

L'ENGAGEMENT OCCUPATIONNEL DE LA PERSONNE AGÉE EN DÉPRESSION POST-AVC

**Mémoire d'initiation à la recherche en vue de
l'obtention du diplôme d'Etat d'ergothérapeute**

Accompagner pour avancer



GENDRE MARINE

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute précise que l'Unité d'intégration UE 6.5 Semestre 6 intitulée « Evaluation de la pratique professionnelle et recherche » a pour modalité d'évaluation un mémoire d'initiation à la recherche : écrit et argumentation orale.

L'étudiant(e) réalise, après utilisation du traitement de textes, un mémoire d'au moins 40 pages, hors annexes.

Ce mémoire doit permettre à l'étudiant(e) de montrer ses capacités à utiliser des outils d'expertise et de recherche, ainsi que ses capacités à synthétiser et rendre compte des résultats de son travail.

Le mémoire peut être :

- Un travail de recherche fondamentale relatif à la pratique de l'ergothérapie.
- Un travail de recherche appliquée à partir de l'observation d'un ou plusieurs cas cliniques.

L'étudiant(e) est aidé(e) dans sa recherche et dans son travail d'écriture par un maître de mémoire.

Le sujet et le maître de mémoire sont choisis par l'étudiant(e) en accord avec le directeur de l'institut.

Je, soussignée, GENDRE Marine étudiante en 3ème année en institut de formation en ergothérapie, m'engage sur l'honneur à mener ce travail écrit dans les règles édictées.

Je reconnais avoir été informée des sanctions et des risques de poursuites pénales qui pourraient être engagées à mon encontre en cas de fraude, et/ou de plagiat avéré.

A Créteil, le 03/06/2019

Signature :

Note aux lecteurs

Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de formation concerné.

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à me soutenir et à m'aider lors de la rédaction de ce travail d'initiation à la recherche.

Tout d'abord, j'adresse mes remerciements à mon Maître de Mémoire, Mme Margaux Renquet, qui m'a aidée dans mes recherches, accompagnée et soutenue tout au long de celles-ci.

Je souhaite remercier l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation de Créteil, ainsi que nos référents pédagogiques de méthodologie de mémoire M. Sébastien Loubassou et Mme Chantal Taillefer, pour leurs conseils et leur accompagnement.

Je remercie également tous les ergothérapeutes qui m'ont donné de leur temps pour répondre à mes questions, ainsi que ceux qui ont participé à la validation de mon guide d'entretien.

Enfin, je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont conseillée et relue lors de la rédaction de ce mémoire : ma famille et mes camarades de promotion.

*« Accompagner quelqu'un, c'est ne se placer ni devant,
ni derrière, ni à la place. C'est être à côté. »*

De Joseph Templier.

Table des matières

Introduction.....	1
Questionnement de départ.....	2
I. Cadre théorique	4
A. L'Accident Vasculaire Cérébral.....	4
1. Epidémiologie	4
2. Définition	4
3. L'étiologie des AVC	7
4. La dépression post-AVC.....	7
B. La personne âgée	9
1. Définitions.....	9
2. Le vieillissement.....	10
3. La gériatrie	10
4. L'ergothérapeute en gériatrie	12
C. Le processus d'engagement.....	15
1. La motivation	15
2. L'engagement occupationnel	16
3. Les outils de l'engagement occupationnel.....	18
4. Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels.....	20
II. Cadre expérimental.....	23
A. Méthodologie d'enquête	23
1. Objectifs de l'enquête	23
2. Populations cibles	24
3. Outil d'investigation	25
B. Résultats bruts et analyse des résultats.....	27
1. Présentation des ergothérapeutes.....	28
2. Description des symptômes de la dépression.....	29
3. L'accompagnement dans l'élaboration de son projet de vie	30
4. L'engagement des patients âgés en DPAVC.....	33
5. La répercussion des mises en situation sur l'engagement occupationnel.....	36
III. Discussion.....	38
Conclusion	46
Bibliographie	47
Annexes	52

Introduction

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2019) « un accident vasculaire cérébral (AVC) résulte de l'interruption de la circulation sanguine dans le cerveau (...). L'apport en oxygène et en nutriments est stoppé, ce qui endommage les tissus cérébraux. ». Les séquelles, suite à l'AVC, dépendent de la zone du cerveau touchée. L'AVC peut provoquer en plus des séquelles motrices, sensibles, posturales et cognitives, des séquelles psychologiques dues à plusieurs facteurs comme la fatigue et la dépression. La dépression a un impact sur différents facteurs tels que : les interactions sociales, la qualité de vie et la qualité des résultats en rééducation, qui jouent sur la durée d'hospitalisation (Ayerbe, Ayis, Crichton, Rudd, & Wolf, 2014 cité dans Boissezon, Godefroy et Roussel, 2017).

« Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) sont la principale cause de décès avec les accidents cardiaques. Les AVC sont une pathologie fréquente qui augmente avec l'âge : 78% des AVC surviennent après 75 ans » (Amiot, Frénisy, Minot et Soutenet, 2005, p. 66).

Les Services de Soins de Suite et de Réadaptation Gériatrique (SSRG) accueillent en hospitalisation complète ou en hospitalisation de jour, des patients âgés de plus de 75 ans généralement, présentant des risques d'être liés à une ou plusieurs pathologies chroniques ou invalidantes, entraînant l'apparition ou l'aggravation d'une déficience, source de dépendance psychique et/ou physique. En SSRG, la prise en charge de l'ergothérapeute se fait généralement par une rééducation en fonction des difficultés du patient au niveau moteur, cognitif, sensitif, postural. L'ergothérapeute travaille en utilisant comme moyen l'activité. Il prend en compte les objectifs mis en place avec le médecin et l'équipe pluriprofessionnelle, ainsi que le projet de vie et les intérêts du patient et de son entourage. Si la dépression engendre une perte de motivation, l'ergothérapeute peut se retrouver en difficulté pour mener à bien sa prise en charge. Il doit alors se concentrer sur la motivation du patient.

Nous allons tout d'abord développer les notions de l'accident vasculaire cérébral, de la personne âgée et du processus d'engagement. Puis, nous aborderons la partie expérimentale où nous verrons la méthodologie de l'enquête ainsi que ses résultats et leur analyse. Enfin, nous terminerons par la discussion afin de faire des liens entre la théorie et l'enquête.

Je vais maintenant aborder mes questionnements qui m'ont conduit à ce travail de recherche.

Questionnement de départ

Lors de mon deuxième stage en soin de suite et de réadaptation gériatrique, j'ai suivi Madame B., âgée de 74 ans, pour une hémiplégié gauche spastique, étant dans l'établissement depuis le 01/09/17, à la suite d'un accident vasculaire cérébral sylvien droit le 11/07/17. Elle est en fauteuil roulant confort et ne peut se déplacer seule. Elle a perdu son indépendance dans les activités de la vie quotidienne (soins personnels, tâches ménagères, cuisine) et tend vers la grabatisation. Elle a un syndrome anxiodépressif décelé par le médecin psychiatre. Madame B. était une femme au foyer, autonome et indépendante dans ses activités de la vie quotidienne avant son AVC. Lors de mon stage, elle souffre de ne pas faire ce dont elle a envie et de dépendre des autres. Comme Madame ne récupère plus, la prise en charge arrive à son terme et l'équipe médicale lui conseille d'aller en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), malgré son refus. Je me suis questionnée alors si en tant qu'ergothérapeute nous ne pouvons pas l'accompagner davantage et l'aider à construire un projet de vie, pour lui redonner l'envie de vivre et d'accomplir des choses malgré sa situation de handicap. J'ai observé lors de plusieurs séances en ergothérapie, que lorsque le patient avait des difficultés d'un ordre psychique, l'ergothérapeute ne savait plus comment intervenir. Il me semble important de prendre cette composante en considération lors de la prise en charge en rééducation. Si le patient n'a plus de motivation dû à ses symptômes et difficultés, selon moi l'ergothérapeute a un rôle dans sa prise en charge pour l'aider à construire son projet en amont de sa sortie d'hôpital. Je me suis sentie démunie face à Mme B qui pleurait souvent et souhaitait mourir. La seule solution proposée par l'équipe pluriprofessionnelle était une entrée en EHPAD. Je souhaite savoir comment réagir et quels sont les moyens que l'ergothérapeute peut mettre en place au sein de l'équipe pluriprofessionnelle pour accompagner un patient âgé en dépression post-AVC de la fin de sa prise en charge jusqu'à l'entrée en EHPAD. L'ergothérapie se base sur le projet de vie du patient et ses habitudes de vie pour créer des objectifs thérapeutiques, mais si le patient ne souhaite plus rien faire et qu'il ne s'engage plus dans aucune activité proposée, comment pouvons-nous travailler avec ce patient ?

Ma problématique est donc la suivante :

De quelle manière l'ergothérapeute intervient auprès des **personnes âgées** ayant une **dépression post-AVC**, en **Soin de Suite et de Réadaptation Gériatrique**, dans l'élaboration de son **projet de vie** ?

L'hypothèse émise est :

En proposant des **misés en situation significantes de vie quotidienne**, l'ergothérapeute permet **l'engagement occupationnel** d'une personne âgée en dépression post-AVC.

Afin de préciser les notions théoriques de ce travail d'initiation à la recherche, des concepts clés de la question de recherche et de l'hypothèse qui vont être développés sont :

- Personne âgée,
- AVC,
- Dépression,
- Engagement occupationnel,
- Mise en situation.

I. Cadre théorique

A. L'Accident Vasculaire Cérébral

1. Epidémiologie

Selon l'Institut national de la santé et de la recherche (INSERM, 2019), l'accident vasculaire cérébral est la 2^e cause de mortalité. Deux tiers des survivants environ récupèrent une indépendance fonctionnelle et trois quarts peuvent reprendre une activité professionnelle. L'AVC est la 1^{ère} cause de handicap physique acquis de l'adulte, la 2^e cause de démence (après la maladie d'Alzheimer). L'AVC peut survenir à tout âge : si l'âge moyen de survenue d'un AVC est de 74 ans, 25% des patients ont moins de 65 ans et 10% moins de 45 ans.

Selon la Fondation pour la Recherche sur les AVC (2019), en France, on estime à environ 140 000 par an le nombre de nouveaux cas d'AVC, dont la moitié des personnes ont entre 65 à 84 ans, et un quart des personnes d'au moins 85 ans.

Au vu de ces données, nous pouvons justifier de la pertinence de la population choisie : la personne âgée.

2. Définition

Définition de l'AVC

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2019), un accident vasculaire cérébral résulte de l'interruption de la circulation sanguine dans le cerveau. Alors, l'apport en oxygène et en nutriments s'arrête, ce qui endommage les tissus cérébraux. Les conséquences de l'AVC dépendent de la partie du cerveau touchée et de la gravité de l'atteinte. Un AVC très grave peut entraîner la mort subite. Selon l'INSERM (2019), si la prise en charge se fait à temps, les séquelles peuvent être limitées : 4H30 après l'AVC.

