille. Une activité peut être à la fois significative et significative pour une personne (ErgOT, s. d.)

Comme expliqué dans les parties précédentes, l'ergothérapeute est compétent pour aider au traitement de la dépression. Il peut en effet traiter les symptômes négatifs en intégrant le traitement des symptômes indésirables dans le contexte de la réalisation d'une activité significative orientée vers un objectif. Par exemple en utilisant une thérapie de résolution de problèmes tout en réalisant la préparation d'un repas simple. Face à des symptômes dépressifs, le rôle du thérapeute est de faciliter l'engagement du patient dans

ses occupations significatives, signifiantes et agréables pour soutenir la santé mentale et pour limiter l'impact des symptômes indésirables qui interfèrent avec les occupations (Pisegna et al., 2022).

b. L'importance de la pluridisciplinarité

Dès l'arrivée de la personne en UNV, celle-ci est prise en charge par une équipe qui va travailler en étroite collaboration. Le but premier de cette équipe est de maintenir la personne en vie, les premières heures sont cruciales avec une intervention essentiellement médicale par les médecins, les infirmiers et les aides-soignants. Puis, la prise en charge de complications secondaires de la pathologie sous forme d'étapes intriquées : rééducation, réinsertion et réadaptation. Ces complications seront prises en charge par l'équipe pluridisciplinaire intra-hospitalière puis extrahospitalière si besoin. Le médecin prescrit, selon les besoins de la personne, l'intervention de plusieurs acteurs :

- Le kinésithérapeute, qui est un rééducateur des fonctions sensibles par des stimulations et de récupération motrice, notamment la marche et les déplacements.
- L'orthophoniste qui s'occupe de la rééducation des fonctions langagières et de la déglutition.
- L'orthoptiste qui s'intéresse aux fonctions oculomotrices et visuelles.
- Le psychologue et le neuropsychologue qui se consacrent à la prise en soin de l'anxiété et de la dépression. Il peut également évaluer les troubles cognitifs en fonction des équipes et recevoir la famille si elle en ressent le besoin. Le neuropsychologue, par des bilans, essaie de comprendre le fonctionnement cognitif de la personne à la suite d'une affection neurologique.
- Enfin, l'ergothérapeute dont l'intervention a été décrite plus haut.
- Il peut y avoir d'autres intervenants selon les structures de soins : les diététiciens, les tabacologues, cardiologues, etc (Bezanson, 2016).

L'ergothérapeute fait donc partie d'une équipe pluridisciplinaire vaste, dont chacun a un impact pour le traitement de l'AVC et de la dépression, et qui nécessite d'être coordonnée pour avoir une intervention efficace. Beaucoup de patients ont pu déclarer dans cette étude qu'ils donnaient davantage de priorités aux besoins physiques, négligeant un

peu la santé mentale. Certains ont pu également dire être déçu face au manque de coordination des équipes concernant la santé mentale. De plus, même lorsque l'équipe pluridisciplinaire est bien coordonnée, il est souvent difficile de traiter les symptômes de dépression et d'anxiété (Pisegna et al., 2022).

c. Le lien vers le retour à domicile

Parmi les rôles de l'ergothérapeute, il préconise des aides de retour à domicile et le passage de soignants avec l'accord du patient. Selon les places disponibles dans les unités hospitalières, les patients sortent lorsque ce n'est plus dangereux pour eux de rentrer à domicile. Des institutions existent si la personne ne peut pas rentrer à domicile, mais ici ne sera abordé que le retour à domicile.

Il existe des retours précoces des personnes qui sont possibles, selon la HAS, seulement s'il « existe une équipe spécialisée en rééducation et réadaptation à domicile disposant du temps et des moyens nécessaires » (ANAES, 2003). Précédemment, il était question que parmi les personnes atteintes de dépression, 50% d'entre elles seront toujours atteintes 1 an après le début des premiers symptômes et que 14% des personnes à domicile seront atteintes par la dépression. Les ergothérapeutes encouragent la reprise d'activités à domicile, et cherchent à lutter contre cette pathologie, en plus des déficits fonctionnels qui seront toujours présents à domicile. La rééducation et la réadaptation a pour but de soutenir la personne à reprendre sa place (notamment sociale) au plus proche de ce qu'elle était avant l'accident.

Plusieurs mesures d'accompagnement utilisées en France sont décrites dans cet article peuvent être mis à disposition de la personne pour permettre un meilleur retour à domicile (J. C. Daviet et al., 2022) :

- L'Éducation Thérapeutique du Patient pour le patient et les aidants. Ce sont les besoins de premiers plans pour les personnes : comment gérer les séquelles pour les patients et les aidants ? Comprendre la maladie et ses impacts est essentiel pour préparer la sortie des patients et améliorer la qualité de vie. À défaut de pouvoir participer à ce type d'atelier, il faut en informer les patients et leur entourage pour les aider au mieux à

accepter la maladie, et leur donner la capacité de pouvoir décider de leurs objectifs, ce qui peut grandement participer à la continuité des soins plus tard à domicile.

- Les visites à domicile pour les personnes ayant des séquelles sont proposées pour adapter le domicile par l'ergothérapeute et l'assistante sociale. Certains troubles (notamment cognitifs, mais aussi psychologiques) peuvent survenir une fois à domicile. Des sorties thérapeutiques au domicile le weekend sont préconisées par la HAS afin d'avoir une réadaptation progressive.
- Depuis 2019 pour les patients post-AVC, le service de retour à domicile des patients hospitalisés Prado a été initié par l'assurance Maladie. Le but étant d'anticiper les besoins des personnes et de permettre une connexion hôpital-ville. Un intervenant rencontre les patients (avec son consentement) sur décision de l'équipe pluridisciplinaire. Son but est de commencer à programmer les premiers rendez-vous médicaux qu'il aura en ville.
- Les équipes mobiles de rééducation et de réadaptation qui interviennent soit si le retour à domicile est précoce, soit s'il y a des personnes qui ont de grandes difficultés. Au Canada, les études ont montré que cette intervention était utile, car les personnes avaient une grande amélioration de leur participation dans les activités et dans la vie sociale à long terme. De plus, les aidants informels sont soulagés et en meilleure santé. En zone rurale, où les soins peuvent être plus difficiles, c'est une alternative intéressante.
- Pour le retour à l'emploi, les professionnels intègrent une démarche précoce d'insertion professionnelle : le projet de retour à l'emploi est intégré très tôt comme projet de soin dans les SSR. Pour cela, les services peuvent faire appel à des organismes extérieurs nationaux comme COMETE et Unités d'Évaluation de Réentraînement et d'Orientation Sociale et professionnelle UEROS. Il y a malheureusement très peu de données fiables concernant leurs efficacités actuellement.

En tant que professionnel, il faut tenir compte et informer de l'existence tous ces dispositifs pour le patient et leurs aidants, afin de donner toutes les chances au retour à domicile et prévenir les rechutes de la dépression, les restrictions de participation sociale et d'activité, et enfin, de soutenir les aidants informels afin de limiter la dégradation de leur santé.

4. Problématique :

Dans les précédentes recherches, il est constaté que la contribution de l'ergothérapeute était identifiée pour lutter contre la dépression et pour la rééducation du patient adulte en post-AVC. Les personnes atteintes de dépression ont un rendement occupationnel perturbé, sur tous les domaines d'occupations. De lourdes conséquences sont à prévoir quant au devenir fonctionnel des personnes pour qui la dépression n'est pas prise en compte : ralentissement de la récupération, conséquences sociales, retour à domicile mal préparé. Au-delà de la personne, les aidants informels seront les premiers à avoir une santé qui décline après le retour à domicile, avec une mortalité élevée et des troubles psychiatriques importants. Il s'agit donc de prendre en compte cette pathologie, et de la prévenir, en prenant compte de la personne et de son environnement. La démarche de l'ergothérapeute s'inscrit en ce sens. Plusieurs techniques ont été décrites et des liens ont pu être faits avec des modèles, notamment celui de la MCREO, pour guider l'intervention.

Toutefois, ces lectures étaient principalement internationales, et en France, les systèmes de soins sont inégalement répartis, même si des programmes sont en cours pour pallier ces inégalités. Dans des soucis de rendement et de places, des protocoles de soins sont souvent appliqués et la santé mentale vient au second plan (Annexe H) pour laisser place à une prise en charge plutôt physique et fonctionnelle.

La problématique est la suivante : **Comment l'ergothérapeute en SSR peut-il, en pratique, pleinement permettre à une personne adulte atteinte de dépression post-AVC, son engagement occupationnel, malgré la tension hospitalière actuelle ?**

II. Partie Méthodologie

1. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude est de récolter des avis d'ergothérapeutes dans différentes infrastructures afin de pouvoir comparer leurs interventions auprès des personnes atteintes de dépression post-AVC et permettre leurs engagements occupationnels malgré la tension hospitalière actuelle. En effet, l'engagement occupationnel est au cœur de l'intervention des ergothérapeutes, et les contraintes institutionnelles ainsi que cette dépression peuvent mettre à mal cette intervention. Il était donc intéressant d'interroger plusieurs ergothérapeutes venants de différents établissements afin de comparer leurs pratiques.

2. Type de recherches, populations et outils d'investigation

Le but est de récolter des données qualitatives par une enquête exploratoire non interventionnelle. Quatre entretiens semi-directifs avec des questions ouvertes ont été réalisés.

a. Choix de la population : présentation et justification

i. Critères d'inclusion et de non-inclusions

Concernant le choix des ergothérapeutes interrogés, des critères d'inclusions ont été préalablement définis comme étant les suivants :

- Avoir le diplôme d'ergothérapeute depuis minimum 3 ans afin d'avoir suffisamment d'expérience pour pouvoir répondre aux questions
- Avoir une expérience professionnelle depuis au moins 3 ans dans un SSR neurologique
- Avoir une patientèle adulte (18-65 ans)
- Exercer en France afin d'avoir une représentation de la pratique dans notre contexte de santé actuel.
- Maîtriser le français

Interroger des ergothérapeutes pratiquant dans une diversité de type de structure serait intéressant pour mettre en avant l'impact que celle-ci a sur la pratique.

Dans les critères de non-inclusion, il a été défini que malgré l'âge moyen des personnes ayant eu un AVC étant élevé, une patientèle strictement gériatrique n'est pas souhaitée.

b. Démarche de recrutement des participants

Plusieurs démarches ont été effectuées en parallèle. Tout d'abord, des demandes ont été envoyées par mail grâce au répertoire de stage mis à notre disposition. Malgré la demande faite à plusieurs ergothérapeutes, j'ai pu avoir un seul entretien grâce à ce mode.

Un entretien a pu être réalisé en contactant une ergothérapeute via LinkedIn.

Deux autres ont pu être réalisés grâce au bouche-à-oreille, l'un de mes anciens tuteurs ayant de nombreux contacts dans ce domaine.

Ainsi donc, 3 entretiens téléphoniques ont pu être effectués et un en visioconférence. Les 4 ergothérapeutes interrogés venaient tous de structures SSR différentes et 2 d'entre eux ne se trouvaient pas à Lyon.

c. Choix de l'outil d'investigation

L'outil d'investigation choisi est un entretien semi-directif. L'objectif ici est de favoriser le discours de la personne dans un climat de confiance et par une écoute active. L'idée est de se concentrer sur le vécu et les ressentis des personnes interrogées afin de compléter la partie théorique qui est factuelle.

Pour cela, un guide d'entretien a été construit afin de guider la personne et de cibler en fonction de la problématique les points qui semblent être importants. C'est un outil souple par l'élaboration de questions qui seront plutôt ouvertes, permettant à la personne de pouvoir s'exprimer librement sur le sujet. Chacun des participants sera interrogé grâce au même guide.

d. Élaboration du guide d'entretien

L'élaboration de ce guide (Annexe I) a été effectuée en rapport avec les cours d'anthropologies qui ont été dispensés. Il s'agissait de définir tout d'abord les thèmes en rapport avec la problématique définie.