Les symptômes résultant de l'AVC

Lors d'un AVC, les symptômes peuvent être moteurs, sensitifs et/ou cognitifs. Le début est brutal et les signes cliniques observés peuvent régresser en quelques jours ou persister dans le temps. Nous pouvons identifier différents symptômes tels que (Amiot, Frénisy, Minot et Soutenet, 2005) :

Figure 1 : Définitions des symptômes résultant d'un AVC

Symptômes	Définitions
Hémiplégie	Paralysie complète ou incomplète, frappant la moitié du corps controlatérale à la lésion cérébrale.
Hypoesthésie	« Diminution des divers modes de la sensibilité ». (Marroun, Quevauvilliers et Sené, 2017, p.433)
Syndrome frontal	Conséquence due aux lésions du lobe frontal ou de ses connections, entraînant trois types de troubles : cognitifs, psycho-comportementaux, neurologiques (Collège Enseignant en Neurologie, 2016).
Troubles cognitifs	Ils comprennent : les troubles du langage, le raisonnement, les fonctions mnésiques, la prise de décision et les fonctions exécutives ainsi que la perception, la motricité et les émotions (AQNP, 2019).
Fonctions exécutives	Elles permettent d'avoir un raisonnement adapté à la situation. Elles comprennent : l'organisation/planification (élaborer des stratégies efficaces), l'inhibition (résister aux distractions ou inhiber une idée), la flexibilité mentale (capacité à s'adapter aux changements), le jugement (prendre des décisions appropriées) et l'autocritique (évaluer convenablement ses propres capacités, comportements et ses difficultés). (AQNP, 2019).
Troubles psycho-comportementaux	Conduites et attitudes inadaptées aux situations, en référence aux normes culturelles communément admises. (Ohnen, 2002)
Troubles neurologiques	« <i>Maladies du système nerveux central ou périphérique (...) Ils touchent le cerveau, la moelle épinière, les nerfs crâniens, les nerfs périphériques, les racines nerveuses, le système nerveux végétatif, la jonction neuro-musculaire et les muscles.</i> » (OMS, 2016). Ils sont essentiellement moteurs (Collège Enseignant en Neurologie, 2016).
Hémianesthésie	« Perte de sensibilité dans une moitié latérale du corps. » (Littré, 2010)

Hémianopsie latérale homonyme (HLH)	Hémianopsie : « <i>Affaiblissement ou perte complète de la vision concernant une moitié du champ visuel des deux yeux</i> » (Marroun, Quevauvilliers, Sené, 2017, p.397) HLH : Hémianopsie dans laquelle la perte du champ visuel se situe du côté opposé à la lésion.
Hémiasomatognosie (ou hémignégligence)	La personne n'a pas conscience de son hémicorps, comme lui appartenant (Collège Enseignant en Neurologie, 2016).
Aphasie	« <i>Troubles du langage oral et écrit, affectant l'expression et la compréhension</i> » (INSERM, 2019)

Outre l'ensemble de signes moteurs, sensitifs, cognitifs, des troubles psychopathologiques peuvent survenir : dépression et/ou anxiété, ce que nous verrons par la suite. (Amiot, Frénisy, Minot et Soutenet, 2005).

Selon l'INSERM (2019), l'âge influe sur les capacités de récupération. En incluant, les personnes n'ayant pas de séquelle visible, un handicap qualifié d'invisible persiste (fatigue, trouble de la concentration, anxiété, irritabilité).

Les phases après l'AVC

On distingue trois phases à la suite de l'AVC selon la Haute Autorité de Santé (HAS, 2012) :

- La phase aiguë (avant le 14^e jour post-AVC),
- La phase subaiguë (entre le 14^e jour et 6 mois post-AVC),
- Et la phase chronique (après 6 mois post-AVC).

La prise en charge des personnes ayant eu un AVC

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS, 2009), il y a plusieurs phases. Lorsque la personne rentre dans le milieu hospitalier (phase aiguë), elle intègre une Unité Neuro-Vasculaire (UNV). La thrombolyse intraveineuse (IV) va être effectuée, elle est préconisée jusqu'à 4 heures 30. Elle doit être effectuée le plus tôt possible. La thrombolyse est une méthode thérapeutique consistant en l'injection d'une substance thrombolytique (substance capable de dissoudre un caillot sanguin) (Larousse, n.d.).

Ensuite, en vue des séquelles motrices et cognitives, un travail en rééducation se fait en unité neurovasculaire puis se poursuit en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR). Les patients victimes d'un AVC sont fragilisés et doivent alors avoir un suivi important pour prévenir ou dépister précocement les récurrences (INSERM, 2019).

3. L'étiologie des AVC

Selon l'INSERM (2019), deux types d'AVC sont définis :

- Les infarctus cérébraux ou AVC ischémiques, représentant environ 80 % des AVC, résultent le plus souvent de l'occlusion d'une artère cérébrale par un caillot sanguin (thrombus). Plus rarement, l'infarctus cérébral peut avoir une origine veineuse (et non artérielle) : on parle alors de thrombose veineuse cérébrale, qui représente environ 1% des AVC.
- Les hémorragies cérébrales (15% des AVC) et méningées (5% des AVC) sont dues à la rupture d'une artère cérébrale au niveau du cortex ou des méninges. Les accidents hémorragiques méningés peuvent engendrer un syndrome méningé (troubles de la vigilance, somnolence...).

Les facteurs de risques sont nombreux : l'âge, l'hypertension artérielle, le diabète, le cholestérol, le tabac...etc. Une accumulation de plusieurs de ces facteurs au cours du temps, augmente le risque de survenu d'un AVC.

4. La dépression post-AVC

D'après mes recherches, la survenue d'une dépression est une complication fréquente des AVC : une prévalence de 30 à 60 %. (Anderson & Hackett, 2005 cité dans Boissezon, Godefroy, Roussel, 2017). Le manque de précision des chiffres sur les personnes en Dépression Post-AVC (DPAVC) est dû notamment à la variété des outils de diagnostic. En effet, selon les études, les outils de diagnostic de la DPAVC les plus utilisés sont (Zuber, 2012):

- Des critères standards (DSM-III puis DSM-IV) à partir d'entretiens psychiatriques ;
- Des échelles psychiatriques développées en général pour d'autres affections ;
- Des auto-questionnaires sur la dépression.

Aussi, la DPAVC n'est pas toujours identifiée par les professionnels de santé puisque les symptômes neurologiques et psychiatriques sont souvent confondus, ils ne sont pas encore bien définis dans la littérature scientifique. Les professionnels de santé ne sont donc pas ou

peu formés au repérage de ces symptômes. Seulement 2% de ces patients sont orientés en psychiatrie. Tout patient ayant eu un AVC doit être considéré comme un patient à risque élevé de dépression et devrait donc recevoir le suivi adapté. (Anderson & Hackett, 2005 cité dans Boissezon, Godefroy, Roussel, 2017).

La dépression post-AVC est caractérisée par l'humeur dépressive, souvent accompagnée d'anhédonie. L'anhédonie est une « *perte partielle ou totale de la capacité à éprouver du plaisir dans les actes qui normalement le produisent* » (Marroun, Quevauvilliers et Sené, 2017, p.57). Une perte d'énergie, des difficultés de concentration, une perte d'appétit, l'insomnie et une lenteur psychomotrice peuvent également être présentes. Les sentiments de culpabilité et les idées suicidaires viennent généralement au second plan. Il peut arriver que des troubles du langage soient présents, consécutifs à l'AVC représentant alors une difficulté pour le diagnostic de cette dépression post-AVC (Zuber, 2012).

Le risque de dépression reste élevé 3 ans après l'AVC. La DPAVC peut devenir chronique. Si la dépression se déclenche dès la phase aigüe, avec des symptômes sévères. Elle peut être reconnue plus facilement qu'en apparaissant progressivement plus tard pendant le suivi à long terme, en SSR ou lors du retour à domicile. Les périodes de pause dans les soins peuvent favoriser l'apparition de ces troubles. Le dépistage de la DPAVC doit être réalisé tout au long de la prise en charge. (Anderson & Hackett, 2005 cité dans Boissezon, Godefroy et Roussel, 2017).

La dépression post-AVC résulte de la lésion cérébrale et/ou du deuil de l'état antérieur de la personne. (Capron, 2015). La confrontation à la brutalité du handicap met la personne dans un état de détresse, notamment en se confrontant à une dépendance physique importante pour toutes les activités de la vie quotidienne, même les plus innées, comme la marche et les besoins urinaires. (Engedal, Kirkevold, Kim, & Kouwenhoven, 2011 cité dans Zuber, 2012).

La dépression est la première maladie non transmissible en terme d'incapacités. (OMS cité dans Boissezon, Godefroy et Roussel, 2017). La DPAVC impacte la durée d'hospitalisation, la récupération en rééducation fonctionnelle, et la qualité de vie de la personne et de son entourage (Ayerbe, Ayis, Crichton, Rudd, & Wolfe, 2014 cité dans Boissezon, Godefroy et Roussel, 2017). Elle peut donc aussi influencer la réhabilitation sociale.

Les études montrent que la DPAVC est un facteur de récurrence pour déclencher un nouvel AVC. (Hu, Okereke, Pan, Sun & Rexrode, 2011 cité dans Boissezon, Godefroy et Roussel, 2017).

Selon Pierre Thomas, lorsque la DPAVC est diagnostiquée et traitée précocement, les résultats de la rééducation sont meilleurs (Boissezon, Godefroy et Roussel, 2017).

Le tableau clinique de la DPAVC est variable en fonction du sujet : selon l'âge de la personne, la localisation et le type de la lésion cérébrale (Boissezon, Godefroy et Roussel, 2017).

Nous avons vu que les trois-quarts des personnes ayant eu un AVC ont plus de 65 ans. Nous allons donc maintenant définir et détailler les notions se rapportant au thème de la personne âgée.

B. La personne âgée

1. Définitions

Nous pouvons, pour commencer, nous poser la question : à quel âge sommes-nous considéré comme une personne âgée ?

L'OMS, définit la vieillesse à plus de 65 ans, en prenant pour référence l'âge de cessation d'activité. Cependant sur le plan médical, définir la vieillesse à partir de 75 ans serait plus pertinent. (Gonthier et Rheims, 2012).

Le Centre d'analyse stratégique définit deux classes (Ginbert et Godot, 2010) :

- Les « *personnes âgées* », à partir de 75 ans, désignées dans le langage courant comme le « *troisième âge* », ont la santé qui se dégrade plus intensément et sont plus vulnérables. Leur vie sociale peut devenir inexistante. Cependant, certaines personnes âgées de 75 à 85 ans, malgré la dégradation de leur état de santé, restent autonomes et indépendantes.
- Au-delà de 85 ans (« *grand âge* »), le risque de perte d'autonomie et d'indépendance pour les activités de la vie quotidienne, s'accroît très fortement.

La personne devient âgée par un processus qui se nomme : le vieillissement.

2. Le vieillissement

Selon Kalfat et Sauzéon (2009), le vieillissement est un processus constant, spécifique à chaque personne, lié à l'âge mais également à la culture et à l'époque. Il est défini par deux périodes :

- La croissance, c'est-à-dire la période de développement de l'homme.
- La sénescence ou la vieillesse, où les renouvellements de l'organisme sont insuffisants et engendrent des déficiences.

Trois types de vieillissement sont définis (Gonthier, Rheims, 2012) :

- Le vieillissement réussi (Khan & Rowe, 1987 cité dans Gonthier, Rheims, 2012) : les capacités cognitives sont préservées, il n'y a pas de maladie et/ou handicap associés et les activités sociales et/ou productives sont maintenues.
- Le vieillissement habituel ou usuel : certaines fonctions physiologiques sont atteintes et la personne est moins présente dans ses activités.
- Le vieillissement pathologique : il est plus rapide que la normale et il provoque des handicaps et/ou morbidités évolutives/compliquées.

Ainsi, le vieillissement pathologique provoque généralement une prise en charge plus poussée de la personne âgée. Nous allons voir maintenant comment prendre en charge cette population.

3. La gériatrie

La gériatrie est la médecine spécialisée de la vieillesse (Bazerolles et Bourrellis, 2009). Aujourd'hui, les personnes âgées de 60 ans et plus sont au nombre de 15 millions, elles seront 20 millions en 2030 et près de 24 millions en 2060. Le nombre des plus de 85 ans passera de 1,4 million aujourd'hui à 5 millions en 2060. (Ministère de la Solidarité et de la Santé, 2018). La Santé publique doit alors s'adapter à leur nombres, à leurs diverses particularités et à leurs conditions de vies qui varient pour chaque individu et amènent des besoins variés dans les domaines du social, du médico-social et du médical, faisant alors intervenir de nombreux acteurs (professionnels ou non).

Avec l'âge, la personne devient fragile et est plus susceptible de déclencher des pathologies. Les syndromes gériatriques accompagnent les pathologies et compliquent leur prise en charge. Ils ont fréquemment pour conséquence un risque de perte d'indépendance fonctionnelle et/ou d'autonomie. La prise en charge de la personne âgée malade est multifactorielle et requiert une approche globale (ARS, Agence Régionale de Santé du Hauts-de-France, 2019). Selon le circulaire de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) du 18 mars 2002, « *tout l'enjeu de la gériatrie est de savoir reconnaître et de prévenir les risques de la perte d'autonomie par une prise en charge globale, que ce soit en ville ou à l'hôpital. La trajectoire de soins des personnes âgées, notamment des personnes âgées fragiles, doit pouvoir s'inscrire dans une filière de soins gériatriques offrant un panel de ressources adaptées à leurs besoins* ».

Les différents types de service en gériatrie sont (Bazerolles et Bourrellis, 2009) :

- Lors du maintien à domicile, le service d'aide à domicile composé de différents acteurs appartenant aux secteurs médico-social, de la qualité de vie, juridique, de l'information, et de l'environnement
- Les résidences collectives, considérées comme lieu de vie : comme les résidences autonomie (ex-logements-foyers), comprenant à la fois des logements individuels et privatifs et des espaces communs dédiés à la vie collective. Elles sont souvent construites au cœur des villes à proximité des commerces, des transports et des services (Portail national d'information pour l'autonomie, 2019).
- Les résidences de soins longue durée ou les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), la personne est considérée comme institutionnalisée.

Les patients de 70 ans et plus sont la population la plus représentée en soins de suite et de réadaptation (SSR) : plus de 50% en 2011, dont la moitié âgée de 80 à 89 ans (Coquelet, 2015). A la fin du séjour en SSR, plus des deux tiers des personnes retournent à domicile ou sont orientés vers un foyer d'hébergement spécialisé, généralement EHPAD. 13 % sont dirigés vers un service de médecine ou de chirurgie et 5 % décèdent (Coquelet, 2015).

Cependant, des SSR spécialisés pour les personnes âgées existent : les soins de suite et de réadaptation gériatriques. Ils ont pour objectifs de prévenir ou de réduire les conséquences

fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation, ainsi que leur réinsertion. Ces établissements ont pour missions de procurer des soins médicaux, curatifs et palliatifs, ainsi que de la rééducation et réadaptation, avec des actions de prévention et d'éducation thérapeutique pour un accompagnement à la réinsertion familiale, sociale et professionnelle. (FHP-SSR, Syndicat des Soins de Suite et de Réadaptation, 2010). En sortant de cet établissement le patient âgé post-AVC doit élaborer son projet : soit il retourne à domicile avec ou sans aide, soit il est transféré dans un autre établissement adapté, généralement des EHPAD, du fait de l'âge.

4. L'ergothérapeute en gériatrie

Tout d'abord, comme le définit le Ministère de la santé et des sports, dans l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute (2010), l'ergothérapeute est un professionnel de santé qui, sur prescription médicale, intervient dans les domaines de la prévention, de la rééducation, de la réadaptation et de la réinsertion (Villaumé, 2018).

L'ergothérapeute prend en charge le patient ayant un problème de santé, limitant ses capacités à faire ses soins personnels, à se déplacer, à communiquer et autres activités qu'il souhaiterait faire. Ainsi, l'ergothérapeute prévient et réduit les situations de handicap en sécurisant les activités de la vie quotidienne, en prenant en compte les habitudes de vie et l'environnement de la personne (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2012).

L'ergothérapeute utilise l'activité dans un but thérapeutique permettant le maintien ou la récupération de ses capacités afin qu'il puisse continuer ou commencer des activités de la vie quotidienne (ANFE, Association Nationale Française des Ergothérapeutes, 2019).

Les ergothérapeutes, en gériatrie, agissent dans plusieurs domaines et ont un rôle dans toutes les phases de filières gériatriques auprès des personnes âgées, de ses aidants professionnels et/ou aidants naturels (famille, entourage). En effet, les ergothérapeutes participent à la prévention primaire dans une démarche d'éducation et de conseil (Bazerolles et Bourrellis, 2009).

Selon l'OMS (1948), la prévention primaire est l'ensemble des actes qui diminuent l'incidence d'une maladie ou d'un problème de santé afin de réduire l'apparition des nouveaux cas dans une population saine par la diminution des causes et des facteurs de risque. (Ministère des Solidarités et de la santé, 2001).

Les personnes âgées peuvent intégrer la filière gériatrique lorsqu'elles sont encore indépendantes et autonomes jusqu'à leur fin de vie. L'ergothérapeute a pour objectif d'améliorer la qualité de vie de la personne âgée en prenant en compte son environnement humain et matériel (Bazerolles et Bourrellis, 2009).

L'ergothérapeute doit répondre à tous ces critères en mettant en place un cadre thérapeutique adapté dans la prise en charge, avec une relation thérapeutique adaptée avec le patient. La relation thérapeutique se base notamment sur l'empathie, la communication, la compréhension et l'observation de la personne. Le cadre repose sur la définition des modalités de la séance. Il permet de sécuriser la personne, de poser des repères. Le cadre est garant de la relation en tant que référence commune, non sujette aux aléas du thérapeute et du patient. Il a un aspect spatio-temporel, un aspect humain et il définit les règles à respecter (Fabre-Mellini, 2009).

L'ergothérapeute doit accompagner la personne pour qu'elle puisse formuler son projet de vie afin de définir des objectifs adaptés à la personne. La loi du 11 février 2005, loi n°2005-102, JO n°36 du 12 février 2005 page 2353, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, (www.legifrance.gouv.fr) définit un nouveau droit pour la personne en situation de handicap : le « *droit à compensation* » de son handicap, quels que soient l'origine et la nature de ses déficiences, son âge ou son mode de vie. La loi du 11 février 2005, oblige à définir un « *projet de vie* ». Pour élaborer le projet de vie de la personne, l'ergothérapeute peut aider la personne à le formuler avec des outils que nous verrons par la suite. L'ergothérapeute a un rôle dans ce projet de vie, mais il doit coopérer avec son équipe pour que ce projet soit bien défini et que les objectifs correspondent. Un travail en coopération, c'est-à-dire une approche globale et interprofessionnelle, est indispensable dans l'élaboration de ce projet (Gonthier, 2004, cité dans Bourrellis et Bazerolles, 2009). L'ergothérapeute travaille avec tous les professionnels : avec l'équipe de soin (médecins, infirmiers, aides-soignants...etc.), avec l'équipe psycho-

social (psychologue, assistante social, animateurs ...etc.) et avec les rééducateurs (diététicien, masseur-kinésithérapeute, orthoptiste, psychomotricien...etc.). L'ergothérapeute peut travailler seul et/ou en binôme avec un autre professionnel. Il est primordial que l'ergothérapeute repère le type de structure, ainsi que la coordination avec les autres professionnels pour définir son rôle et ses missions (Bourrellis et Bazerolles, 2009).

En gériatrie, l'objectif général de l'ergothérapeute est de maintenir les activités de vie quotidienne des personnes âgées tout en prévenant des complications liées à la personne âgée. Afin de mener sa prise en charge à bien, il favorise le maintien de leur participation. L'ergothérapeute aide à la participation de la personne en utilisant des attitudes thérapeutiques appropriées comme l'encouragement afin de valoriser la personne, des techniques thérapeutiques comme le coaching afin de guider la personne (Villaumé, 2018).

Les ergothérapeutes sont aptes à définir avec la personne âgée un plan d'aide individualisé, respectant ses habitudes de vie, son projet, son lieu de vie, sa pathologie et l'évolution de celle-ci, qui vise à compenser sa situation de handicap. Pour ce faire, ils évaluent les capacités et difficultés de la personne afin d'obtenir des objectifs de rééducation, de réadaptation et/ou de réinsertion propres à la personne dans une démarche d'ergothérapie (Ravaine, 2004).

Pour répondre à cet objectif général l'ergothérapeute évalue puis accompagne le patient à travailler sur ses capacités (sensitives, cognitives et motrices) afin de réaliser l'activité en question. Malgré des détériorations cognitives ou des troubles du comportement, le besoin d'activité reste essentiel chez la personne âgée (Villaumé, 2019). Puisque, selon l'Association Canadienne des Ergothérapeutes, l'occupation (ACE, 2007) :

- Donne un sens à la vie,
- Est un important déterminant de la santé et du bien-être,
- Organise le comportement,
- Se développe et change au fil du temps,
- Façonne et est façonnée par les environnements.

Ainsi, en proposant et en adaptant l'activité, l'ergothérapeute permet au patient de répondre à ses besoins tout en le valorisant et en lui faisant comprendre qu'il est encore capable d'agir et d'exister (ACE, 2007).

Au vu de la difficulté du patient âgée en dépression post-AVC à s'engager dans sa prise en charge, l'ergothérapeute doit travailler sur son engagement occupationnel.

C. Le processus d'engagement

1. La motivation

La motivation est un facteur, basé sur le ressenti de la personne, ce vers quoi la personne inspire. La motivation est la raison pour laquelle on agit de telle façon. Ainsi, motiver quelqu'un à agir, revient à lui expliquer les bonnes raisons pour lesquelles il devrait adopter un comportement (Meyer, 2013).

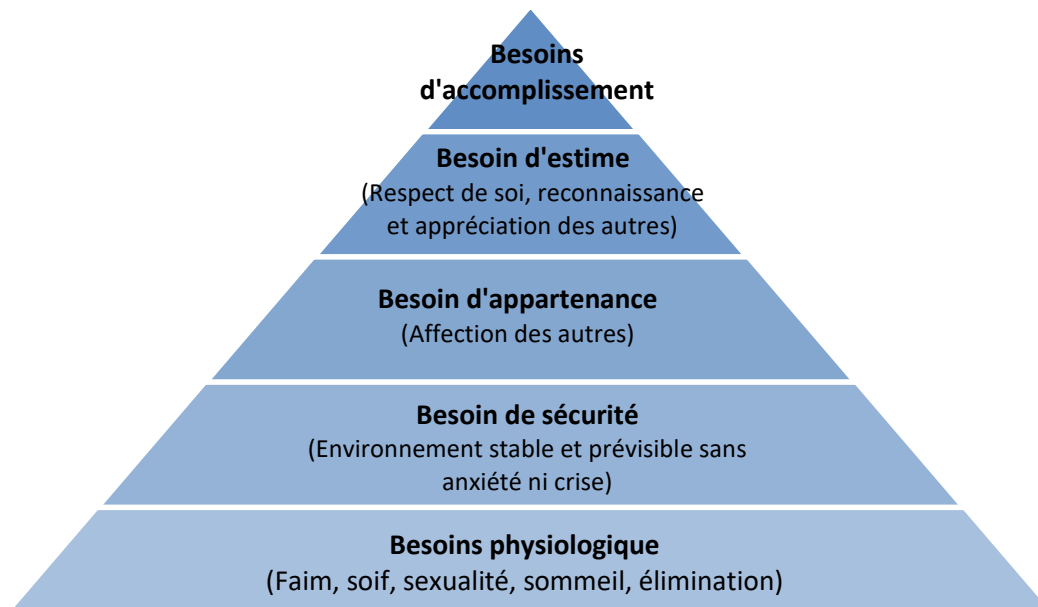
La motivation de la personne est le facteur qui détermine son engagement dans une action. Elle est essentielle pour que la personne continue son traitement sur l'ensemble de la période, ainsi que pour changer une habitude de vie. Notamment elle est primordiale lors de l'enseignement thérapeutique permettant d'expliquer au patient sa maladie et son traitement pour l'accompagner à devenir autonome et/ou indépendant, et ainsi que lui faire prendre conscience de ses difficultés, des risques et qu'il puisse agir au plus proche des préconisations (Sommer et al., 2004 cité dans Giordan, Golay, Lagger, 2016).

La réussite d'une démarche thérapeutique dépend entre autres de la motivation du patient à vouloir changer leur situation, concernant leur traitement, leurs soins ou/et leur façon de vivre. (Giordan, Golay, Lagger, 2016).