Le guide a suivi les thèmes suivants :

- Présentation du professionnel et du contexte dans lequel il exerce
- Accompagnement de la personne adulte ayant une dépression post-AVC
- Présentation de la pratique dans le contexte de tension hospitalière
- Présentation de la place de l'ergothérapeute dans l'équipe pluridisciplinaire

Ces entretiens ont suivi les règles d'éthique et de confidentialité. Chacun des participants a été informé de l'enregistrement de l'entretien et a signé une feuille de consentement.

3. Méthode de traitement et d'analyse des données :

a. Grille d'analyse

La Grille d'analyse (Annexe J) avait pour but de réunir dans un tableau les verbatims des participants en fonction des thèmes et des indicateurs décrits ci-dessus. Une première lecture a été faite en surlignant les parties de l'entretien en fonction des thèmes puis les notions importantes ont été mises dans ce tableau. Une analyse convergente et divergente des propos a été effectuée et un résumé des idées clés également.

b. Aspects éthiques :

Pour cette étude, la loi Jardé s'applique, nous empêchant ainsi d'aller rencontrer des patients avec notre grille d'entretien. Par conséquent, des professionnels intervenants auprès de la patientèle cible ont été choisis. L'anonymat s'est vu être respecté en ne donnant aucun nom des personnes participantes et en respectant la confidentialité. Les entretiens ont été retranscrits pour l'analyse en respectant ces règles. Les données audios utilisées seront supprimées à la suite de ces retranscriptions et du rendu du mémoire, comme convenu dans le formulaire de consentement signé par les professionnels.

c. Identification des limites de la méthode

Plusieurs contraintes sont survenues. Tout d'abord, beaucoup de SSR neurologiques ont pour la majorité de leurs patients des personnes âgées, pour certains des professionnels interrogés, les patients ayant moins de 65 ans sont loin d'être la majorité. De plus, dans ce contexte de tension au niveau des effectifs, certains de mes entretiens ont été annulés sans être reconduits (notamment avec les neuropsychologues qui ont souvent des temps très courts).

En outre, ce type d'étude a des biais du fait de sa modalité : la conversation peut influencer les personnes involontairement. L'échange s'étant fait souvent par téléphone, ce n'est pas un contexte idéal, notamment pour identifier le langage non verbal des personnes.

III. Présentation des résultats

1. Présentation des ergothérapeutes interrogés et de la structure

Les ergothérapeutes interrogés travaillent tous en SSR et ont été inclus dans l'étude selon les critères d'inclusions et de non-inclusions précédemment cités.

	E1	E2	E3	E4
Année d'obtention du diplôme	2014	2005	2017	2011
Temps d'exercice dans la structure	2 ans	15 ans	5 ans	3 ans
Type de structure	Structure associative, extérieur de Lyon	Clinique à but lucratif	Structure médico-sociale, extérieur de Lyon	HCL Lyon
Méthode d'entretien	Téléphonique	Téléphonique	Téléphonique	Visioconférence
Durée de l'entretien	40 min	45 min	40 min	1 h

Tableau 1 : Présentation des participants et des structures

2. Facteurs favorables et limitants

Les entretiens ont été réalisés en distanciel, par téléphone ou visioconférence. Pour E2 et E3, les professionnels étaient sur leur lieu de travail. Les différents facteurs favorables et limitants ont été listés ci-dessous :

Facteurs favorables

Facteurs limitants

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • <i>Contact 1 mois en amont pour permettre aux ergothérapeutes de se libérer</i> • <i>Intérêt des personnes pour le sujet</i> • <i>Environnement de passation calme et isolé</i> • <i>Feuille d'entretien réalisée au préalable pour guider les professionnels</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Condition de passation par téléphone non idéale pour capter le langage non verbal des personnes • Entretien sur le lieu de travail entre deux patients pour certains professionnels donnant lieu à des annulations ou des retards parfois • Mon inexpérience pour mener des entretiens |
|--|--|

Tableau 2 : Facteurs favorables et limitants des entretiens

3. Rééducation des personnes adultes ayant une dépression post-AVC

a. Profil des personnes accueillies

Dans les structures où travaillent les ergothérapeutes interrogés, il est constaté que pour la plupart, ce n'est pas un centre de rééducation spécifique aux AVC des personnes étant âgés de moins de 65 ans. La moyenne d'âge se trouve eux entre 65 et 75 ans. Comme le souligne E3, les patients plus jeunes **« Ce sont surtout des patients qui ont souvent un peu moins d'atteintes sur le plan moteur. Du coup, au niveau du parcours de soins, c'est moins des patients qui passent par le SSR, ils rentrent au domicile, et ensuite, intègrent un suivi en Hôpital de Jour. »**. Toutefois, la plupart des ergothérapeutes expliquent quand même recevoir de temps en temps des jeunes patients en fonction des structures. E1 explique **« On peut même avoir des très jeunes »**.

Parmi les ergothérapeutes interrogés, il y a l'ergothérapeute desHCL qui a l'habitude de rencontrer des patients âgés de moins de 60 ans. Dans cette structure, un programme intensif sur 6 semaines est proposé pour ces personnes-là.

Il est donc constaté que les jeunes patients ayant eu un AVC sont souvent accueillis dans des SSR où la moyenne d'âge est gériatrique (la pathologie touchant plus les personnes plus âgées). Ils passent plus rarement par un SSR classique et sont plus souvent vu en hôpital de jour. Toutefois, certains, rencontrant des difficultés de récupération, sont vu en SSR. D'autres structures plus spécialisées reçoivent des patients plus jeunes. Dans les grandes villes, ce type de structures sont plus accessibles, mais dans des lieux plus reculés, les patients sont accueillis dans des SSR moins spécifiques à l'adulte jeune.

b. Contexte de la pratique professionnelle

En fonction des besoins et des possibilités des professionnels, les personnes ayant eu un AVC sont vu tous les jours. En effet, E4 explique que le programme se base sur **« les recommandations aussi de différents pays qui indiquent les premières 6 semaines Post AVC sont les semaines les plus importantes au niveau de la neuroplasticité »**. Par conséquent, ces semaines étant importantes, un travail intensif est nécessaire avec des séances tous les jours qui durent entre 30 et 45 minutes ; et pouvant aller jusqu'à 90 minutes pour des mises en situation plus longues.

Toutefois, dans certains contextes, les professionnels voient leurs patients moins souvent. C'est le cas de E1 et E3 qui ont réduit à un **« minimum 4 fois par semaine »** en temps plus compliqués. Dans d'autres contextes plus favorables, E4 décrit le rythme comme étant celui-ci : **« minimum 5 fois par semaine, donc une séance tous les jours en individuel et il peut avoir aussi 2 séances jusqu'à 2 séances en groupe d'une heure par semaine aussi »**.

De plus, la durée moyenne du séjour se situe entre 2 et 4 mois en SSR recevant une patientèle plutôt gériatrique. Il y a toutefois de nombreuses différences entre les structures, et également entre les patients.

c. La mise en lumière de la dépression

La connaissance de la dépression n'est pas évidente pour tous les ergothérapeutes questionnés. En effet, E2 dit ne pas connaître la dépression **« : On a pas du tout observé une dépression particulière chez les patients post-AVC. Chez nous en tout cas, on en fait pas lumière et on ne travaille pas du tout autour de ça. »** Elle décrit toutefois le fait qu'il y **« a énormément de patient qui vivent leur handicap avec complexité, difficulté. »** et que certains **« n'ont pas le moral comme on dit »**. La mise en lumière n'est pas faite dans cet établissement parce qu'ils ne savent pas si la dépression est réellement due à l'AVC ou si c'est simplement une baisse de moral à la suite d'un traumatisme. Cette idée revient également chez E4 qui explique la difficulté de poser un diagnostic **« le diagnostic n'est pas toujours fait tout de suite, après les diagnostics, ça reste un peu flou. Est-ce que c'est pathologique avec un besoin d'être traité comme une dépression ou est-ce que c'est un processus de deuil tout à fait normal et attendu après un traumatisme comme un AVC »**.

En outre, ces ergothérapeutes décrivent également le fait que les patients qui ont des troubles cognitifs et des séquelles sont souvent ceux qui ont le plus souvent une dépression ou une perte de moral. E1 ajoute également que **« Ce qui est parfois difficile en neuro justement, avec ces patients-là, c'est faire la part entre le côté dépressions et puis le côté trouble cognitif »**. Ce qui rajoute de la complexité à ces diagnostics, car les personnes ayant le plus de séquelles, notamment au niveau cognitif, sont les plus susceptibles de développer la dépression, ce qui complique le dépistage.

D'autre part, les E1, E3 et E4 disent que les connaissances liées à la dépression sont des choses **« auxquelles on est sensibilisé et aussi des choses qu'on rencontre vraiment tous les jours, je dirais. »**. E1 l'a décrit comme quelque chose qui **« se traduit souvent par un repli sur soi, [...] ils vont avoir une perte de motivation qui vont du coup pas être toujours investi ou trop investi dans certains cas dans la rééducation. »**. Ils rapportent tous en effet que cette dépression peut être un réel frein à la rééducation et que **« ce n'est pas un facteur positif par rapport à la récupération » (E3)**.

Dans l'établissement de E4, ils vont jusqu'à anticiper cette dépression en proposant un accompagnement psychologique. Elle décrit le fait qu'**« ils préfèrent donner un petit booster au niveau des médicaments avant de que les symptômes vraiment se présentent pour que la personne puisse profiter le plus possible de la rééducation »**.

d. L'intervention en ergothérapie : modèle ou pas modèle ?

Dans un premier temps, pour déterminer le profil occupationnel, E1, E3 et E4 propose de passer la MCRO. Chacun va l'utiliser de façon différente. E3 explique faire la MCRO de façon formelle **« quand les gens ont la capacité d'élaborer un peu, d'identifier les activités et de faire les cotations de satisfaction, de rendement et d'importance »**. E1 rejoint un peu cette idée en disant préférer la faire passer en hôpital de jour, car au début, il n'est pas facile de savoir ce qui est difficile dans les activités. Pour E4, cet outil lui sert surtout à inclure le patient dans le choix de sa rééducation **« On va juste voir avec vous quelles sont les choses par où vous voulez commencer »**. Elle explique également que la MCRO est parfois difficile à passer, notamment si la personne a des problèmes de communication. Dans ces cas-là, elle utilise actuellement OT'hope, qui est un outil avec des

images pour aider la personne à exprimer ses besoins. Quant à E2, elle n'utilise pas ces outils, mais dit utiliser des portions de modèles en fonction de ses besoins. E1 et E3 n'utilisent pas forcément de modèles, mais se servent d'outils qui en découlent comme la MCRO. E4, elle, cadre sa pratique par **« un modèle OTPM, mais ce n'est pas un modèle théorique, c'est un modèle de prise en charge. Mais qui m'aide avec mon raisonnement clinique »**.

Chacun a une façon différente d'utiliser ces modèles et outils, toutefois, ils tournent tous leur intervention vers les activités plaisirs et les activités signifiantes pour remotiver les patients. L'approche se fait **« plus centré sur de l'écologique, sur la valorisation de leurs compétences et de leur indépendance dans la vie quotidienne »**. E2 parle de **« trouver des moyens de d'accroche, des petits objectifs qui puissent être réalisables et puis de leur redonner goût quoi donc bah notamment avec des activités manuelles ou autre »**. Pour elle, l'ergothérapie est une force pour le traitement de la dépression puisqu'elle utilise **« l'activité comme moyen et comme objectif donc je trouve que c'est un outil [...] pour contourner la dépression »**. Chacun des ergothérapeutes se tournent vraiment vers le fait de **« Remobiliser des ressources et montrer aussi à la personne de voir de quoi elle est capable »**. E1, E3 et E4 proposent des activités de rééducation en rapport avec les envies des personnes, en s'appuyant sur la MCRO. E2 propose, quant à elle, une activité cuisine **« on les installe, ils sont invités comme au restaurant et ils peuvent discuter avec d'autres patients, ça pallie la solitude »**. Certains patients cuisinent et d'autres sont invités à manger, l'idée étant de stimuler le plaisir et pour se décentrer du travail de rééducation brute.