La motivation dépend des facteurs internes et externes. Les facteurs internes sont les besoins fondamentaux ou besoins physiologiques : la faim, la soif, le sommeil, le besoin sexuel, ainsi que les besoins : de sécurité, d'exister, de se réaliser, d'améliorer ses compétences ou besoins d'identité, d'appartenance, l'intérêt, le plaisir, le sens de la situation pour la personne. Les facteurs internes comprennent aussi le projet de faire ou d'être de la personne, la confiance en soi, l'estime de soi, sa perception favorable ou non de la situation (Giordan, 2002, cité dans Giordan, Golay et Lagger, 2016).

Ainsi, la motivation interne dépend donc des besoins de la personne. Ces besoins sont représentés dans la pyramide des besoins d'Abraham Maslow (Maslow, 1954, cité dans Giordan, Golay et Lagger, 2016).

Figure 2 : Pyramide des besoins selon Abraham Maslow



Les facteurs externes, quant à eux, dépendent de l'environnement humain et matériel. Donc la motivation externe dépend de cet environnement (Giordan, Golay et Lagger, 2016), elle est l'ensemble des « incitations externes à la personne qui la pousse à l'action » (Meyer, 2013, p. 147). Ces incitations externes proviennent de l'environnement humain et matériel de la personne. Elles peuvent être par exemple la réussite ou l'échec social de la personne. Cette réussite ou échec social est défini comme tel par la personne elle-même en fonction de ses attentes. D'une personne à l'autre les attentes et les croyances seront différentes (Fenouillet, 2005).

L'ergothérapeute doit donc prendre en considération ces composantes pour repérer et agir sur ces éléments qui influencent l'individu dans ses activités. L'ergothérapeute doit alors faire verbaliser la personne sur ses intérêts et ses réticences, connaître le sens que la personne a pour chacune de ses activités de la vie quotidienne.

2. L'engagement occupationnel

L'ergothérapeute accompagne la personne à aller au-delà des limites occupationnelles que celle-ci peut rencontrer, en identifiant les différents obstacles qui créent ces limites et il

met en place les moyens permettant de favoriser son engagement. L'intervention de l'ergothérapeute vise à favoriser l'engagement, restaurer la fonction et voir les activités, tâches et rôles importants pour la personne. Les êtres humains ont besoin d'agir, alors un manque d'engagement dans les activités provoque une perte de compétence dans les activités de la vie quotidienne (Baume, Foster, Hildebrand, Tabor Connor et Wolf, 2016).

L'ergothérapeute cherche l'engagement lors de la rééducation afin de rendre acteur le patient dans sa prise en charge. Le groupe ENOTHE, European Network of Occupational Therapy in Higher Education, association de réseau à but non lucratif créée en 1995, concernée par les normes et la qualité de la formation professionnelle des ergothérapeutes à travers l'Europe, a défini l'engagement comme « *le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation.* » (Caire et Schabaille, 2018, p. 5).

En SSRG, l'ergothérapeute suscite aussi l'engagement de la personne âgée dans l'activité afin de la rendre actrice dans sa prise en charge. Avant de définir ce qu'est l'engagement occupationnel, il est important de définir l'activité.

« *Une activité est une idée véhiculée dans l'esprit des gens et dans leur langage culturel partagé.* » (Pierce, 2001 cité dans Pierce, 2016, p.25). L'activité, en ergothérapie, est définie aussi comme « *la réalisation d'une suite structurée d'actions ou de tâches qui concourt aux occupations* » (Meyer, 2007, p.34). Alors que l'occupation est définie par le Cadre conceptuel du groupe de Terminologie de ENOTHE (CCTE) comme « *un groupe d'activités, culturellement dénommé, qui a une valeur personnelle et socio-culturelle et qui est le support de la participation à la société. Les occupations peuvent être classées en soins personnels, productivité et loisirs.* » (Meyer, 2013, p. 59). Depuis 2013, le modèle a ajouté le repos comme occupation, auparavant étant dans les soins personnels. (Caire et Rouault, 2017). Les soins personnels sont les actions sur sa santé et son bien-être, ainsi que sur ses routines comme « *manger* » ou des actions plus ponctuelles comme « *prendre des antibiotiques* » en font également partis (Chapparo & Ranka, 1997 cité dans Meyer, 2013, p.77). Les occupations productives reposent sur leur rôle de contribution pour la société, le fait de subsister à ses besoins personnels et de soutenir ses proches (l'Association canadienne des ergothérapeutes, 2002 ; Chapparo & Ranka, 1997 cités dans Meyer, 2013). Les loisirs, quant à eux, se déroulent lors d'un temps libéré des diverses obligations (familiales, professionnelles), elles sont choisies

avec liberté et ont pour but de se faire plaisir (Sabonis-Chafee & Hussey, 1998 cité dans Meyer, 2013).

Le terme occupation utilisé dans le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO), n'a pas le même sens que celui employé dans la langue française. En anglais, l'occupation regroupe toutes les activités signifiantes et significatives pour la personne. Le terme d'activité a un sens plus restrictif en France. L'occupation est l'élément fondamental de ce modèle car nous avons « *besoin d'occupations pour pouvoir vivre et être en relation* » (Caire et Rouault, 2017, page 86). Les occupations agissent sur la santé, le bien-être, et donnent sens à la vie en construisant un cadre temporel et structurant avec l'habitude. L'occupation est un moyen thérapeutique. (Caire et Rouault, 2017). La personne âgée, post-AVC en dépression est, comme nous l'avons vu, généralement confronté au deuil de sa vie d'avant et a donc besoin d'avoir des éléments qui donnent un sens à sa vie.

Ainsi, l'idée de l'occupation chez les ergothérapeutes englobe l'action d'une personne dans sa vie quotidienne, qui a du sens pour elle dans son environnement (Caire, Schabaille, 2018). Aussi, selon Fisher (1998), « *l'occupation est une activité intentionnelle ayant du sens pour la personne qui s'y engage* » (Meyer, 2013, p.57). Les activités de la vie quotidienne sont donc des occupations. (Meyer, 2013).

On distingue l'activité significative, qui donne un sens social à l'activité par l'entourage, de l'activité signifiante qui a un sens, spécial pour la personne, lié à son identité et son projet personnel. (Morel-Bracq, 2015).

L'engagement occupationnel est comme son nom l'indique l'engagement dans les occupations. Cet engagement occupationnel aurait un rôle primordial dans la démarche de soin de la personne (Kielhofner, 2009 ; Polatajko, 2001 cités dans Meyer, 2013). L'engagement occupationnel, prend sens en ergothérapie car il permet à la personne de s'organiser dans sa vie, dans le temps, l'éloigne de ses préoccupations et donne un rythme à sa vie quotidienne (Meyer, 1977, 1922, cité dans Meyer, 2013).

Nous avons vu ce qu'était l'engagement occupationnel, maintenant nous allons aborder les outils permettant de l'évaluer pour ensuite l'induire ou l'améliorer.

3. Les outils de l'engagement occupationnel

Il existe des outils formalisés et non formalisés sous forme d'entretien par exemple. L'entretien motivationnel est un outil utilisé par le thérapeute dans sa relation avec le patient.

Il se conduit comme un entretien semi-directif, centré sur la préoccupation du patient, il s'appuie sur une démarche de guidance qui doit entraîner un changement et l'engagement à agir de la personne. Cet outil a été élaboré à la fin des années 1980 par deux psychologues W. Miller et S. Rollnick en s'inspirant des modèles : cognitivo-comportemental et humaniste. Il a été élaboré afin d'aider la personne à identifier ses motivations propres au changement et à agir de façon adaptée lorsqu'elle est confrontée à une difficulté (Giordan, Golay, Lager, 2016).

L'entretien motivationnel est de plus en plus utilisé notamment lors d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP). Selon le rapport OMS-Europe (1996), l'ETP « *vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.* ». L'ETP peut être un concept dont l'ergothérapeute peut s'imprégner pour accompagner le patient car elle a des objectifs similaires pour engager la personne dans sa prise en charge (HAS, 2007).

En tant que thérapeute, l'ergothérapeute doit avoir une relation thérapeutique adaptée au patient. Pour cela, comme nous l'avons vu, il doit instaurer un cadre thérapeutique. Il peut être vu comme un contrat entre le thérapeute et le patient, puisque le patient devra dire si cela lui convient, tout au long de la prise en charge, ainsi que le respecter. Le cadre doit être sécurisant pour le thérapeute et pour le patient. Le travail de l'ergothérapeute est d'inciter le patient à s'engager et respecter cet engagement. Il s'agit de mettre en place un cadre de travail, en établissant une relation de confiance (Klein, 2016). Cette relation de confiance peut permettre au patient de s'engager dans la prise en charge en se sentant en sécurité.

Une mise en situation peut être définie comme une « *reconstitution plus ou moins factice d'une réalité où un client, et possiblement son entourage, doit offrir une performance* » (Blouin et Bergeron, 1997, p.49). Selon Le Boterf, les mises en situation permettent au patient d'apprendre en pratiquant, d'être accompagné par un médiateur-formateur, de se mettre en situation et de se rendre compte de ses capacités. Ce qui permet à l'ergothérapeute de prendre du recul afin d'évaluer sa pratique pour la faire évoluer, d'aider le patient à se rendre compte de son évolution, de développer un sentiment de satisfaction pour ses propres capacités, de le motiver à agir (Le Boterf, 2005) et ainsi de l'engager dans l'occupation. Généralement, les mises en situation sont dites écologiques car elles sont effectuées dans un milieu écologique, c'est-à-dire qu'elles seraient réalisées au plus près des conditions de vie de la personne évaluée (Guihard, 2010).

Des modèles conceptuels ergothérapeutiques permettent une prise en charge centrée sur la personne pour favoriser sa motivation, et faire alors émerger son engagement occupationnel.

Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels est comme son nom l'indique le modèle spécialisé dans l'engagement occupationnel de la personne en ergothérapie.

4. Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels

Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO), ou en anglais Canadian Model of Occupational Performance a été élaboré par l'Association Canadienne des Ergothérapeutes (Caire et Rouault, 2017). Il explique le rôle des ergothérapeutes aux autres professionnels et d'aider les ergothérapeutes dans leur démarche de traitement en se recentrant sur l'importance des occupations pour le client. Ils soutiennent également l'intégration sociale et la justice dans les occupations des personnes ayant un handicap. Ce modèle est inspiré en partie des travaux de Mary Reilly, ayant une approche centrée sur la personne. Cette approche permet de construire des objectifs de traitement significatifs pour la personne et d'évaluer les changements dans la performance et la satisfaction perçue par la personne (Law et al., 2005 cité dans Caire et Rouault, 2017).

Au Canada, Polatajko et ses collègues (2004) proposent une classification de termes pour préciser le langage de l'occupation : mouvement volontaire ou processus mental, action, tâche, activité et occupation qui est le niveau le plus haut, puisqu'il inclut l'environnement habituel ou nouveau, les valeurs, le sens et la culture (Meyer, 2013).

Les dimensions de la personne sont : affective (gestion des émotions et des sentiments), cognitive (fonctions cérébrales), physique (fonctions sensori-motrices), et spirituelle (croyances, valeurs, projet de vie). L'environnement de la personne est physique (environnement naturel, constructions), institutionnel (politique, économique, règles de vie en communauté), culturel (collectivités) et social (liens sociaux et familiaux)(Marchalot, 2016).

Dans ce modèle, la pratique est centrée sur le client, elle prend en compte la subjectivité, les désirs et les besoins propres du client (Caire et Rouault, 2017).

L'évaluation des résultats se fonde sur la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO), prenant en compte l'évaluation et la réévaluation subjective du rendement occupationnel et de la satisfaction du client sur sa performance dans les occupations qui sont importantes pour lui (Caire et Rouault, 2017). « *Le rendement occupationnel évoque la capacité d'une personne de choisir, d'organiser et de s'adonner à des occupations significatives qui lui procurent de la satisfaction. Ces occupations, définies sur le plan culturel et correspondant à son groupe d'âge, lui permettent de prendre soin d'elle, de se divertir et de contribuer à l'édifice social et économique de la communauté.* » (ACE, 1997, p.34). Le terme rendement fait référence à une efficacité. La performance correspond au résultat obtenu lors de l'exécution d'une tâche (Dutil, 1994).