Les ergothérapeutes décrivent également le fait que parfois, ils ne vont pas hésiter à couper la séance si la personne a besoin d'écoute. E3 décrit cela comme **« partir sur un échange avec le patient pour essayer de voir un peu comment il se sent et prendre en considération son humeur. »**. Ainsi donc, pour améliorer le traitement de la dépression, il faut savoir écouter activement la personne et s'ajuster à elle, quitte à arrêter la séance pour cela.

Chaque intervenant a pour but de motiver le patient. Des sorties thérapeutiques peuvent être proposées aux patients. L'établissement de la Croix-Rouge propose des sorties thérapeutiques qui peuvent durer 2 semaines, tandis qu'aux HCL, ils proposent des sorties thérapeutiques aussi vite que possible pour une nuit. De plus, E4 propose parfois à la famille

de venir en séance *« dans les cas de dépression, quand la personne, on n'arrive pas à l'engager dans la rééducation, on peut être amené à les inviter à venir en séance et justement, il s'agit de voir si ça peut nous aider des fois au niveau de la communication. Mais c'est parfois aussi au niveau de la motivation »*

e. Et les données probantes dans tout ça ?

La recherche des données probantes n'est pas évidente pour tout le monde. En effet, si les ergothérapeutes interrogés ont les accès à des revues scientifiques, *« on a accès à Cairn, à Science Direct par l'établissement »* (E3), le temps limité demeure un frein. E4 appuie cette affirmation *« Le temps un peu moins, en toute honnêteté parce qu'avec les tensions au niveau des personnels »*. Toutefois, pour E4, lorsque l'équipe est au complet, il lui est possible de chercher ces données, ce qui n'est pas le cas pour les autres ergothérapeutes.

Pour pallier ce manque de temps, E1 et E4 ont des groupes de travail *« on est 4 ou 5 pour l'instant et on cible une problématique qu'on trouve. »* (E4). Cela leur permet de se répartir le travail de recherche et de le partager au reste de l'équipe. E3 explique également *« il y a des groupes de travail et tout, mais pas sur la dépression »*. De son côté, E2 explique *« consulter les recommandations de la HAS, ça ouais, on a les ressources nécessaires, mais les mettre en place non »*.

Ainsi donc, chacun a les ressources financières de consulter les données et les recommandations, toutefois avoir le temps de le faire peut être compliqué. De plus, pour certains soulignent le fait de pouvoir mettre les fruits de leur recherche en application comme étant impossible.

4. Favoriser l'engagement occupationnel dans un contexte de tension hospitalière

a. Le ressenti de la tension hospitalière dans la pratique

Tous les ergothérapeutes questionnés ressentent la tension hospitalière grandissante, mais pour chacun d'entre eux, elle se manifeste de manière différente. E2 rapporte une évolution en ce sens : *« quand j'ai été diplômé, je suis passé de 10 patients par jour et j'arrive à les voir 2 fois, à aujourd'hui j'en vois 13 et je les vois qu'une fois »*. Les

causes sont multiples, E1, E2 et E4 parlent du fait **« que la charge administrative ne cesse d'augmenter. » (E2)**. D'un autre côté, le manque d'effectif en ergothérapie est souligné pour E2 et E3 **« on ne peut pas faire de recommandation quand l'hôpital est en sous-effectifs permanents, ça ne peut pas marcher. » (E2)**. E3 et E4 parlent aussi du temps de psychologues et de neuropsychologues qui est limité **« Donc après le plus difficile, c'est comme partout au niveau établissement, ce sont les ressources humaines au niveau psychologique qui ne sont pas forcément en lien avec la demande » (E3)**.

E1, E2 et E3 rapportent également la pression due au rendement de l'établissement **« Mais ça ne m'empêche pas de ressentir quand même, effectivement, de plus en plus de, je ne sais pas si je peux dire pression, mais en tout cas de prendre en compte du fait de la rentabilité, qui est cotation avec le paiement à l'acte tout ça » (E1)**. E3 explique que dans son établissement, il y a un flot continu de patient : **« En fait, ils font rentrer des patients de manière continue. Sans forcément se préoccuper, si nous derrière les professionnels, on peut les prendre en charge de manière adéquate et si on a même le temps de les voir. »**.

Par ailleurs, E4 dit ne pas ressentir de contraintes dans ce contexte-là, mais souligne tout de même que le recrutement d'effectif n'est pas facile **« on vient de finir de compléter l'équipe à peu près parce qu'il y a plein de gens qui sont en arrêt maladie, en arrêt à cause de burn-out, de la charge de travail, et cetera. Et le recrutement ce n'est pas hyper facile des fois »**.

b. Allier le rendement institutionnel avec une intervention patient-centrée

i. Lutter pour proposer des activités écologiques et signifiantes

Les ergothérapeutes, intervenant plutôt en écologique, ont besoin de plus de temps pour leurs interventions. E1 parle de devoir **« défendre un petit peu et d'expliquer notre façon de travailler pour qu'on ne touche pas trop à ça quoi. »** afin de faire comprendre à l'institution en quoi cela est nécessaire, voire primordial pour le patient. Elle explique **« on peut vraiment adapter, si tu as besoin de faire une petite journée avec eux pour une visite à domicile ou pour une cuisine voilà »** pour ses interventions. Toutefois, pour E2, même s'ils ont la chance de pouvoir bloquer du temps, elle explique qu'il y a des conséquences à ça, le

temps étant limité : « ***Pendant ce temps-là, les autres patients ne sont pas pris en charge ou si on a la chance d'avoir un renfort ce qui nous arrive occasionnellement*** ».

Pour pallier cette contrainte, des astuces sont mises en place. E3 parle du fait qu'il faut anticiper longtemps en avance pour les choses qui prennent plus de temps « ***Disons qu'il faut anticiper, bien 2 semaines à l'avance pour pouvoir bloquer les créneaux. Là par exemple, hier j'ai fait une visite à domicile, j'ai programmé il y a 3 semaines*** ». Il doit également, comme pour E1, réduire le nombre d'interventions par semaine « ***j'essaie de faire une fois par jours, mais en ce moment comme c'est plus compliqué, on réduit à 4 fois par semaine*** » (E3). Pour E1 et E2, l'une des solutions est également de faire des groupes pour pouvoir quand même voir les patients, même si ce n'est pas toujours l'idéal « ***Voilà, on essaye de nous demander de faire des séances de groupe, alors ça peut être très bien, mais ce n'est pas toujours voilà*** » (E1).

E4 explique que le manque d'effectif neuropsychologue et psychologue a un impact sur les séances d'ergothérapie : « ***Et si on a quelqu'un qui a une problématique qui en dépression, des fois, c'est nous, je trouve, c'est finalement c'est les ergothérapeutes qui prenons tout. Il y a beaucoup de décharges émotionnelles sur nous. Et l'impact que ça peut avoir, c'est qu'il y a des séances d'ergothérapie où on passe des séances des fois à écouter*** ». En revanche, elle ne ressent pas de contrainte ou de pression de la part de l'institution « ***je n'ai pas ce ressenti de contrainte, je ressens vraiment une liberté de faire comment je crois avec les moyens que je crois*** ». Elle continue en ce sens en expliquant que le reste de l'équipe est compréhensive et que si elle perd du temps avec une visite à domicile ou autre, les médecins décaleront la sortie thérapeutique la semaine suivante.

ii. La prise en compte de l'environnement social de la personne

La prise en compte de l'environnement social est importante pour favoriser l'engagement occupationnel. Certains ergothérapeutes, comme E4, peuvent les inviter lors des séances de rééducation. E2 propose un « ***P3I, qui est un rendez-vous famille dans lequel tu fixes des objectifs avec la famille, le patient. [...] Ça te permet d'expliquer à la famille ou en est les patients, c'est quoi les attentes et les contraintes.*** », permettant ainsi à la famille de pouvoir remplir son rôle social. Tous les ergothérapeutes vont profiter également des visites à domicile afin de les rencontrer.

D'autre part, E1 et E4 trouvent ne pas faire assez le lien avec la famille « ***Pas assez, mais on essaye d'être pas mal en lien quand même*** » (E1). E4 explique que cela est plus lié aux contraintes du programme proposé : « ***C'est là où on a un peu plus les contraintes dans cette unité. Les séances sont pour que tous les rééducateurs puissent avoir les nombres des séances qu'il faut au niveau de l'intensité avec laquelle le programme a été créé*** ». Pour E1, c'est plus lié aux ressources de l'établissement : « ***le manque de temps et l'organisation de la structure, en centre de rééducation, tu es toujours dans ta salle à faire tes trucs [...]*** Après, ça nous arrive régulièrement de les inviter pour faire les transferts voiture, pour leur montrer des aides techniques et des choses ». L'idée étant d'inclure au maximum les personnes dans la rééducation de leur proche, malgré les contraintes, et de les guider.

Tout comme les autres ergothérapeutes, E3 souligne l'importance d'être en lien avec eux et dit pouvoir passer par le contact téléphonique « ***on passe par le contact téléphonique. Soit pour avoir des infos, soit pour les vérifier aussi [...]. Et puis quand il y a besoin.*** ». En revanche, E1 souligne la difficulté de passer par ce contact et dit préférer les croiser notamment lorsque la famille rend visite au patient, « ***les personnes viennent beaucoup plus facilement vers nous que quand on dit ben n'hésitez pas à appeler.*** ».

c. Préparer le retour à domicile

L'avis des ergothérapeutes est très sollicité pour cette partie. En effet, E1 explique qu'il y a « ***certains médecins qui nous prennent bien en considération et qui du coup nous demande beaucoup notre avis par rapport à ce retour*** » mais que parfois, elle est avertie un peu au dernier moment ce qui peut être désagréable. Tous les ergothérapeutes questionnés ont déjà été amenés à préparer ce retour par des visites à domicile. Elle est utile pour « ***se rendre compte de l'architecture du domicile, du quartier, comment le patient gère son quotidien, ça permet d'orienter la prise en charge et les objectifs, ça permettrait d'avoir le temps de prévoir des aménagements s'il y a besoin et ainsi de suite*** » (E2).

En termes de temporalité, E4 explique que le retour à domicile est envisagé dès le début et qu'elle les prépare, avec le patient, par le biais d'entretien et grâce aux permissions qui ont lieu le weekend. Des différences sont notées sur cette temporalité entre les différents ergothérapeutes. E1 décrit commencer la préparation lorsqu'il « ***y a plus trop d'évolution [...]*** et commencer à réfléchir à tout ce qui est matériel et à la visite à

domicile » tandis que pour E2 « **dans notre rêve absolu, on aimerait aller le plus vite possible à domicile, c'est-à-dire le premier mois. Pour l'instant ce n'est pas fait si précocement [...] à partir du 2^e mois** ». Cette idée d'aller à domicile rapidement se retrouve également chez E3. Toutefois, le point commun de tous ces retours, c'est qu'ils sont discutés en équipe « **on essaie de le définir en synthèse le plus rapidement possible.** » (E3).

Pour les retours précoces avec un suivi par une équipe mobile, E2, E3 et E4 expriment les mêmes choses « **Nous on ne fait pas le retour précoce, on peut si le patient signe une décharge de s'en aller, ou alors si la récupération est suffisante pour un retour à domicile en sécurité avec un passage à l'hôpital de jour et oui on est en contact avec une équipe mobile, mais ce n'est pas du tout systématique.** » (E2). En effet, E4 continue « **Actuellement ici à Lyon, il y a une seule équipe mobile pour Post AVC et c'est nous [...] En fait, il y a un ergothérapeute à 20% [...] et elle fait des interventions ponctuelles** ». Les suivis par une équipe mobile ne sont donc pas faisables, et l'ergothérapeute en question n'intervient que sur des situations d'urgence. Par conséquent, les ergothérapeutes font rentrer les patients à domicile lorsque c'est sécuritaire et propose un suivi en Hôpital de jour. Pour E1, c'est un peu différent, ils peuvent faire ces retours précoces pendant quelques semaines, notamment lorsque la dépression est installée et que la personne n'est plus motivée en rééducation puis la reprendre au centre ou alors avec l'équipe mobile « **on a une équipe mobile dans notre structure.** » (E1). Donc ici, ce qui est mis en lumière, c'est qu'en fonction des structures et des ressources, le retour à domicile ne se prépare pas et ne se passe pas de la même façon.

5. La force d'une équipe pluridisciplinaire

a. L'importance de l'alliance pluridisciplinaire

L'alliance de l'équipe pluridisciplinaire repose, selon les participants, sur le fait que chacun puisse alerter les équipes lorsqu'il y a des signes de dépression « **Oh bah moi je pense qu'on a tous un rôle d'alerte [...]. Donc je dirais que tous les intervenants ont une connaissance du patient et donc un rôle d'alerte euh auprès du psychologue** » (E2). Tous les ergothérapeutes interrogés relatent le fait d'alerter et de tracer « **Donc moi dès qu'il y a un**

petit truc que je vois qui touche le thème du moral, c'est noté, quitte à ce que j'appelle le médecin. » (E1).

Chacun des ergothérapeutes expriment le fait que chaque professionnel à ses spécificités et qu'il est possible de se reposer dessus. E1 explique « ***Et ça va être assez vite je trouve pris en charge par le médecin, l'infirmier pour les médicaments et par la psychologue qui va être interpellée assez rapidement.*** ». De plus, E4 affirme « ***on peut aussi envisager des séances en pluridisciplinarité en fait pour voir si ça peut aider, ouais.*** ». Cette approche a pour but de combiner les multiples compétences en les coordonnant, la dépression étant un « ***frein parfois à la rééducation, donc c'était important d'avoir un plan de suivi, de savoir quelle direction prendre. Et puis qui intervient à quel endroit, comment on va se coordonner en fait*** » (E1). Cette coordination est aussi importante pour E4, expliquant que parfois « ***on va voir les médecins pour voir s'il faut ajuster les traitements, peut-être qu'il faut faire une petite pause en ergothérapie, laisser du temps pour que la personne passe en psycho.*** ». La coordination est un point vraiment important de cette alliance. De plus, E2 explique aussi « ***il faut donner des propositions, en discuter en équipe, il y a toujours un endroit où le patient progresse.*** ». L'idée est vraiment de s'appuyer les uns sur les autres.

Ce qui est ressorti également de cette alliance, c'est la collaboration très forte entre les ergothérapeutes, les psychologues et les neuropsychologues. En effet, tous les ergothérapeutes interviewés ont pu dire parfois s'appuyer sur eux « ***on prend appui beaucoup sur les psychologues et les neuropsychologues*** » (E3). La collaboration forte a pour but d'aider l'ergothérapeute lorsqu'il est bloqué « ***Elle nous fait des retours en réunion, mais parfois, j'ai besoin d'aller la voir en plus pour qu'elle me donne des clés*** » (E1). D'autant plus que comme a pu expliquer E4, il y a souvent des temps de psychologues et de neuropsychologues réduits, ce qui peut impacter la prise en soin dans le sens où les ergothérapeutes ont souvent des décharges émotionnelles importantes, ce qui peut nécessiter d'en discuter avec ce corps de métier. En outre, E1 appuie l'importance de collaborer avec les neuropsychologues pour savoir ce qu'il faut rééduquer cognitivement parlant « ***les neuropsychologues avec qui on collabore beaucoup, avec tout ce qui est dépression en neuro, ça un gros impact sur les fonctions cognitives. Elles bilangent*** ».

beaucoup ça aussi, et ça nous permet de trier un petit peu entre ce qui est troubles dépressifs et troubles cognitifs »

b. L'impact de la pathologie sur l'équipe et l'ergothérapeute

Concernant l'impact de la pathologie sur l'équipe, E1 relate « ***moi, je vois les soignants, c'est compliqué pour eux, notamment les aides-soignants qui voient vraiment les personnes tous les jours. C'est lourd*** ». Elle explique une certaine complexité pour les soignants à prendre en charge les patients ayant une dépression post-AVC. Elle exprime ce que cela lui fait ressentir « ***d'être un peu démunie, aussi de ne pas savoir si tu vas trop loin [...] Mais est-ce que du coup, c'est vraiment important qu'il fasse la séance d'ergo tu vois. Ça fait quand même se poser plein de question, ce sentiment-là. De frustration aussi, tu te dis que tu n'as pas su faire correctement ou voilà*** ». Elle peut pousser à se poser plein de question et à douter de sa pratique. La frustration que cela peut engendrer aussi est également relatée par E2.

E3 explique l'impact comme étant celui-ci « ***C'est un patient qui ne va pas avoir une évolution satisfaisante, donc si on la prend pas tout de suite en compte, quel que soit le professionnel, bah on va être impacté sur tout le reste de la prise en charge*** » donc sur le fait d'être à l'écoute et de prendre en compte cette dépression, sinon la récupération ne sera pas satisfaisante. Il explique également l'importance de la relation thérapeutique pour le soignant et le rôle protecteur qu'elle peut avoir « ***Après ce qu'il faut faire, je pense, c'est mettre de la distance par rapport à ce qu'ils peuvent dire, pour ne pas le prendre pour soi.*** ». E4 exprime également le fait qu'elle trouve absolument nécessaire de créer cette relation et que parfois cela arrive en remplaçant notre séance par de l'écoute et qu'elle relativise de cette façon : « ***Oui bah, je n'ai pas fait ma séance, ce n'est pas grave, ce n'est pas important. Peut-être la prochaine séance, ça sera beaucoup plus efficace.*** ».

Ainsi, chaque ergothérapeute a une manière différente de répondre à cette question, certains peuvent exprimer leur ressenti et d'autres répondent plutôt à cette question des réflexions qu'ils peuvent se faire ou des astuces qu'ils peuvent mettre en place pour limiter l'impact psychologique que cela peut avoir sur eux.

6. L'ergothérapie dans un monde utopique ?

Pour chacun des participants, une question sur une ergothérapie dans un monde utopique a été posée. E1, E2 et E3 ont tous les trois axé leurs discours sur le fait d'avoir plus de moyen pour aller à l'extérieur et travailler un peu plus sur les activités signifiantes. E1 énonce en ce sens « **Bon bah là cette personne a besoin de ça, je ne sais pas d'aller voir les animaux à la ferme, j'exagère le truc, mais voilà organiser un thé.** » ce que E3 complète « **des possibilités de moyens en termes de possibilités de rééducation, d'endroit dans lequel on pourrait faire des mises en situation.** ». Des interventions plus écologiques seraient proposées dans ce contexte « **Je ferais beaucoup plus d'écologie parce que je crois que dans notre cœur de métier, je crois que c'est beaucoup plus vrai d'être dans du fonctionnel permanent, dans l'écologie, dans quelques chose qui se rapproche tellement plus de ta vie [...] Dans la vraie vie idéale, j'irais chez les patients et je passerais beaucoup plus de temps chez eux. Mais on ne va actuellement pas par là.** » (E2)

D'autre part, E4 explique « **Je pense que je ferai beaucoup plus de choses en lien avec les psychologues. Travailler plus en binôme, parler, faire des groupes peut être d'éducation thérapeutique, parler du deuil, de fonctionnement intérieur et parler des transitions occupationnelles, de l'équilibre occupationnel, des choses qu'on peut faire.** ». En allant plutôt vers de l'éducation thérapeutique et vers une collaboration plus forte avec le psychologue. E3 va également dans ce sens-là en proposant « **une meilleure coordination entre tous les professionnels. Ce qui souvent pêche un peu et chacun travaille un peu dans son coin** » et évoquant aussi la durée du séjour qui peut limiter la réalisation de projets parfois vitaux « **Déjà, ce serait une prise en charge où les patients n'auront pas de contrainte au niveau temps d'hospitalisation [...] ils nous évoquent la durée moyenne de séjour. C'est-à-dire que le patient ça fait tant de temps qu'il est là, il doit sortir dans tant de temps. Donc du coup ça peut précipiter les choses sur certains projets.** ». Cette idée se rejoint avec E4 « **et du coup pouvoir accompagner un peu plus ce processus, que ça ne soit pas juste qu'est-ce qu'il faut faire pour rentrer à domicile. Ce sont les minimums, là, mais comment on pourrait vraiment aller un peu plus loin dans l'accompagnement** ». Tous ces ergothérapeutes-là aimeraient aller plus loin dans l'accompagnement, en ayant de meilleurs moyens afin de pouvoir faire des interventions qui ont du sens pour les patients, dans un environnement écologique.

IV. Discussion

1. Interprétation en regard de la théorie

a. La complexité de L'AVC

L'AVC est un traumatisme important. Il existe de nombreuses déficiences possibles et dans l'impact que cela a sur les personnes est très variable. La dépression post-AVC participe grandement à cette complexité. Dans la partie théorique, il était question d'un diagnostic difficile (5% seront diagnostiqués) avec une majoration de cette difficulté en cas de troubles cognitifs (Medeiros et al., 2020). On retrouve cela dans le discours de E4 « ***le diagnostic n'est pas toujours fait tout de suite*** » et que cela reste « ***floue*** ». En outre, dans la théorie, il est dit que les personnes atteintes sont souvent les personnes ayant le plus de séquelles et ayant des troubles cognitifs (Mountain, 2019), ce que les ergothérapeutes ont pu observer. E1 a également pu exprimer la difficulté de « ***faire la part entre le côté dépression et puis le côté trouble cognitif*** »

D'autre part, la connaissance sur le terrain de cette pathologie n'est pas toujours évidente. Ce qui a pu être retrouvé dans les écrits : il y a beaucoup de difficulté à définir la dépression. E2 explique que les personnes peuvent vivre « ***leur handicap avec complexité, difficulté*** » mais que dans leur établissement ils ne posent pas de diagnostic dépression. Elle a davantage entendu parler du syndrome de glissement. Toutefois, il est possible de constater que la plupart des articles sur la dépression sont assez récents, ce qui peut laisser penser qu'une certaine connaissance émerge. De plus, des plans nationaux sont mis en place et ont pour but de sensibiliser et d'informer les professionnels et le grand public. C'est ce qui est observé ici, E1 et E3 expliquent qu'ils sont « ***sensibilisés*** » et qu'ils rencontrent presque quotidiennement cette dépression, a contrario de E2. Par conséquent, suivant le lieu d'exercice et le temps alloué aux recherches, une connaissance semble se développer.

b. La spécificité de l'ergothérapeute

La spécificité de l'ergothérapeute se retrouve dans les outils et la vision à la fois biomécanique, psychologique et sociale qu'il a du patient. Pour cela, certains

ergothérapeutes utilisent des modèles ou des portions de modèles pour les guider dans leur « **raisonnement clinique** » et/ou utilisent des outils comme la MCRO. Cet outil est utilisé par beaucoup d'ergothérapeutes, afin de déterminer les activités qui ont de l'importance pour les patients, ce qui est retrouvé dans la littérature comme étant le fait de déterminer les enjeux occupationnels (OEQ, 2016) et les profils occupationnels.

D'autre part, dans les données probantes, les entretiens motivationnels ainsi que les démarches de résolution de problèmes font partie des interventions dites efficaces (Hildebrand, 2014). Cela se retrouve dans ce qu'ont pu décrire les professionnels de leurs interventions. Ils tentent de valoriser les compétences (E3) afin de « **montrer** » (E4) à la personne ce dont elle est capable. Le rôle de l'ergothérapeute est décrit comme étant celui de faciliter l'engagement dans des activités significatives, signifiantes et agréables pour limiter les symptômes négatifs de la dépression (Pisegna et al., 2022). Pour cela, ils utilisent cette MCRO afin de déterminer le profil occupationnel et stimuler le « **plaisir** » (E2) de faire malgré les séquelles. Les ergothérapeutes sur le terrain visent donc les activités signifiantes pour la motiver et pour la « **décentrer** » (E3) des déficiences.