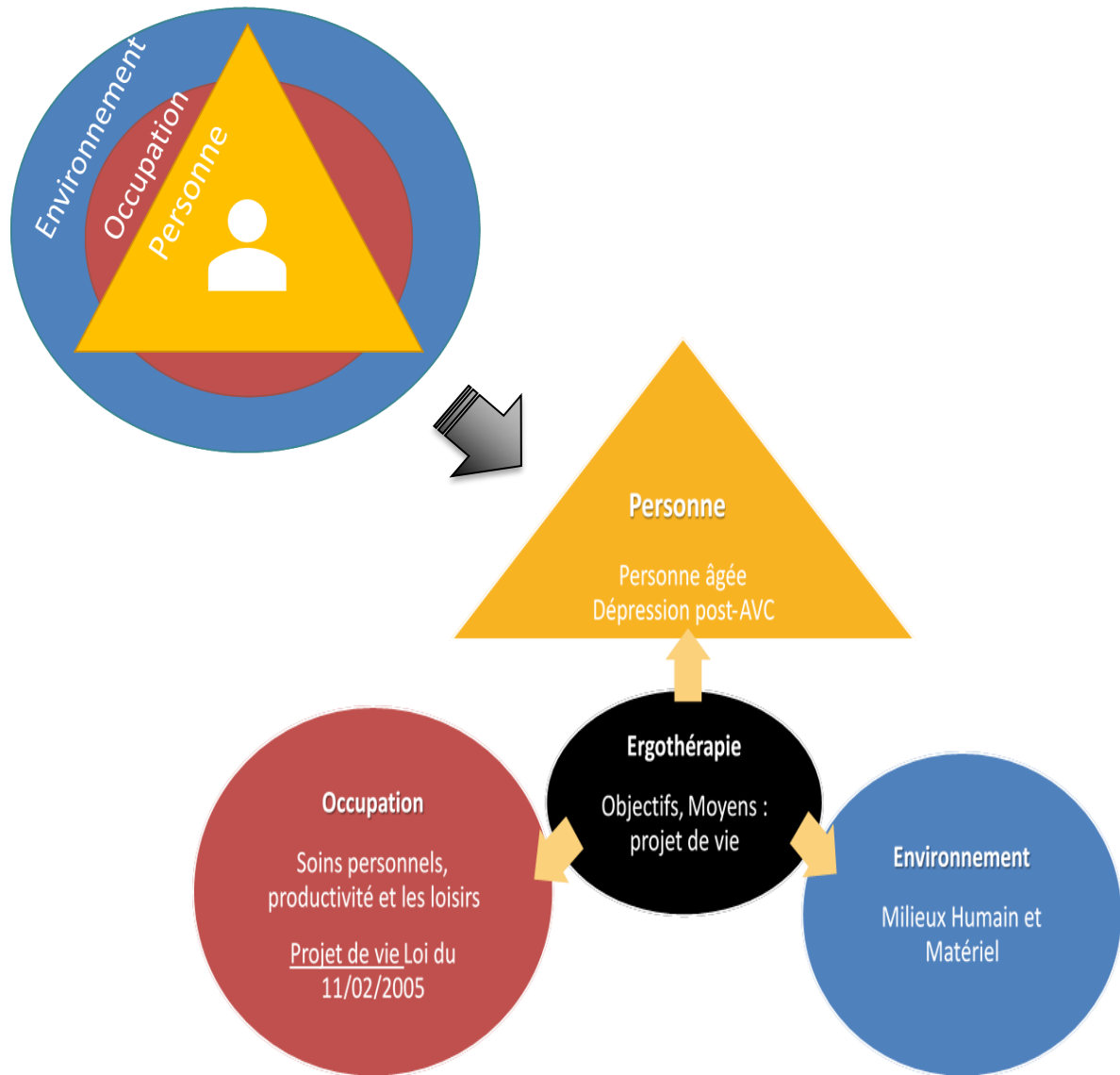
Ainsi, la MCRO permet également l'évaluation de l'engagement occupationnel de la personne dans ses activités afin d'établir des objectifs de travail en ergothérapie.

La relation entre le patient et le thérapeute est humaniste et centrée sur le client. Une collaboration est construite, visant la facilitation de l'occupation et de son engagement dans celle-ci (Caire et Rouault, 2017).

Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels met en évidence le rôle primordial de l'occupation pour la personne. Ce modèle permet une réelle participation sociale de la personne. Il permet de mettre en évidence les rendements occupationnels de la personne et son engagement occupationnel, le thème de ce travail de recherche. En Annexe I, se trouve le schéma représentatif du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (Townsend et Polatajko, 2008, p. 27).

Le voici transposé à cette problématique de recherche :

Figure 3 : Le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels



II. Cadre expérimental

Pour rappel, la problématique de ce mémoire est :

De quelle manière l'ergothérapeute intervient auprès des personnes âgées ayant une dépression post-AVC, en Soins de Suite et de Réadaptation Gériatrique dans l'élaboration de son projet de vie ?

Mes recherches m'ont amené à émettre l'hypothèse suivante :

En proposant des mises en situation significatives de vie quotidienne, l'ergothérapeute permet l'engagement occupationnel d'une personne âgée en dépression post-AVC.

Ainsi, pour vérifier la validité ou l'invalidité de mon hypothèse, et de confronter mes résultats à la recherche réalisée préalablement, j'ai mené une enquête.

A. Méthodologie d'enquête

1. Objectifs de l'enquête

À la suite de la problématique, des objectifs d'enquête ont pris forme. Ils sont classés de la prise en charge globale à un type d'accompagnement plus spécifique. Cela permet dans un premier temps de laisser la personne interrogée développer ses idées, pour ensuite la diriger plus précisément vers le sujet attendu. Je cherche à savoir si les mises en situation significatives de vie quotidienne sont utilisées auprès de cette population dans leur prise en charge en ergothérapie, et si c'est le cas, si elles sont efficaces pour leur engagement occupationnel. Les objectifs guidant mon entretien sont :

- 1^{er} objectif : Identifier la manière dont les patients en dépression post-AVC sont accompagnés par les ergothérapeutes en SSRG dans l'élaboration de leur projet de vie
- 2^e objectif : Déterminer si les patients âgés post-AVC peuvent être engagés dans leur rééducation malgré les symptômes dépressifs.
- 3^e objectif : Repérer si les mises en situation significatives de vie quotidienne permettent l'engagement occupationnel des patients.

2. Populations cibles

Afin d'avoir plusieurs résultats pertinents à analyser, il faut que j'interroge trois ergothérapeutes. Je souhaite interroger trois patients, suivis par ces mêmes ergothérapeutes, pour compléter mon étude avec leur ressenti sur la prise en charge qu'ils ont en ergothérapie, et comparer leur témoignage avec celui de l'ergothérapeute qui les accompagne et ainsi compléter les informations fournies par les ergothérapeutes.

Critères d'inclusion

La population concerne des ergothérapeutes exerçant dans un service de soins de suite et de réadaptation gériatrique. Il est souhaitable que les ergothérapeutes aient déjà pris en charge au moins un patient âgé post-AVC avec des symptômes dépressifs. Aussi, ils doivent être titulaires du Diplôme d'État d'Ergothérapie français, travailler en France et avoir l'accord de leur hiérarchie pour participer à l'étude.

Pour les patients, ils devront être âgés de plus de 75 ans, et être pris en charge en ergothérapie en SSRG à la suite d'un AVC et présenter des symptômes dépressifs ou avoir eu des symptômes dépressifs. Lors de l'entretien ils devront être accompagnés de leur ergothérapeute. Ils devront donner leur consentement pour participer à l'étude et avoir l'accord de l'hôpital.

Critères d'exclusion

Les ergothérapeutes ne travaillant pas en SSR, et n'ayant jamais eu de patient âgé en dépression post-AVC, ne pourront pas participer à l'enquête.

Les patients ayant des déficits cognitifs qui empêcheraient la compréhension des questions, des difficultés importantes pour s'exprimer (trouble du langage, aphasie, mutisme) ne pourront pas participer à l'enquête car l'outil d'investigation n'a pas été adapté.

Méthode de diffusion de l'enquête

Pour élaborer mon échantillon, j'ai utilisé différents moyens tels que :

- Les réseaux sociaux (Facebook : trois groupes accessibles à plus de 4500 membres, cependant ils peuvent avoir les mêmes membres)
- Une dizaine de courriels à des établissements ayant des services SSR, adressée aux cadres de rééducation ou à l'équipe d'ergothérapie
- Une dizaine d'appels téléphoniques, adressée aux ergothérapeutes.

Des ergothérapeutes ont aussi partagé mon annonce à plusieurs de leurs contacts. J'ai choisi de démarcher seulement auprès de structures en Ile-de-France afin de pouvoir me déplacer en personne. J'ai contacté quinze services SSR, dont trois étaient des SSRG, ayant des ergothérapeutes. Pour pouvoir interroger des patients, j'ai demandé aux ergothérapeutes si je pouvais interroger l'un de leur patient répondant aux critères de mon enquête. J'ai aussi contacté l'Association France AVC (courriel et téléphone).

3. Outil d'investigation

Méthode de passation

J'ai utilisé l'entretien semi-directif avec des questions ouvertes afin de guider la personne interrogée sans influencer sa réponse et en lui laissant une certaine liberté pour qu'elle ait un cheminement de pensée assez libre sans sortir du sujet. L'entretien se définit dans les sciences sociales, comme un événement de relations interpersonnelles entre le chercheur et les personnes dont il attend des informations en rapport avec ce qu'il étudie. Cet entretien de recherche diffère d'autres formes d'entretiens interpersonnels. Il n'est pas une simple conversation amicale car il a un objectif précis et s'inscrit dans un plan de recherche. Lors des entretiens semi directifs, l'enquêteur suit une liste de thèmes établie à l'avance, au moment de la préparation de l'enquête (Loubet Del Bayle, 2000). La personne interrogée est guidée mais peut argumenter via des questions ouvertes, cela permet de garder un cadre relativement strict tout en apportant de nouveaux éléments et sans biaiser la réflexion de la personne interrogée.

Mode de passation

Cette méthode nécessite peu de matériel : j'utilise mon téléphone via une application de dictaphone pour les enregistrements. L'entretien semi-directif permet d'échanger afin que l'interlocuteur puisse exprimer ses perceptions d'une situation, ses expériences. En utilisant des questions ouvertes, nous pouvons faciliter cette expression et éviter de s'éloigner des objectifs d'enquête fixés initialement. Nous devons aborder tous les thèmes mais pas forcément dans l'ordre. Il faut suivre le fil conducteur de la personne interrogée et simplement recentrer l'entretien sur les objectifs, chaque fois que celui-ci s'en écarte et par nos questions complémentaires, nous guidons l'interviewé sur les thèmes qu'il n'a pas lui-même abordés. Aussi, il faut pouvoir relancer la personne avec des questions qui lui permettent de répondre aux objectifs définis. L'entretien semi-directif a l'avantage de permettre une analyse argumentée, une souplesse et une faible directivité pour ainsi récolter le témoignage de l'interlocuteur en respectant son propre cadre de référence. (Van Campenhoudt & Quivy, 2013) L'entretien permet de pallier les difficultés de compréhension de question. L'engagement de la personne est une notion complexe. Je considère alors plus pertinent d'aborder cette notion lors d'un entretien semi-directif pour permettre à la personne de développer et d'argumenter en suivant son cheminement de pensée.

La durée des entretiens est estimée à 30 minutes. Pour que je ne sois pas en difficulté lors de l'entretien, j'ai préalablement testé mon outil auprès d'un ergothérapeute qui n'était pas concerné par mon enquête et auprès de trois camarades de classe. Mon maître de mémoire l'a aussi testé puis validé. Le retour de mes camarades m'a permis d'éviter les questions répétitives, celui de mon maître de mémoire d'avoir un lien et une fluidité entre les questions, et celui de l'ergothérapeute de ne pas oublier d'aborder les symptômes de la dépression. Aussi, cette pré-enquête m'aura permis de revoir la compréhension des termes pour le public ciblé.