L'ergothérapeute prend également en compte l'environnement social des personnes. Les proches et la famille sont également concernés par la rééducation puisqu'ils vont avoir un impact sur la dépression et sur la participation de la personne dans ses activités (Erler et al., 2019). Tous les ergothérapeutes interrogés ont pu les impliquer, cependant la plupart ne trouvent pas cela suffisant. Ils sont vus le plus souvent lors de transfert voiture ou peuvent parfois être « **invité à venir en séance** » (E4) ou alors lors des visites à domicile. Si dans la littérature, il est expliqué que le rôle social des aidants et des proches étant différent à présent, cela pouvait provoquer des troubles psychologiques importants (Bucki et al., 2012). Il n'est cependant pas facile en clinique de réussir à les impliquer autant qu'il serait nécessaire. E4 proposait dans un monde idéal de faire des ateliers d'éducation thérapeutique ou E1 des tables rondes.

c. Tension hospitalière : injonctions paradoxales

Dans tous les entretiens, chacun des ergothérapeutes a pu exprimer sa vision de la tension hospitalière grandissante. S'il est vital d'agir au plus tôt, dans les 3 à 6 premiers

mois, pour favoriser une meilleure récupération (Yelnik, 2022), sur le terrain, certains ergothérapeutes sont amenés à réduire leur intensité d'intervention à cause du manque de professionnel. E2 l'exprime de cette façon : **« on ne peut pas faire de recommandation quand l'hôpital est en sous-effectifs permanents, ça ne peut pas marcher. »**. Une évolution est constatée pour les professionnels travaillant dans la même structure depuis un certain temps vers cette tension hospitalière.

Paradoxalement, s'ils doivent proposer une thérapie intensive nécessitant un grand nombre d'interventions selon les recommandations, le rendement des structures, lui, est continu. En effet, dans certaines d'entre-elles, ils font entrer les patients de manière continue, **« Sans forcément se préoccuper, si nous derrière les professionnels, on peut les prendre en charge de manière adéquate »** (E3). Les personnes entrent et doivent sortir le plus vite possible, ce qui n'est pas toujours compatible avec une intervention écologique privilégiée pour une dépression post-AVC. Si une **« pression »** (E1) existe, les ergothérapeutes se trouvent encore préservés par rapport à d'autres secteurs et d'autres professions. En effet, ils peuvent tout de même libérer du temps pour des séances plus longues. Pour cela, ils doivent faire des groupes, anticiper longtemps à l'avance ou alors réduire leurs interventions.

Toutefois, cela est très dépendant des lieux d'exercices et des moyens disponibles. Dans des structures plus conséquentes, les ergothérapeutes peuvent être préservés de ce type de problème, toutefois, le manque de neuropsychologues et psychologues est décrit par tous les ergothérapeutes interrogés et impacte grandement les séances. Ces professionnels se consacrant au traitement de la dépression et au bien-être psychologique (Bezanson, 2016), les ergothérapeutes voient leurs séances parfois annulées ou modifiées par de fortes **« décharges émotionnelles »** (E4)

d. Collaboration interprofessionnelle : le (neuro)psychologue et l'ergothérapeute

Le manque de neuropsychologues et de psychologues a poussé les ergothérapeutes à décrire l'importance de leur fonction dans la prise en soin de la dépression. Dans la littérature, il était décrit qu'il pouvait recevoir la famille, faire des bilans pour évaluer les

troubles cognitifs et intervenir directement sur la dépression. Les ergothérapeutes ont pu expliquer que les neuropsychologues faisaient beaucoup de bilan et que ça aidait pour « **trier** » (E1) les symptômes entre les troubles cognitifs et dépression. Ce corps de métier a donc un impact direct sur l'orientation des objectifs en ergothérapie et donc sur son intervention.

En outre, malgré le manque de professionnel, les ergothérapeutes décrivent souvent le fait d'aller à la rencontre des psychologues ou neuropsychologues pour avoir des « **clés** » (E2). Les « **décharges émotionnelles** » (E4) reçues par les ergothérapeutes, mettent parfois à mal la rééducation et poussent les ergothérapeutes à prendre du temps sur leurs séances pour écouter, alors que leur temps est déjà limité. Il est vrai que dans le cœur du métier et dans beaucoup de modèle d'ergothérapie, la dimension affective et psychologique est prise en compte (ANFE, 2022). Toutefois, la théorie et l'expérience des psychologues ou des neuropsychologues sont des atouts pour le traitement de la dépression et les ergothérapeutes n'hésitent pas à prendre « **appuis** » (E3) sur eux. La collaboration est donc essentielle au traitement de cette dépression.

2. Intérêts et limites de l'étude

a. Intérêts identifiables

L'outil qualitatif est un outil particulièrement intéressant pour recueillir le vécu des personnes par une conversation. Les 4 ergothérapeutes interrogés venaient tous d'endroits différents ce qui a permis d'avoir une étude un peu plus représentative de la pratique de l'ergothérapie en France concernant la dépression post-AVC.

Certains ergothérapeutes étaient dans la même structure depuis longtemps, ce qui permettait de recueillir le ressenti de l'évolution. Un autre avait fait de nombreux remplacements ce qui était intéressant. Un autre ergothérapeute avait pratiqué dans un autre pays et avait une très bonne connaissance des écrits et de la littérature scientifique. Autant de profils différents étaient une véritable richesse.

b. Limite de l'étude

Plusieurs limites ont pu être observées :

- Tout d’abord, trois entretiens ont été faits par téléphone, ce qui ne permettait pas d’observer les expressions et le langage non verbal.
- Un biais de sélection est observé puisque quatre personnes ont été interrogées. Les résultats trouvés, même s’il y avait une grande variété de participants, ne sont donc pas généralisables.
- Tester le guide d’entretien en amont aurait pu être une bonne idée pour éviter les biais de définition, qui est un biais concernant la compréhension et l’interprétation des questions posées. Celui-ci a pu être constaté notamment sur la question concernant le ressenti personnel et l’impact de la dépression.
- Un biais de confusion est à prendre en compte par rapport au traitement des informations, d’autant plus que le langage verbal n’était pas percevable, il se peut que l’interprétation par l’intervieweur ne soit pas exacte.

3. Question de recherche et suggestions pour la poursuite de l’étude

Cette étude a permis d’explorer les différentes interventions effectuées par les ergothérapeutes en SSR neurologiques afin d’améliorer le traitement de l’AVC. Ils ont pu mettre en avant les freins et les limites de cette intervention, mais également les bénéfices dans un contexte de tension hospitalière.

Pour la suite de l’étude, quelques points seraient intéressants d’approfondir. Tout d’abord, interroger plus d’ergothérapeutes pour avoir une étude plus représentative de la pratique en France. Dans un second temps, il serait opportun d’interroger des psychologues et des neuropsychologues, contribuant grandement au traitement de cette dépression, afin de collecter leurs avis sur le rôle de l’ergothérapeute, leur intervention malgré un temps très limité et leur vision sur la collaboration avec l’ergothérapeute. Puis dans un troisième temps, recueillir le témoignage de personne ayant vécu cette dépression serait indispensable dans cette future étude.

Les entretiens menés ont permis de mettre en exergue l’importance de la collaboration neuropsychologue ou psychologue avec l’ergothérapeute. Celui-ci prend appui sur ces corps de métier lorsqu’il n’arrive plus à engager le patient dans sa rééducation et qu’il ne sait plus

par quoi commencer. De plus, il est mis en avant que le temps limité des neuropsychologues ou psychologues peut perturber la rééducation et l'ergothérapeute se retrouve à devoir pallier ce manque en prenant du temps sur ses séances. Si certains peuvent trouver ça utile à la construction de la relation thérapeutique, la décharge émotionnelle, souvent rencontrée lorsque le patient a cette dépression, peut les mettre en difficulté. Une question se pose ainsi : **En quoi la collaboration ergothérapeute/(neuro)psychologue est-elle essentielle pour favoriser l'engagement des personnes adultes ayant une dépression post-AVC dans leur rééducation ?**

Conclusion :

Pour conclure, les entretiens ont pu compléter et nuancer les notions trouvées dans la théorie afin de répondre à la question de recherche. En effet, quelque soit le niveau de connaissance de l'ergothérapeute concernant la dépression post-AVC, il fonde son intervention sur les activités signifiantes de la personne, orientant son intervention vers le plaisir et la valorisation dans un milieu qui se veut le plus possible écologique. Dès le début, il cherche à inclure le patient, notamment grâce à la MCRO ou à des entretiens ; en l'engageant le plus possible et en lui laissant le choix de commencer par des choses qui ont de l'importance pour la personne.

En ce contexte de tension hospitalière, les ergothérapeutes semblent trouver des solutions pour optimiser leur temps et pour favoriser le bien-être des patients. Toutefois, il a pu être mis en avant que le manque de neuropsychologues et psychologues est un frein important dans la prise en soin de cette dépression pourtant à fort risque de chronicisation. Ce manque de professionnel met en avant l'importance de cette collaboration. Grâce à sa vision holistique du patient, il prend compte de l'aspect affectif et psychologique de celui-ci. Les binômes ergothérapeutes et (neuro)psychologues sont donc utiles étant donné que cet aspect-là est pris en considération et que l'intervention de ces corps de métier va avoir un impact direct sur celle des ergothérapeutes. En effet, il est mis en exergue qu'avec ce manque de (neuro)psychologues, il peut être difficile pour les ergothérapeutes de continuer les séances par moment : les patients se déchargent émotionnellement.

Cependant, la collaboration est mise en avant. En effet, les ergothérapeutes interrogés expliquent prendre appui sur ces professionnels pour réussir à avoir des clés afin de mieux les engager dans la rééducation lorsqu'ils sont en difficulté. Cette collaboration est primordiale pour l'avancée de la rééducation et est un atout important pour le traitement de la dépression.

D'autre part, dans la littérature, certains patients estimaient ne pas avoir assez été pris en compte sur l'aspect de la santé mentale. Aujourd'hui, alors que nous sommes de plus en plus dans une dynamique du bien-être psychologique, certaines structures se

développent. C'est le cas notamment du nouveau programme AVanCer, créé en juin 2022 au sein du Vinatier et qui a pour but de proposer un accompagnement novateur sur 8 semaines.

Bibliographie :

Allain, S., Naouri, D., & De Peretti, C. (2022, février 9). *En France, les AVC sont plus fréquents, plus graves et moins souvent pris en charge en unité spécialisée pour les personnes les plus modestes* | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. DREES. [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/en-france-les-avc-sont-plus-frequents-plus)

[resultats/en-france-les-avc-sont-plus-frequents-plus](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/en-france-les-avc-sont-plus-frequents-plus)

Allieu, Y. (2011). Prise en charge de la main spastique de l'adulte. *Chirurgie de la Main*, 30(3), 159-175. <https://doi.org/10.1016/j.main.2011.03.003>

ANAES. (2003). *RETOUR AU DOMICILE DES PATIENTS ADULTES ATTEINTS D'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL*. 28(2), 151-155. <https://doi.org/10.1007/BF03019434>

ANFE. (2022, décembre 13). *Entretien en ergothérapie par l'utilisation de la MCRO*. <https://www.anfemigal.fr/formation-lentretien-en-ergotherapie-par-lutilisation-de-la-mcro-issue-mcreo-en-france/PARIS%2013-190023A>

Association Suisse des Ergothérapeutes, HES-SO, SUPSI, & ZHAW. (2017). *La démarche de l'ergothérapie*. <https://www.ergotherapie.ch/download.php?id=581>

AVC, AIT et après... (s. d.). *Les séquelles*. AVC AIT et après. Consulté 26 novembre 2022, à l'adresse <https://www.avcaitetapres.com/s%C3%A9quelles-avc-ait>

Azouvi, P., Jacquin-Courtois, S., & Luauté, J. (2017). Rehabilitation of unilateral neglect : Evidence-based medicine. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 60(3), 191-197. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2016.10.006>

Bertrand, R. (2016). Occupational Transaction after Stroke Constructed as Threat and Balance, un article de Lund et al. Sur l'apport d'une approche occupationnelle en ergothérapie avec les personnes ayant subi un AVC. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 2(2), Art. 2. <https://doi.org/10.13096/rfre.v2n2.69>

Bezanson, C. (2016). Les accidents vasculaires cérébraux. *Revue Francophone d'Orthoptie*, 9(2), 63-67. <https://doi.org/10.1016/j.rfo.2016.03.002>

Bucki, B., Spitz, E., & Baumann, M. (2012). Prendre soin des personnes après AVC : Réactions émotionnelles des aidants informels hommes et femmes: *Santé Publique*, Vol. 24(2), 143-156. <https://doi.org/10.3917/spub.122.0143>

Centre hospitalier de l'Université de Montréal. (2017). *Avoir un saignement dans le cerveau—L'AVC hémorragique*. 4.

CNSA. (2019, avril 6). *Plan national d'actions AVC 2010-2014*. CNSA. <https://www.cnsa.fr/grands-chantiers/strategie-et-plans-nationaux/plan-national-dactions-avc-2010-2014>

Cogné, M., & Compagnat, M. (2022). *RECOMMANDER LES BONNES PRATIQUES ARGUMENTAIRE Rééducation à la phase chronique de l'AVC de l'adulte : Pertinence, indications et modalités*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-07/_reco_321_argumentaire_avc_mel_lg_v0_mg.pdf

Das, J., & G.k., R. (2018). Post stroke depression : The sequelae of cerebral stroke. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 90, 104-114. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.04.005>

Daviet, J. C., Compagnat, M., Bernikier, D., & Salle, J.-Y. (2022). Réadaptation après accident vasculaire cérébral : Retour et maintien à domicile, vie quotidienne. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 206(5), 616-622. <https://doi.org/10.1016/j.banm.2022.02.015>

Daviet, J.-C., Joste, R., & Salle, J.-Y. (2013, septembre). Les troubles du comportement et les troubles cognitifs post AVC. *L'AVC, de la rééducation à la réadaptation*. 31èmes journées d'étude de l'AIRR. <https://hal-unilim.archives-ouvertes.fr/hal-00864405>

Drapier, D. (2022). Accidents ischémiques et dépression. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 206(5), 612-615. <https://doi.org/10.1016/j.banm.2022.04.012>

ErgOT. (s. d.). L'ergothérapie. *ErgOT*. Consulté 2 janvier 2023, à l'adresse <http://ergot-dh.com/ergotherapie/>

Erler, K., McKinnon, S., Sullivan, V., & Inzana, R. (2019). Examining Social Support and Participation After Stroke. *The American Journal of Occupational Therapy*, 73(4_Supplement_1), 7311515296p1. <https://doi.org/10.5014/ajot.2019.73S1-PO4043>

Espárrago Llorca, G., Castilla-Guerra, L., Fernández Moreno, M. C., Ruiz Doblado, S., & Jiménez Hernández, M. D. (2015). Depresión post ictus : Una actualización. *Neurología*, 30(1), 23-31. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2012.06.008>

Ezema, C. I., Akusoba, P. C., Nweke, M. C., Uchewoke, C. U., Agono, J., & Usoro, G. (2019a). Influence of Post-Stroke Depression on Functional Independence in Activities of Daily Living. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 29(1), Art. 1. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v29i1.5>

Ezema, C. I., Akusoba, P. C., Nweke, M. C., Uchewoke, C. U., Agono, J., & Usoro, G. (2019b). Influence of Post-Stroke Depression on Functional Independence in Activities of Daily Living. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 29(1), 841-846. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v29i1.5>

FAURE, H., MARTINEN, A., & MAURY, M. (2013, octobre 3). *La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel*. http://www.crftc.org/images/Actes_de_la_journee_ARTC_3_10_2013.pdf

Favre-Bonté, J. (2017). *Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : Prise en charge en soins de premier recours*. Haute Autorité de Santé. <https://www.has->

sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_argumentaire_diagnostic.pdf

Fery-Lemonnier, D. E. (2009). *Groupe de travail pour l'établissement d'un état des lieux de la prise en charge des AVC*. 15.

HAS. (2009). *Accident vasculaire cérébral: Prise en charge précoce (alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse)*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_830203/fr/accident-vasculaire-cerebral-prise-en-charge-precoce-alerte-phase-prehospitaliere-phase-hospitaliere-initiale-indications-de-la-thrombolyse

Hildebrand, M. W. (2014). Effectiveness of Interventions for Adults With Psychological or Emotional Impairment After Stroke : An Evidence-Based Review. *The American Journal of Occupational Therapy*, 69(1), 6901180050p1-6901180050p9. <https://doi.org/10.5014/ajot.2015.012054>

Hopitaux de Paris. (2017a, mars 7). La thrombophlébite cérébrale. *AVC Paris Sud*. <https://hopitaux-paris-sud.aphp.fr/avcparissud/trombophlebite-cerebrale/>

Hopitaux de Paris. (2017b, mai 16). Rôle de l'ergothérapeute. *AVC Paris Sud*. <https://hopitaux-paris-sud.aphp.fr/avcparissud/role-de-lergotherapie/>

Huang, J. (2021, décembre). *Agnosie—Troubles du cerveau, de la moelle épinière et des nerfs*. Manuels MSD pour le grand public. <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/troubles-du-cerveau,-de-la-moelle-%C3%A9pini%C3%A8re-et-des-nerfs/dysfonctionnement-c%C3%A9r%C3%A9bral/agnosie>

Huang, Y., Solano, C., Nakamura, S., Navarro, J., Pinchuk, N., & Vuong, M. (2022). Impact of COVID-19 on Self-Efficacy and Perceived Social Support Among Stroke Survivors. *The American Journal of Occupational Therapy*, 76(Supplement_1), 7610510144p1. <https://doi.org/10.5014/ajot.2022.76S1-PO144>

Inserm. (2017). *Accident vasculaire cérébral (AVC) · Inserm, La science pour la santé*. Inserm. <https://www.inserm.fr/dossier/accident-vasculaire-cerebral-avc/>

Joseph, P.-A., Sorita, E., Douguet, A.-S., Le Guet, J.-L., Taruella, A., Mazaux, J.-M., & Klinger, E. (2010). Rééducation des troubles des fonctions exécutives et de l'attention après AVC. In *Accident vasculaire cérébral et médecine physique et de réadaptation : Actualités en 2010* (Springer).

La dépression. (s. d.). Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada. Consulté 19 décembre 2022, à l'adresse <https://www.coeuretavc.ca/fr-ca/stroke/recovery-and-support/emotions/depression/>

L'Assurance Maladie. (s. d.). *Comprendre l'AVC et l'AIT*. Ameli. Consulté 19 novembre 2022, à l'adresse <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/accident-vasculaire-cerebral-avc/avc-comprendre>

Medeiros, G. C., Roy, D., Kontos, N., & Beach, S. R. (2020). Post-stroke depression : A 2020 updated review. *General Hospital Psychiatry*, 66, 70-80. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.06.011>

Mon Parcours Handicap. (2022, octobre 13). *L'aphasie, un handicap invisible et méconnu*. Mon Parcours Handicap. <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/actualite/laphasie-un-handicap-invisible-et-meconnu>

Mountain, A. (2019). *Dépression après un AVC*. Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada. <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/fr-ca/recommandations/mood-cognition-and-fatigue-following-stroke/post-stroke-depression/>

OEQ. (2016, décembre 15). *L'utilisation de modèles et d'approches propres à notre profession : Faire ressortir notre spécificité d'ergothérapeute*. Ordre des ergothérapeutes du Québec. <https://www.oeq.org/publications/occupation-ergotherapeute/articles-sur-la-pratique-professionnelle/79-lutilisation-de-modeles-et-dapproches-propres-a-notre-profession-faire-ressortir-notre-specificite-dergotheapeute.html>

Park, G.-Y., Im, S., Lee, S.-J., & Pae, C.-U. (2016). The Association between Post-Stroke Depression and the Activities of Daily Living/Gait Balance in Patients with First-Onset Stroke Patients. *Psychiatry Investigation*, 13(6), 659-664. <https://doi.org/10.4306/pi.2016.13.6.659>

Perez, C., Gillet-Ben Nejma, I., Allali, S., Boudjadja, M., Caetta, F., Gout, O., Savatovsky, J., Obadia, M., & Chokron, S. (2014). Hémianopsie latérale homonyme : Amputation du champ visuel, perception implicite et hallucinations visuelles. *Revue de neuropsychologie*, 6(4), 238-255. <https://doi.org/10.3917/rne.064.0238>

Pisegna, J., Anderson, S., & Krok-Schoen, J. L. (2022). Occupational Therapy Interventions to Address Depressive and Anxiety Symptoms in the Physical Disability Inpatient Rehabilitation Setting : A Systematic Review. *The American Journal of Occupational Therapy*, 76(1), 7601180110. <https://doi.org/10.5014/ajot.2022.049068>

Robinson, R. G., & Jorge, R. E. (2016). Post-Stroke Depression : A Review. *American Journal of Psychiatry*, 173(3), 221-231. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15030363>

Roussel, M., Godefroy, O., & Boissezon, X. de. (2017). *Troubles neurocognitifs vasculaires et post-AVC : De l'évaluation à la prise en charge*. De Boeck Supérieur.

Santé publique. (2019). *Accident vasculaire cérébral*. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/accident-vasculaire-cerebral>

Santos Brosch, C. M. (2010). Revue Médicale Suisse : Lésions vasculaires et dépression à début tardif : Mythe ou réalité ? *Revue Médicale Suisse*, 6(244), 750-753. La Revue Médicale Suisse.

SFNV. (2017). *Unités NeuroVasculaires*. sfnv (Société Française Neuro-Vasculaire). <https://www.societe-francaise-neurovasculaire.fr/unites-neurovasculaire-sfnv>

Towfighi, A., Ovbiagele, B., El Hussein, N., Hackett, M. L., Jorge, R. E., Kissela, B. M., Mitchell, P. H., Skolarus, L. E., Whooley, M. A., & Williams, L. S. (2017). Poststroke Depression : A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 48(2). <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000113>

Trouvé, J. (2014, juin 25). *Bonnes pratiques AVC Adulte prise en charge en aval*. ieSS. https://ies-sud.fr/wp-content/uploads/2019/03/BPF_AVC_ADULTE_PRISE_EN_CHARGE_AVAL_V1.0.pdf

Unruh, A. M. (2004). Reflections on: "So... What Do You Do?" Occupation and the Construction of Identity. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(5), 290-295. <https://doi.org/10.1177/000841740407100508>

Wiertlewski, S. (2017, novembre). *Troubles du comportement et du caractère après un AVC*. CHU de Nantes. <https://www.chu-nantes.fr/troubles-du-comportement-et-du-caractere-apres-un-avc>