Pour répondre à ces objectifs, je pose quinze questions ouvertes dans chaque guide d'entretien. Celui des ergothérapeutes est en Annexe II et celui pour les patients est en Annexe III. Chaque question est posée de telle manière que l'ergothérapeute soit orienté pour rester dans le cadre du mémoire, mais la question n'est pas fermée pour qu'il puisse développer et apporter de nouveaux éléments sans que je l'influence.

J'ai voulu commencer par poser un maximum de 5 questions, pour que l'ergothérapeute interrogé se présente et définisse les symptômes de la dépression pour partir sur une même base.

Puis j'ai défini trois thèmes issus des trois objectifs :

- Thème 1 : L'accompagnement des patients en dépression post-AVC par les ergothérapeutes en SSRG pour l'élaboration de leur projet de vie.
- Thème 2 : L'engagement des patients âgés post-AVC dans leur rééducation malgré les symptômes dépressifs.
- Thème 3 : La répercussion des mises en situation significatives de vie quotidienne sur l'engagement occupationnel des patients.

Le modèle conceptuel qui est utilisé dans mon travail de recherche est le MCREO. Ce modèle est lié à un outil d'évaluation qui est la MCRO et qui permet entre autres, l'évaluation de l'importance des activités pour la personne, ainsi que sa performance occupationnelle dans ces activités. Cet outil peut être considéré comme un outil d'évaluation pour l'engagement occupationnel. J'aborde alors cette notion dans mon questionnaire afin de pouvoir faire le lien entre la théorie et la pratique.

B. Résultats bruts et analyse des résultats

Je n'ai pas pu interroger de patient âgé en dépression post-AVC. Cependant, j'ai interrogé quatre ergothérapeutes dont deux qui travaillent en SSR et deux en SSRG. N'ayant eu que peu de réponse d'ergothérapeute travaillant en SSRG, j'ai décidé d'élargir mon échantillon à ceux travaillant en SSR en général mais tout en gardant tous les autres critères d'inclusion et d'exclusion. Parmi l'ensemble des réponses obtenues, deux d'entre elles pas intéressées et deux ne faisaient pas parti de la population étudiée ; j'ai pu obtenir un entretien des quatre autres ergothérapeutes. L'un d'eux était en face à face et les trois autres des entretiens téléphoniques. Les quatre ergothérapeutes travaillaient dans des services SSR différents. L'ensemble des questions posées traitait de la prise en charge du patient âgé en dépression post-AVC en ergothérapie. En Annexe III, un entretien a été entièrement retranscrit : l'entretien du premier ergothérapeute interrogé (E1).

Afin d'effectuer une analyse pertinente de ces entretiens, j'ai d'abord élaboré un tableau récapitulant les thèmes abordés avec les différentes réponses des professionnels, puis j'ai comparé les réponses pour en faire ressortir les éléments clefs. Les tableaux suivants répertorient les thèmes clefs abordés par les ergothérapeutes. *E* signifie ergothérapeute, donc E1 est le premier ergothérapeute interrogé, E2 le deuxième, de même pour E3 et E4. Les tableaux ci-dessous montrent les résultats bruts et à la suite des tableaux, se trouve l'analyse des résultats.

1. Présentation des ergothérapeutes

Résultats bruts

Pour mettre en place le contexte, j'ai demandé aux ergothérapeutes de se présenter.

Figure 4 : Présentation des ergothérapeutes

E	Réponses
E1	<p style="text-align: center;"><i>« Diplômée depuis 2001 »</i></p> <p><i>« Structure du handicap mental d'un foyer de vie occupationnel, pour adulte (...) 2 ans et demi. La fonction publique hospitalière en rééducation en neurologie, pendant un peu plus de 7 ans, en adulte »</i></p> <p><i>« Foyer (...) pour des enfants polyhandicapés avec une petite section éducative. »</i></p> <p style="text-align: center;"><i>« Je suis ici en SSR gériatrique depuis 8 ans »</i></p>
E2	<p><i>« J'exerce depuis 2002, j'ai commencé ma carrière dans un service de médecine physique et de réadaptation et après quelques années j'ai continué dans un autre hôpital toujours de la fonction publique en gériatrie et là je suis au 3e hôpital et c'est toujours un hôpital de gériatrie et voilà j'y travaille depuis 2012. »</i></p> <p><i>« Je travaille principalement dans un service de soins de suite et de réadaptation et j'interviens aussi sur l'UGA, Unité Gériatrique Aigu qui dure environ semaine d'hospitalisation et sur une UCC mais vraiment très ponctuellement. Et il m'est arrivé d'intervenir sur le long séjour »</i></p>
E3	<p><i>« Là je travaille à l'hôpital de jour à l'hôpital (...) je suis là depuis 1 an, je ne suis pas en poste fixe (...) je suis juste en remplacement. »</i></p> <p style="text-align: center;"><u>Obtention diplôme</u> : <i>« 2005 »</i></p> <p><i>« Je suis dans le service neurolocomoteur qui est donc en fonctionnement d'hôpital de jour en neurologie ».</i></p>
E4	<p><i>« J'ai été diplômée (...) en 2014, depuis j'ai fait plusieurs travail, (...) en MAS, en FAM, en SAMAH, et là actuellement je suis au centre rééducation, en hôpital privé (...) Donc là on s'occupe de personne, on a un service de neuro, de traumatologie Je suis avec des personnes ayant fait effectivement un AVC ».</i></p>

Analyse des résultats

Toutes les ergothérapeutes interrogées travaillent depuis au moins 5 ans. E1, E2 et E3 ont plus de 13 ans d'expérience professionnelle. E1 et E2 sont en « SSR gériatriques » et E3 et E4 sont en SSR dans un « service de neurologie ». Elles sont toutes susceptibles de prendre en charge des personnes âgées en dépression post-AVC.

2. Description des symptômes de la dépression

Résultats bruts

Pour la mise en place de l'entretien, j'ai posé quelques questions afin que les ergothérapeutes présentent les symptômes de la dépression qu'ils ont pu observer.

Figure 5 : Symptômes de la dépression

E	Réponses
E1	<p>« Perte de l'élan vital », « N'ont plus envie » « Se replier, me dire qu'il n'est pas capable » « Refuse les séances de plus en plus » « Je fais particulièrement attention parce que ce n'est pas exprimé clairement » « Pleurent en séance »</p>
E2	<p>« Perte d'appétit », « Idées noires », « Envie de mourir » « A stimuler », « Pas évident de les lever » « Peu de communication, voir le refus »</p>
E3	<p>« Deuil de certaines capacités », « Tristesse » « Ne verbalisent pas toutes leurs difficultés » « Propose (...) des séances de psychologie » « Idées noires, idées suicidaires » « Pleure régulièrement » « Mal à élaborer des solutions » « Rééducation est vécue vraiment difficilement car elle est vouée à l'échec » « Anxiété », « Difficulté pour aller de l'avant dans la rééducation » « Quelle est la part psychologique ou cognitive (...) difficulté pour l'initiative (...) praxique (...) planifier (...) peut être exécutif ou physique (...) compliqué de faire la part des choses ».</p>
E4	<p>« Parlait beaucoup moins » « Tristes » « Ne voulait plus manger » « Capacités motrices étaient diminuées »</p>

Analyse des résultats

La dépression post-AVC chez la personne âgée s'exprime souvent par des symptômes de « tristesse » (E3) / « tristes » (E4), par de « l'anxiété » (E3). La personne « pleure » (E1,E3) et a des difficultés à « élaborer des solutions » (E3), à s' « exprimer clairement » (E1) et à « verbaliser » toutes ses « difficultés »(E3). La personne a « envie de mourir » (E2)/des « idées suicidaires » (E3), auxquelles s'ajoutent des « idées noires » (E2,E3). Elle fait son « deuil de certaines capacités » (E3), elle n'a « plus d'envie » (E1) et connaît une « perte de l'élan vital » (E1). Tout ceci rend difficile la prise en charge car il faut les « stimuler » (E2), il est compliqué de « les lever » le matin (E2). Elle « se replie » et dit qu'elle « n'est pas capable » (E1). La « rééducation est vécue vraiment difficilement car elle est vouée à l'échec » (E3), la « difficulté pour aller de l'avant dans la rééducation » (E3) est présente. Aussi la personne a une « perte d'appétit » (E2)/ ne veut « plus manger » (E4). Une dépression ayant autant de répercussions peut même entraîner une diminution « des capacités motrices » (E4). Les ergothérapeutes décrivent toutes des symptômes représentatifs de la dépression engendrant des difficultés sur la prise en charge du patient et sur le bon déroulement de sa rééducation, parfois ils sont même dans « refus » d'aller en séance (E1, E2).

E3 remarque qu'il est parfois « compliqué de faire la part des choses » et il est parfois difficile de connaître l'origine des difficultés du patients de savoir si elles proviennent de « la part psychologique », « cognitive », « ou physique ».

3. L'accompagnement dans l'élaboration de son projet de vie

Résultats bruts

Dans la seconde partie de l'entretien, j'ai posé des questions pour répondre à l'objectif : Identifier la manière dont les patients en dépression post-AVC sont accompagnés par les ergothérapeutes en SSRG dans l'élaboration de leur projet de vie (objectif 1).

Figure 5 : L'accompagnement des patients en dépression post-AVC par les ergothérapeutes en SSR dans l'élaboration de son projet de vie

E	Réponses
E1	<p align="center"> <i>« Quitte à réévaluer et à changer mes exercices, pour être plus dans la motivation que dans l'échec », « Ne pas être dans l'échec »</i> <i>« Être dans l'accompagnement »</i> <i>« Se remettre en question pour le patient. »</i> <i>« On discute, on essaie de comprendre ce qui se passe »</i> <i>« Propose (...) la psychologue »</i> <i>« Transmissions au médecin, à l'équipe »</i> <i>« De renforcer leurs acquis, de leur montrer qu'ils sont capables »</i> <i>« Les rassurer sur leur sortie »</i> </p>
E2	<p align="center"> <i>« Je m'adapte », « Entrer en relation »</i> <i>« J'accompagne (...), orienter les familles et les patients à être suivi à la sortie »</i> <i>« Faire le lien avec les équipes », « Appuyer sur ce qu'ils sont capables de faire »</i> <i>« Projet de vie », « Se mettre en rapport s'il y a un ergothérapeute qui travaille sur l'EHPAD. »</i> <i>« Le relationnel », « Et faire le point sur l'infirmière ou le médecin coordonnateur de l'EHPAD. »</i> <i>« Relation apaisée (...) communication », « Exprimer leurs difficultés, leur mal-être »</i> <i>« Lien avec la famille », « Le cadre »</i> <i>« Éviter de mettre en difficulté », « Activité où le patient y voit un intérêt même »</i> <i>« S'adapter à ce que le patient a envie de faire au jour le jour »</i> <i>« Activité valorisante, voir ce qu'ils font bien »</i> </p>
E3	<p align="center"> <i>« Réunions », « J'ai demandé l'intervention du médecin et de l'équipe (...) intervention de la psychologue », « Tâches valorisantes »</i> <i>« Généralement en manque d'activité », « Se socialiser »</i> <i>« Activités concrètes de la vie quotidienne (...) significatives. »</i> <i>« Abandonner certains objectifs de rééducation pour passer plus à un niveau de réadaptation pour montrer à la personne qu'elle était capable de »</i> <i>« J'ai adapté pour qu'elle puisse commencer à cuisiner toute seule »</i> <i>« Mises en situation qu'ils les mettent en valeur pour (...) répondre aux objectifs d'autonomie »</i> <i>« On n'est pas spécialisé dans la prise en charge de la dépression »</i> </p>
E4	<p align="center"> <i>« Tous les jours on va discuter avec la personne(...)je lui demande tous les jours comment ça va, est ce qu'il y a des choses qui lui posent soucis, peut-être qu'en fonction de ce qu'il a fait la veille ou dans son quotidien ça peut aussi jouer sur son moral, en tant qu'ergothérapeute mon but c'est que ça ait le moins d'impact possible sur le moral, de savoir qu'il y ait des choses qu'il veut travailler lui, j'ai mes objectifs mais lui va me donner des clefs pour savoir quoi lui apporter qui pourrait lui faire du bien. »</i> <i>« Les objectifs c'est d'instaurer une routine »</i> <i>« Les objectifs (...) sont très fonctionnels »</i> <i>« Mises en situation », « À force de répéter il peut instaurer une certaine routine, (...) ça peut devenir moins angoissant pour lui (...) pour que ce soit quelque chose qui coule de source pour lui », « Surtout des mises en situation, car en fait la rééducation, là c'est de la réadaptation essentiellement, et de la réinsertion au niveau sociale et dans sa vie quotidienne (...) en situation écologique. »</i> </p>