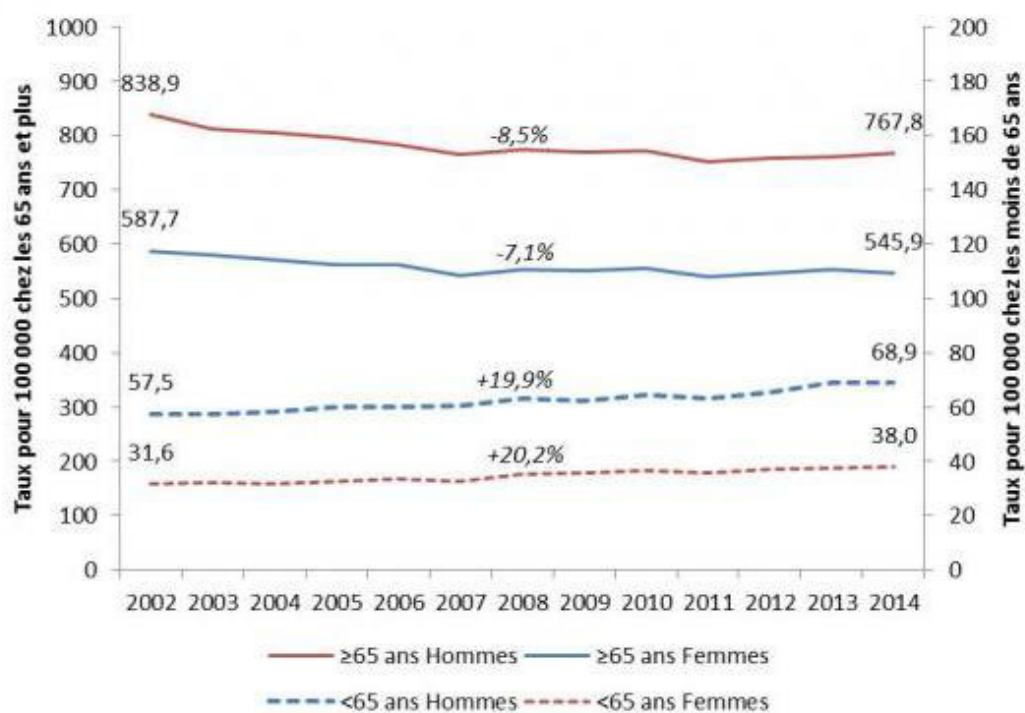
Yelnik, A. (2022). Récupération de la motricité après accident vasculaire cérébral. Facteurs pronostiques et rééducation. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 206(5), 594-603. <https://doi.org/10.1016/j.banm.2022.02.016>

Annexes :

Annexe A : Evolution des taux de patients hospitalisés avec un diagnostic principal d'AVC selon le sexe de 2002 à 2014	II
Annexe B : Répartition selon le type d'autorisation SSR et la tranche d'âge	III
Annexe C : Recommandations HAS lors d'une suspicion d'AVC	IV
Annexe D : Le F.A.S.T	V
Annexe E : Le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel	VI
Annexe F : Notion d'équilibre occupationnel et de déprivation occupationnelle.....	VII
Annexe G : PHQ9	VIII
Annexe H : La tension hospitalière, quelques chiffres	IX
Annexe I : Guide d'entretien	X
Annexe J : Grille d'analyse.....	XIII
Annexe K : Formulaire de consentement.....	XVII

Annexe A : Evolution des taux de patients hospitalisés avec un diagnostic principal d'AVC selon le sexe de 2002 à 2014

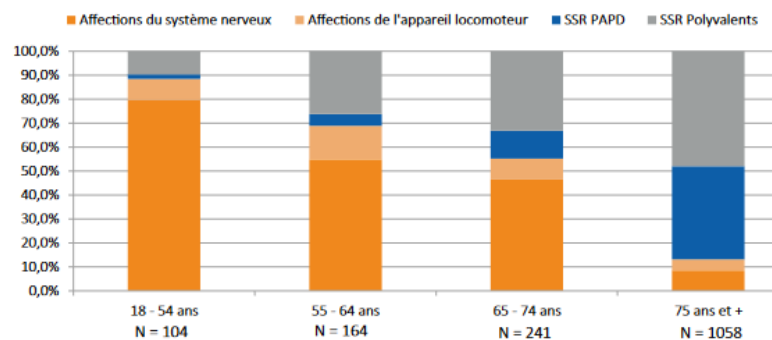
Evolution des taux* de patients hospitalisés avec un diagnostic principal d'AVC selon le sexe de 2002 à 2014



Source : Santé Publique France

Annexe B : Répartition selon le type d'autorisation SSR et la tranche d'âge

■ Répartition des patients selon le type d'autorisation SSR et la tranche d'âge



Note : Le nombre de patients victimes d'AVC pris en charge en SSR est indiqué dans les libellés de l'axe horizontal (N=) pour chaque tranche d'âge.

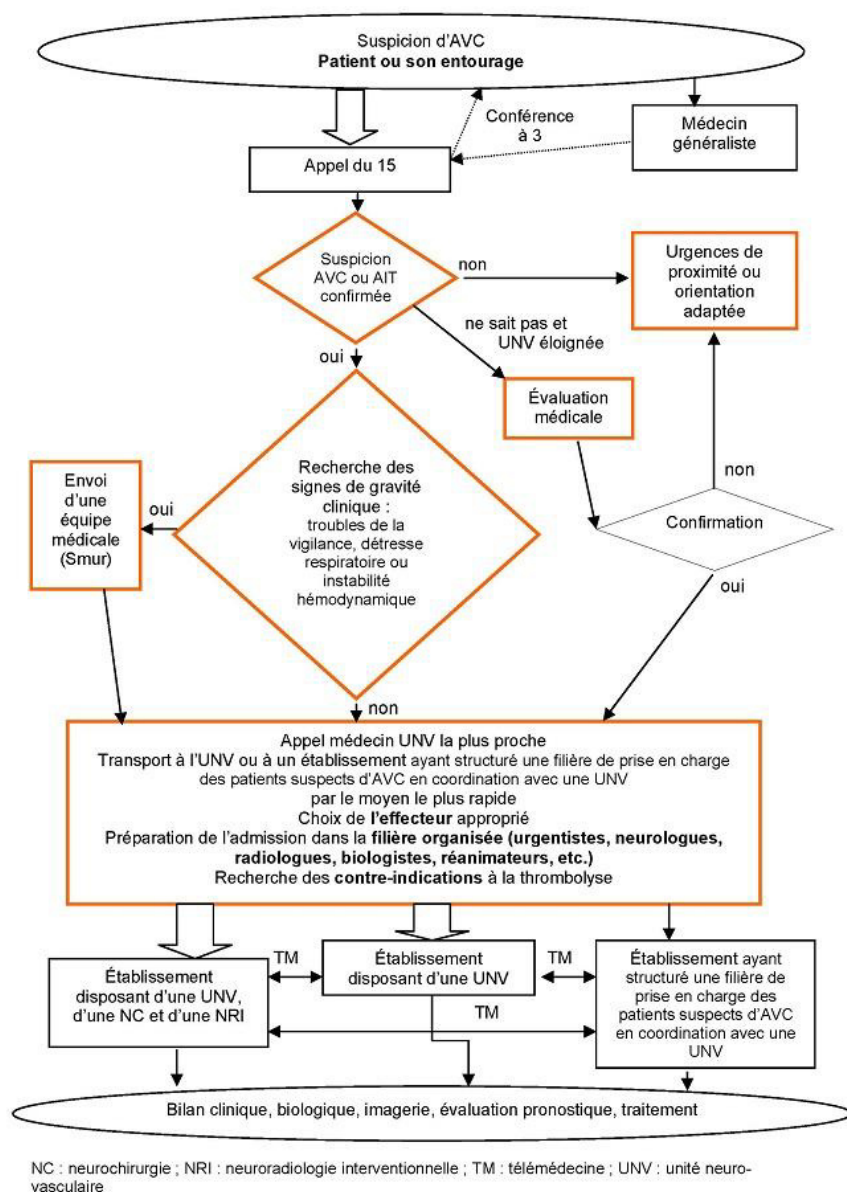
Source : PMSI SSR 2012

Deux profils de recrutement selon l'âge sont observés. Les

moins de 75 ans sont principalement pris en charge en SSR spécialisés locomoteur et neurologiques alors que les 75 ans et plus sont principalement pris en charge en SSR polyvalents et PAPD. L'orientation des patients doit correspondre à ses besoins et au potentiel de récupération quel que soit l'âge.

L'équipement des plateaux techniques est différent pour chaque type de SSR ; seules les structures autorisées en locomoteur et neurologique disposent d'une balnéothérapie ; des compétences spécifiques (orthophoniste, orthoptiste, neuropsychologue, ...) sont souvent plus accessibles en SSR neurologiques.

Annexe C : Recommandations HAS lors d'une suspicion d'AVC



UN SYMPTÔME SOUDAIN ?

» **Chaque minute est importante.**
Il faut être rapide (=FAST)



FACE / VISAGE

La bouche est de travers, signe d'une paralysie faciale. La personne ne peut pas sourire.



ARM / BRAS

Un bras ou une jambe ne bouge plus.
La personne ne peut pas lever les 2 bras.



SPEECH / PAROLE

Les paroles de la personne sont confuses. La personne ne peut pas répéter une phrase simple.



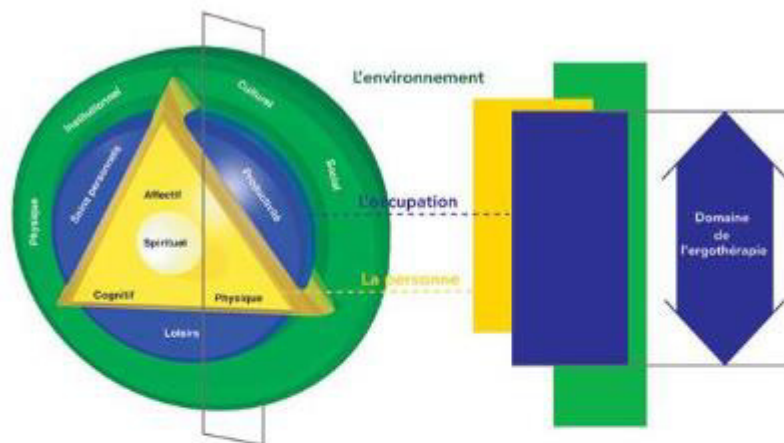
TIME / DÉLAI

La personne ne peut pas réaliser 1 de ces 3 tâches.

APPELEZ IMMÉDIATEMENT LE 15 ou le 112

Source : <https://institutducerveau-icm.org/fr/avc/>

Annexe E : Le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel



Le modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO)

Annexe F : Notion d'équilibre occupationnel et de déprivation occupationnelle

L'équilibre occupationnel est défini par l'ANFE, comme étant une répartition des occupations qui est propre à chacun et qui favorise un état de bien-être et de stabilité. C'est un processus dit dynamique, c'est-à-dire qu'il y a des déséquilibres qui sont réajustés. Cet équilibre est lié à la notion de variété et de diversité dans ces occupations. Sylvie Meyer définit cela comme suit : « Gérer [l'occupation] d'une manière qui soit satisfaisante sur le plan personnel [...] et qui répond aux exigences de son rôle [...] » (Meyer, 2013). Un déséquilibre trop important peut avoir un impact important sur la qualité de vie et sur la santé mentale de la personne.

La déprivation occupationnelle est une notion également décrite par Mme Meyer. C'est une exclusion prolongée, empêchant la personne de pouvoir réaliser des activités signifiantes ou significatives. Cela se passe à cause de facteurs qui échappent au contrôle d'un individu : une situation de handicap comme un AVC peut causer cette déprivation occupationnelle qui impacte l'équilibre occupationnel.

Annexe G : PHQ9

QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ DU PATIENT – 9 (PHQ-9)

Au cours des 2 dernières semaines, selon quelle fréquence
avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?
(Veuillez cocher (✓) votre réponse)

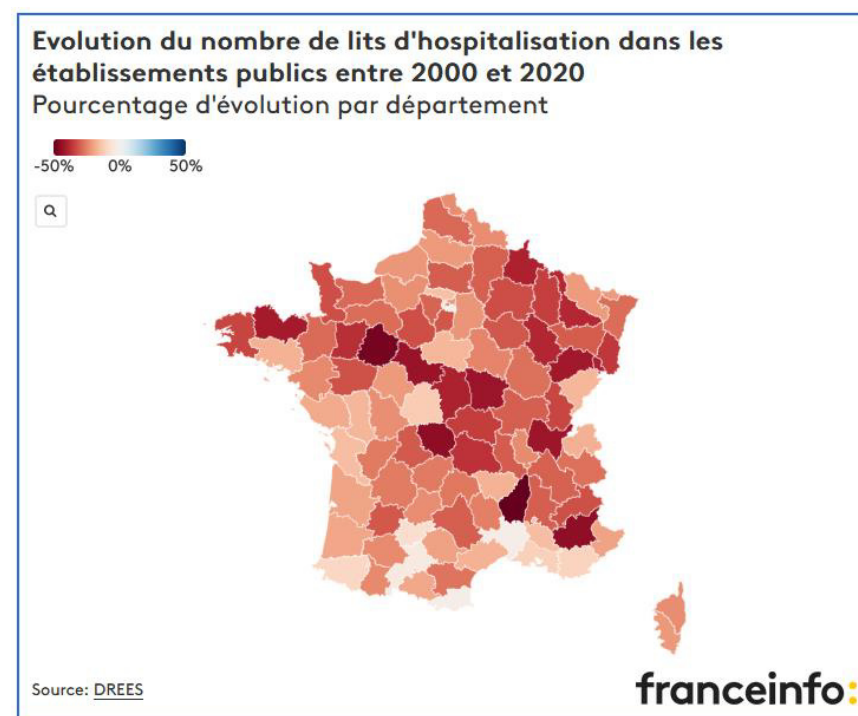
	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	0	1	2	3
2. Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	0	1	2	3
3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop	0	1	2	3
4. Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie	0	1	2	3
5. Avoir peu d'appétit ou manger trop	0	1	2	3
6. Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu(e) soi-même	0	1	2	3
7. Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude	0	1	2	3
9. Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre	0	1	2	3

For office coding: 0 + _____ + _____ + _____
=Total Score: _____

Si vous avez coché au moins un des problèmes évoqués, à quel point ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à vous entendre avec les autres difficile(s) ?

Pas du tout difficile(s) ☐	Assez difficile(s) ☐	Très difficile(s) ☐	Extrêmement difficile(s) ☐
---	---	--	---

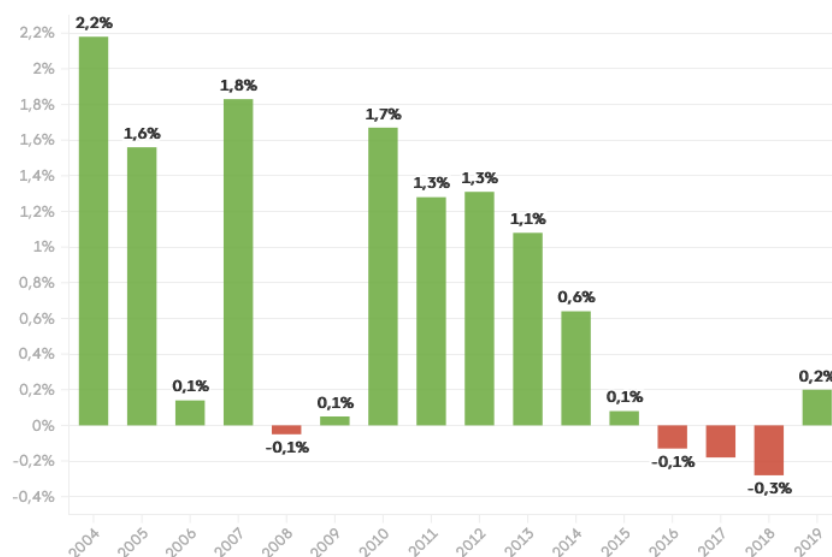
Annexe H : La tension hospitalière, quelques chiffres



80 000 lits ont été fermés en 20 ans, ce qui représente environ 25%.

Des économies ont été imposées dans le cadre de l'Ondam (Objectif national de dépenses d'assurance-maladie) par le biais de la Tarification à l'activité.

Evolution annuelle des effectifs à l'hôpital public
De 2004 à 2019



Une légère baisse du nombre d'effectifs a été amorcée depuis 2015. Le nombre du personnel médical à augmenter ce qui n'est pas le cas des professions paramédicales. La difficulté de recruter est soulignée ici

Annexe I : Guide d'entretien

Thèmes	Questions	Question de relance
Contexte de la pratique professionnelle	- Depuis combien de temps travaillez-vous ici ? Êtes-vous à temps plein ou à temps partiel ? - Si vous travaillez ici pendant longtemps, trouvez-vous que la pratique évolue ou change ? - Avez-vous déjà travaillé dans ce domaine avant ? - Combien de patients avez-vous par semaines ? - Combien de fois par semaine pouvez-vous voir un patient et sur des séances de combien de temps ?	Quelle est votre parcours de formation ?
Intervention auprès des patients qui font une dépression post-AVC	- Connaissez-vous la dépression post-AVC ? - Avez-vous pu en observer chez vos patients ? - Comment intervenez-vous pour aider les personnes à venir à bout de la pathologie ? - o Utilisez-vous un modèle conceptuel ? - o Quels bilans utilisez-vous dans ce contexte ? - Pensez-vous avoir assez de ressources à votre disposition pour chercher des données probantes ?	Pouvez-vous m'expliquer comment se déroule la prise en charge en ergothérapie au sein de votre SSR pour ces patients en dépression post-AVC ?
Tensions hospitalières actuelles et le rôle de l'ergothérapeute	- Comment faites-vous pour allier rendement institutionnel et intervention patient-centrée ? - Comment favoriser l'engagement occupationnel des personnes dans ce contexte ? - Comment préparez-vous le retour à domicile ? - o Pensez-vous ce retour dès le début ? - o Conseillez-vous parfois des retours précoces avec des interventions à domicile pour continuer la prise en soin ?	En quoi les tensions hospitalières actuelles vous empêchent d'exercer le métier d'ergothérapeute ? Quelles sont les difficultés que vous rencontrez lors de la prise en charge de ce type de patient ? Au contraire, quels

		sont les leviers positifs ?
Place de l'ergothérapeute dans l'équipe pluridisciplinaire	- Comment voyez-vous votre rôle dans l'équipe pluridisciplinaire concernant le traitement de la dépression ? - Quel impact a ce type de pathologie a sur l'équipe ? Et sur vous ?	
Dans un autre contexte	- Comment voyez-vous une prise en soin idéale ?	

Annexe J : Grille d'analyse

Thèmes	Sous-thèmes	Indicateurs	E1	E2	E3	E4	Divergences	Convergences	Résumé des idées clés
Présentation de l'ergothérapeute	Parcours professionnel								
	Nom de la structure actuelle								
	Temps d'exercice dans la structure								
	Année d'obtention du diplôme								
	Différence/ évolution de la pratique dans les structures								
Présentation de la structure	Type de structure								
	Patientèle								
	Contexte de la pratique professionnelle	Nombre d'interventions par semaines							
		Durée de la séance							

		Durée de l'intervention							
Intervention auprès des personnes ayant une dépression Post-AVC	Connaissance de la dépression								
	Observation chez la patientèle								
	L'intervention	Utilisation d'un bilan ou d'une évaluation							
		Intervention							
		Recherche des données probantes							
tension hospitalière et contrainte	Ressenti de la tension hospitalière								
	Alliance entre rendement institutionnel et intervention patient-centrée								

	Favoriser l'engagement occupationnel malgré tout	Dans les activités significatives							
		Avec l'environnement social							
	Préparer le retour à domicile	La préparation							
		Temps							
		Retours précoces							
L' équipe pluridisciplinaire	Le rôle de l'ergothérapeute								
	L'importance de l'alliance pluridisciplinaire								
	L'impact de la pathologie sur l'équipe								
	L'impact de la pathologie sur l'ergothérapeute								

Dans un autre contexte...								
---------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

Annexe K : Formulaire de consentement

Université Claude Bernard

Lyon 1

Date : __/__/__

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je soussigné(e) _____ reconnais prendre part volontairement à une étude réalisée par Elsa NADAL, étudiante en troisième année d'ergothérapie à l'IFE de Lyon, sous le tutorat de Christophe Buffavand.

Cet entretien a pour but d'explorer les différentes actions de l'ergothérapeute auprès des personnes atteintes de dépression Post-AVC dans un contexte de tension hospitalière.

Je comprends que je suis libre d'interrompre ma participation à n'importe quel moment, sans avoir à fournir de raison, ni à subir de préjudice quelconque. Par ailleurs, je sais que je pourrais avoir accès aux données et analyses issues de cet entretien si je le souhaite.

J'accepte que cet entretien soit enregistré, et que les données soient utilisées uniquement dans le cadre de cette étude. Toutes les données récoltées, y compris celles figurant sur le présent formulaire (ainsi que mon lieu d'exercice), resteront confidentielles et seront anonymisées.

En échange de ce consentement, je soussignée Elsa NADAL, m'engage à respecter les règles de confidentialité et à détruire l'enregistrement audio une fois le travail terminé.

Coordonnées de l'intervieweur : elsa.nadal@etu.univ-lyon1.fr

Signature de l'interviewé :

Signature de l'intervieweur :

Résumé :

Introduction: Depression affects 30% of post-stroke adult. However, only 5% are diagnosed. This depression affects rehabilitation. In fact, people with the pathology refuse any intervention, which complicates the rehabilitation proposed by the health professionals. These adults have lost meaning in their lives, and they have many symptoms like anhedonia, suicidal ideas, weight loss. Occupational therapists have a role to play in helping them despite hospital tension.

Objective: The aim of this study, is to understand, through 4 interviews with occupational therapists, how to intervene in the field to help treat this depression despite the tension in the hospital.

Methods: A literature review and exploratory qualitative research were conducted. 4 occupational therapists were questioned in semi-directed interviews.

Results: The results show that occupational therapists, although their knowledge of depression may not be exhaustive, have an important action. By working on meaningful activities, they can reduce the negative symptoms of depression. However, the growing pressure on hospitals is having an impact on patient care. In particular, the institutional performance and the lack of neuropsychologists and psychologists are causing patients to vent emotionally during occupational therapy sessions.

Conclusion: Occupational therapists are qualified to help adults suffering from post-stroke depression. They base their interventions on the person's meaningful activities, focusing on pleasure and enhancement, in an environment that is as ecological as possible. Hospital tension underlines the importance of multidisciplinary work, particularly with neuropsychologists and psychologists, who are currently in short supply in hospitals.

Key words: stroke, Occupational therapy, depression post-stroke, meaningful activities, hospital tension.

Introduction : La dépression touche 30 % des adultes ayant subi un accident vasculaire cérébral. Cependant, seuls 5 % d'entre eux sont diagnostiqués. Cette dépression affecte grandement la rééducation, les personnes atteintes refusant toute intervention, ce qui complique la rééducation proposée par les professionnels de santé. Ces adultes ont perdu le sens de leur vie et présentent de nombreux symptômes comme l'anhédonie, des idées suicidaires et la perte de poids. L'ergothérapeute seront amenés à en rencontrer régulièrement.

Objectif : Le but de cette étude est de comprendre, à travers 4 entretiens avec des ergothérapeutes, comment se déroule l'intervention sur le terrain pour aider à traiter cette dépression malgré la tension hospitalière.

Méthodes : Une revue de la littérature et une recherche qualitative exploratoire ont été réalisées. 4 ergothérapeutes ont été interrogés lors d'entretiens semi-dirigés.

Résultats : Les résultats montrent que les ergothérapeutes, bien que leurs connaissances sur la dépression ne soient pas exhaustives et universelles, ont une action importante. En travaillant sur des activités significatives, ils peuvent réduire les symptômes négatifs de la dépression. Cependant, la pression croissante dans les hôpitaux a un impact sur les soins. En particulier, le rendement institutionnel et le manque de neuropsychologues et de psychologues poussent les patients à se décharger émotionnellement pendant les séances d'ergothérapie.

Conclusion : Les ergothérapeutes sont compétents pour aider les adultes souffrant de dépression post-AVC. Il fonde son intervention sur les activités signifiantes de la personne, orientant son intervention vers le plaisir et la valorisation, dans un milieu qui se veut le plus possible écologique. La tension hospitalière souligne l'importance du travail multidisciplinaire, en particulier avec les neuropsychologues et les psychologues, ces derniers n'étant pas assez nombreux actuellement en milieu hospitalier.

Mots clés : AVC, ergothérapie, dépression post-AVC, activités signifiantes, tension hospitalière.