Analyse des résultats

E3 remarque que les patient âgés en DPAVC sont « *généralement en manque d'activité* ». Les objectifs généraux de la prise en charge des patients âgés en DPAVC en ergothérapie sont donc liés à la reprise d'activité :

- « *C'est de la réadaptation essentiellement, et de la réinsertion au niveau sociale et dans sa vie quotidienne (...) en situation écologique* » (E4), « *se socialiser* » (E3), « *Abandonner certains objectifs de rééducation pour passer plus à un niveau de réadaptation pour montrer à la personne qu'elle était capable* » (E3)
- Des « *objectifs (...) fonctionnels* » (E3)
- Retrouver une « *autonomie* » (E3).
- « *Instaurer une routine* » (E4)

Pour répondre à ces objectifs, E1 et E2 évitent de mettre les patients âgés en dépression post-AVC en « *échec* » / « *difficulté* » lors de sa prise en charge. Ensuite E1, E2, E3 expliquent qu'il est important de montrer aux patients ce qu'ils sont « *capables de* » faire (E1, E2, E3) avec des « *activités valorisantes* » (E2) / « *des tâches valorisantes* » (E3) et des « *mises en situation* » (E3, E4) « *qui les mettent en valeur* » (E3). L'ergothérapeute doit travailler sur une « *activité où le patient y voit un intérêt* » (E2) / « *activités concrètes dans la vie quotidienne, et significatives* » (E3) pour la personne.

En parallèle, E1, E2 et E3 abordent les notions se rapportant au travail d'équipe avec les différents professionnels :

- « *Transmissions au médecin, à l'équipe* », « *Propose (...) la psychologue* » (E1),
- « *Faire le lien avec l'équipe* » (E2).
- Des « *réunions* », « *J'ai demandé l'intervention du médecin et de l'équipe (...) intervention de la psychologue* » (E3).

E1, E2 et E4 abordent le champs lexical de la relation :

- « Être dans l'accompagnement », « On discute, on essaie de comprendre ce qui se passe », « les rassurer » (E1)
- « Entrer en relation », « J'accompagne » « orienter les familles et les patients à être suivi à la sortie », « relationnel », « Relation apaisée », « communication », « Exprimer leurs difficultés, leur mal-être », « Lien avec la famille », « cadre » (E2),
- « On va discuter avec la personne (...) est ce qu'il y a des choses qui lui posent soucis » (E4).

Puis, tous informent de la posture à avoir en tant que thérapeute, les actes essentiels dans la prise en charge comme : « Se remettre en question » « quitte à réévaluer et à changer mes exercices » (E1), « je m'adapte », (E2), et « la réadaptation » (E3-E4). « En tant qu'ergothérapeute mon but c'est que ça ait le moins d'impact possible sur le moral, de savoir qu'il y ait des choses qu'il veut travailler lui, j'ai mes objectifs mais lui va me donner des clefs pour savoir quoi lui apporter qui pourrait lui faire du bien ». (E4)

Il est essentiel de préparer la fin de la prise en charge : « Se mettre en rapport s'il y a un ergothérapeute qui travaille sur l'EHPAD », « Et faire le point sur l'infirmière ou le médecin coordonnateur de l'EHPAD », accompagner le patient dans l'élaboration de son « projet de vie » (E2).

E4 ajoute que les ergothérapeutes ne sont « pas spécialisés dans la prise en charge de la dépression ».

4. L'engagement des patients âgés en DPAVC

Résultats bruts

Afin de mieux définir les enjeux, mes questions étaient de plus en plus ciblées vers l'objectif : Déterminer si les patients âgés post-AVC peuvent être engagés dans leur rééducation malgré les symptômes dépressifs (objectif 2).

Figure 6 : L'engagement des patients âgés post-AVC dans leur rééducation malgré les symptômes dépressifs.

E	Réponses
E1	<p align="center">« Je ne l'évalue pas de façon cadrée, je dirai, c'est plus un ressenti. »,</p> <p align="center"><u>MCRO</u> : « Je l'ai déjà regardé mais je ne l'utilise pas »,</p> <p align="center">« Le relationnel »,</p> <p align="center">« Etablir un contrat avec eux »,</p> <p align="center">« Ont du mal à voir leur évolution (...) montrer l'évolution et les solutions possibles derrière »,</p> <p align="center">« Mes collègues, que ce soit psychologue, médecin, kiné, chacun apporte quelque chose dans cette direction »</p>
E2	<p align="center">« Feeling »,</p> <p align="center"><u>MCRO</u> : « je suis très mauvaise dans ces trucs-là »,</p> <p align="center">« Choses au quotidien qui le gênent »,</p> <p align="center">« L'humour ça aide à faire avancer »,</p> <p align="center">« Je travaille (...) des choses qu'ils voient plus et quand ça avance bien on peut aller travailler sur des choses plus fines »,</p> <p align="center">« Faire de choses répétitives »,</p> <p align="center">« Visite à domicile »</p>
E3	<p align="center">« Attente (...) pour l'autonomie »</p> <p align="center">« Activités qu'ils sont vraiment capables de faire »</p> <p align="center">« J'évalue juste leurs attentes en rééducation (...) comme (...) être autonome »</p> <p align="center">« Ils sont en attente dans la relation, beaucoup de personnes âgées sont plus ciblés sur la relation que les capacités à avoir. »,</p> <p align="center">« Être à l'écoute des objectifs du patient, proposer des exercices valorisants, quitte à attendre moins de capacités finales. »,</p> <p align="center">« Mises en situation qui valorisent, des activités qu'ils font déjà (...) éviter justement la perte d'activité et la desociabilisation. »,</p> <p align="center">« Relation et les activités valorisantes ».</p>
E4	<p align="center">« Non (...) je ne sais pas s'il existe des bilans ou échelles valides »,</p> <p align="center">« Quand ça vient de nous, on est beaucoup plus investi et plus motivé dans les objectifs qu'on s'est donné »,</p> <p align="center">« On utilise la MCRO ponctuellement dans le but de faire ressortir pour les personnes qui n'ont pas d'objectifs qui ne nous disent rien (...) ça ne fait pas parti des outils systématiques. »,</p> <p align="center">« Les mises en situation, c'est quelque chose qui lui parle (...) faire au maximum dans son milieu écologique »,</p> <p align="center">« Partir de ce qu'il réclame lui, pour être (...) plus investi, plus motivé »,</p> <p align="center">« C'est du fonctionnel, c'est du concret, il voit vraiment ses progrès (...) au quotidien avec les mises en situation »</p>

Analyse des résultats

Tous les ergothérapeutes interrogés n'utilisent pas d'outils normés pour évaluer l'engagement occupationnel. Ils disent utiliser leur « *ressenti* » (E1) ou leur « *feeling* » (E2). Et E4 n'utilise aucun outil, « *la MCRO* » est utilisée « *ponctuellement dans le but de faire ressortir pour les personnes qui n'ont pas d'objectifs qui ne nous disent rien (...) ça ne fait pas parti des outils systématiques* ». E1 a « *déjà regardé* » la MCRO mais « *ne l'utilise pas* ».

E1 et E2 abordent l'importance du « *relationnel* », d'« *établir un contrat avec eux* »(E1), de « *l'humour* » qui « *aide à faire avancer* » (E2) pour permettre l'engagement du patient. Nous pouvons voir que l'importance de la relation a déjà été abordé par les ergothérapeutes E1, E2 et E4 pour le thème 1 sur la prise en charge du patient. De même, E3 précise qu'« *ils sont en attente dans la relation, beaucoup de personnes âgées sont plus ciblés sur la relation que les capacités à avoir* » et qu'il faut « *être à l'écoute des objectifs du patient* ».

E1 complète avec d'autres notions qui sont :

- « *Montrer l'évolution et les solutions possibles* »,
- « *Mes collègues, que ce soit psychologue, médecin, kiné, chacun apporte quelque chose dans cette direction* », déjà abordé pour le thème 1, par E1 ainsi que E2 et E3, souligne encore une fois l'importance du travail avec les autres professionnels.

E2 ajoute au niveau des moyens utilisés qu'il faut voir avec eux les « *choses au quotidien qui le gênent* », d'abord travailler sur les « *choses qu'ils voient plus et quand ça avance bien on peut aller travailler sur des choses plus fines* », aussi « *Faire de choses répétitives* », comme l'a abordé E4 dans le thème 1, et faire des « *visites à domicile* ».

E3 appuie sur « *les attentes* » du patient pour répondre à l'objectif « *d'autonomie* » (déjà abordé par E3 pour l'objectif 1), ainsi que sur les « *activités qu'ils sont vraiment capables de faire* », ainsi que d'« *évaluer (...) leurs attentes en rééducation* ».

Enfin E3, affirme qu'il faut « *être à l'écoute des objectifs du patient, proposer des exercices valorisants, quitte à attendre moins de capacités finales* », utiliser les « *mises en situation qui valorisent, des activités qu'ils font déjà, et éviter justement la perte d'activité et la desociabilisation* ». Ainsi, les ergothérapeutes peuvent utiliser des « *activités valorisantes* »

afin que le patient soit « autonome ». Ces notions ont déjà été décrites pour le thème 1 par E1, E2 et E3.

E4 ajoute qu'il faut que cela vienne du patient pour qu'il s'investisse : « *quand ça vient de nous, on est beaucoup plus investi et plus motivé dans les objectifs qu'on s'est donné* ».

Nous pouvons observer que plusieurs notions du thème 1 sont répétées pour le thème 2. Les objectifs ont été détaillé du plus général au plus global. Le thème 1 aborde la prise en charge ergothérapique et le thème 2, lui plus spécifique, celui de l'engagement occupationnel. Nous pouvons retrouver plusieurs notions récurrentes dans ces deux thèmes, le travail sur l'engagement occupationnel du patient fait donc parti de la prise en charge globale des quatre ergothérapeutes interrogés.

5. La répercussion des mises en situation sur l'engagement occupationnel

Résultats bruts

Pour finir, j'ai interrogé la personne afin de répondre à l'objectif : Repérer si les mises en situation significantes de vie quotidienne permettent l'engagement occupationnel des patients (objectif 3).

Figure 7 : La répercussion des mises en situation significantes de vie quotidienne sur l'engagement occupationnel des patients.

E	Réponses
E1	<p>« <i>Se rapprocher de leur vie d'après</i> », « <i>Prouver que les choses sont encore accessibles et possibles</i> », « <i>De refaire le même exercice en début, en milieu et en fin de prise en charge pour leur montrer l'évolution</i> »,</p> <p>« <i>La mise en situation (...) concret qui va leur permettre eux de se projeter vers le domicile. Notamment la visite à domicile qui se fait avec eux, avec la famille, avec les aidants. On va directement au domicile effectivement faire cette mise en situation (...) Ils peuvent se rendre compte qu'à la maison c'est encore possible.</i> »,</p> <p>« <i>Mise en situation concrète sur le lieu de vie quand on peut le faire ou au plus proche du lieu de vie, pour qu'ils puissent se rendre compte de leur capacité et se projeter sur l'avenir</i> <i>Dire qu'il y a encore des choses à récupérer et des choses à faire malgré tout</i> ».</p>
E3	<p><u>Mises en situation permettent l'engagement occupationnel</u> : « <i>Sûre à 100%</i> »</p> <p>« <i>Pour montrer une capacité</i> », « <i>Activités concrètes</i> »</p> <p>« <i>Celles qu'il sait déjà faire</i> », « <i>On est plus dans la réadaptation que dans la rééducation</i> »</p>
E4	<p><i>Les mises en situation, ce sont des choses qui lui parle (...) dans son milieu écologique.</i></p> <p><i>C'est du fonctionnel, c'est du concret, il voit vraiment ce qu'il y a derrière. Il voit vraiment ses progrès au quotidien avec les mises en situation.</i></p>

Analyse des résultats

Je n'ai pas eu de réponse concernant la répercussion des mises en situation des personnes âgées en DPAVC sur leur engagement occupationnel concernant E2 puisqu'elle ne fait des pas de mise en situation car elle n'a pas « *énormément de moyens et des locaux pour faire des choses très concrètes en salle d'ergothérapie* ».

E1 et E4 pensent, quant à eux, que les mises en situation permettent au patient de « *se projeter sur l'avenir* » (E1), « *voir vraiment ce qu'il y a derrière* » (E4).

E1 et E3 affirment que les mises en situation permettent de leur « *prouver que les choses sont encore accessibles et possibles, qu'il y a encore des choses à récupérer et des choses à faire* » (E1), « *pour montrer une capacité* » grâce à « *une activité concrète* » qu'ils « *savent déjà faire* » (E3). E3 précise aussi comme pour le thème 1, que l' « *on est plus dans la réadaptation que dans la rééducation* ».

E1, et E4 disent que les mises en situation permettent au patient de lui « *montrer l'évolution* » (E1) pour « *qu'il voit vraiment ses progrès au quotidien* » (E4). E4 ajoute que « *les mises en situation, ce sont des choses qui lui parle (...) dans son milieu écologique. C'est du fonctionnel, c'est du concret* » pour le patient.

Les objectifs thérapeutiques qui ressortent de leur discours sont :

- Mettre en place une relation de confiance avec le patient (Chaque ergothérapeute a apporté cette notion de relation : E1, E2 et E4 dans l'objectif 1 et E1, E2 et E3 dans l'objectif 2).
- Coopérer avec les différents professionnels de santé afin d'avoir un accompagnement complet et adapté. (E1, E2 et E3 ont apporté cette notion)
- Proposer des activités et/ou mise en situation valorisantes afin de redonner au patient confiance en ses capacités afin qu'il puisse s'engager dans sa prise en charge. Tous les ergothérapeutes apportent cette notion, sauf E2 qui parle seulement d'activité et non de mise en situation.

Les résultats bruts étant présentés et analysés, nous allons maintenant discuter de ces derniers.

III. Discussion

Nous allons dans un premier temps faire le lien entre le cadre conceptuel et le cadre expérimental, nous pourrons alors voir si l'hypothèse est valide ou non et si d'autres éléments peuvent la compléter.

L'accompagnement des patients en DPAVC par les ergothérapeutes en SSRG dans l'élaboration de leur projet de vie

Le 1er objectif fût d'identifier la manière dont les patients en dépression post-AVC sont accompagnés par les ergothérapeutes en SSRG dans l'élaboration de leur projet de vie.

E2 a apporté la notion de « *communication* », de « *relation* » de confiance et sécurisante que doivent avoir le thérapeute et le patient comme base essentielle pour l'accompagnement des patients ayant des symptômes dépressifs post-AVC dans leur prise en charge ergothérapique. E4 remarque que l'« *on n'est pas spécialisé dans la prise en charge de la dépression* », c'est vrai que lors de ma formation nous n'avons pas eu de cours spécifique sur la prise en charge de ces symptômes dépressifs post-AVC en particulier. Cependant, nous avons eu d'autres unités d'enseignements l'UE 1.3-S1 - PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE ET SANTE, et l'UE 2.5-S3 - DYSFONCTIONNEMENT COGNITIF ET PSYCHIQUE, qui permettent de comprendre la dépression et comment la prendre en charge (Diplôme d'État d'ergothérapeute, Référentiel de compétences, 2010). Comme vu dans la théorie, Klein (2016) précise qu'en tant que thérapeute, l'ergothérapeute doit avoir une relation thérapeutique adaptée au patient et pour cela, il doit instaurer un « *cadre* » (E2) thérapeutique. Se remettre en question sur la prise en charge apportée, sur sa posture en tant que professionnel, et réévaluer ses moyens mis en place, et les adapter puis les réadapter si nécessaire en fonction des objectifs, pour éviter de mettre la personne en difficulté.

Les objectifs principaux fixés pour les patients âgés en dépression post-AVC, comme les patients en SSRG en général, sont souvent de leur permettre une « *réinsertion* » sociale si possible, c'est-à-dire promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion (FHP-SSR, Syndicat des Soins de Suite et de Réadaptation, 2010).

Le moyen pour intégrer les tâches pour retrouver leur « *autonomie* » est souvent la mise en place de « *routine* » pour permettre « *l'automatisation des tâches* ». Les routines sont définies par le Cadre conceptuel du groupe Terminologie européen (CCTE) comme « *une séquence établie et prévisible de tâches* » (Meyer, 2013). Leur prévisibilité permet de rassurer la personne car il s'agit de quelque chose qu'elle connaît.

Aussi, faire des activités valorisantes en situation écologique rassure également la personne car le milieu écologique est proche de son milieu habituel et l'activité valorisante ne la mettant pas en difficulté permet au patient d'intégrer les gestes au quotidien. Ainsi, réaliser des activités valorisantes et significatives, en situation écologique, rassure et permet au patient d'intégrer les gestes au quotidien. L'activité significative revêt un sens social donné par l'entourage, alors que l'activité signifiante a un sens spécial pour la personne lié à son identité et à son projet personnel. (Morel-Bracq, 2015).

Lors de l'enquête, le lien entre les différents professionnels a été abordé, ce qui correspond à l'interprofessionnalité. Cette notion est abordée dans le cadre conceptuel, mais n'est pas développée dans ce contexte-ci. En effet, l'interprofessionnalité est décrite comme primordiale dans cette prise en charge, notamment via les réunions et les transmissions. Un travail en coopération, permettant une approche globale, est indispensable dans l'élaboration de ce projet. (Gonthier, 2004, cité dans Bourrellis et Bazerolles, 2009).

Nous avons vu en comparant la théorie et l'enquête comment les ergothérapeutes accompagnent les patients en DPAVC en SSR dans l'élaboration de leur projet de vie, maintenant nous allons voir comment ils permettent leur engagement dans leur prise en charge.

L'engagement des patients âgés en DPAVC dans leur prise en charge

Le 2^e objectif était de déterminer si les patients âgés post-AVC peuvent être engagés dans leur rééducation malgré les symptômes dépressifs.

Les personnes âgées en dépression post-AVC peuvent avoir des difficultés à s'engager dans leur prise en charge.

Nous pouvons établir des moyens thérapeutiques pour travailler sur cet engagement, avec les témoignages des ergothérapeutes, qui sont :

- Etablir une relation de confiance (E1, E2, E3)
- Valoriser et rassurer la personne sur ses capacités (E1, E3)
- Donner le choix (E4)

L'engagement occupationnel n'est pas évalué avec un outil normé pour les quatre ergothérapeutes que j'ai interrogé. Nous avons vu dans le cadre conceptuel que des outils d'évaluation validés existaient pour l'engagement occupationnel. Cependant, aucune des ergothérapeutes interrogées n'ont cité d'outils validés. Toutes les ergothérapeutes interrogées travaillent depuis au moins 5 ans. E1, E2 et E3 ont plus de treize ans d'expérience professionnelle. Le programme a évolué depuis 13 ans, et l'approche apprise à l'Institut de Formation d'Ergothérapie n'est pas exactement la même et de nouvelles notions ont été apporté au programme comme des outils récents qui ont été validés. La formation au diplôme d'Etat d'ergothérapie tend de plus en plus vers les sciences de l'occupation, de nouveaux termes apparaissent et/ou cherchent à être définis, les écrits sont de plus en plus nombreux à montrer l'impact de l'occupation sur l'être humain. Pour valider ces propos, il faut les démontrer, pour cela on utilise des outils normés et validés. Les ergothérapeutes interrogés n'utilisent pas ces outils car elles ne les connaissent peut-être pas, ne voient peut-être pas leur utilité pour leur prise en charge ou elles ne pensent peut-être pas avoir la connaissance nécessaire pour utiliser ces outils. Deux ergothérapeutes sur les quatre connaissaient la MCRO mais ne l'utilisaient pas dans ce cas (E1 et E4). Nous pouvons nous demander pourquoi n'étaient-elles pas utilisées et sinon dans quel cas l'utiliser ? E4 a dit qu'elle l'utilisait « ponctuellement dans le but de faire ressortir » les objectifs « pour les personnes qui n'ont pas d'objectif, qui ne nous disent rien ». A mon avis, la MCRO peut être utilisée systématiquement afin de définir les objectifs du patient car la durée entre l'évaluation initiale et la réévaluation permet à la personne de s'engager dans sa prise en charge.

Ils évaluent l'engagement du patient avec leur ressenti. Je pense que ce qu'elles appellent « ressenti » (E1) ou « feeling » (E2), n'est pas dû au hasard, mais il s'agit d'un travail d'observation qu'elles ont pu acquérir au fil de leurs expériences, donc bien que ce ne soit pas normé, cette observation est bien un outil d'évaluation. Bien que nous apprenions de notre expérience, je pense qu'il est indispensable de se tenir informé des nouvelles recherches

scientifiques afin de compléter nos acquis professionnels. Nous devons continuer à nous former après notre diplôme d'Etat d'ergothérapeute. Selon la HAS (2019), « *le développement professionnel continu (DPC) a pour objectifs le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques. Il s'adresse à l'ensemble des professionnels de santé et il constitue une obligation quel que soit le mode d'exercice.* ». Un outil validé permet d'avoir une référence sûre sur laquelle on peut s'appuyer afin de justifier notre diagnostic et établir des objectifs adaptés.

La répercussion des mises en situation significantes de vie quotidienne sur l'engagement occupationnel.

Le 3^e objectif fût de repérer si les mises en situation significantes de vie quotidienne permettent l'engagement occupationnel des patients.

Les mises en situation permettent au patient de se projeter, de lui montrer qu'il soit ainsi capable, de le mettre en valeur, pour être ainsi capable de répondre aux objectifs d'autonomie, il faut lui montrer ses progrès, c'est signifiant pour le patient. « *C'est du fonctionnel, c'est du concret* » (E4) pour le patient. Cela confirme, les objectifs des mises en situation de Le Boterf, qui permettent au patient d'apprendre en pratiquant, se mettre en situation et se rendre compte de sa capacité à faire, de prendre du recul pour l'ergothérapeute afin d'évaluer sa pratique pour la faire évoluer, d'aider le patient à se rendre compte de son évolution, de développer un sentiment de satisfaction pour ses propres capacités et de le motiver à agir (Le Boterf, 2005) et ainsi de l'engager dans l'occupation.

L'hypothèse

L'hypothèse de recherche était : En proposant des mises en situation significantes de vie quotidienne, l'ergothérapeute permet l'engagement occupationnel d'une personne âgée en dépression post-AVC.

L'échantillon n'est pas représentatif de la population générale étant donné entre autres du peu d'ergothérapeute interrogé. Cependant, si nous restons dans le cadre de l'initiation à la recherche, nous pouvons affirmer que les quatre entretiens menés pour l'enquête permettent de valider partiellement l'hypothèse car les mises en situations significantes de la vie quotidienne participent toutes à l'engagement occupationnel, cependant

elles ne suffisent pas à elles seules. L'accompagnement de la personne dépend aussi de la posture et des attitudes du thérapeute, du cadre thérapeutique instauré par ce dernier, mais aussi d'un travail en interprofessionnalité.

Propositions et ouvertures vers de nouvelles réflexions

Lors de l'enquête, les ergothérapeutes ont toutes rapporté qu'elles n'utilisaient aucun outil normé et/ou validé pour évaluer l'engagement occupationnel. Elles ne sont que quatre, donc elles ne sont pas représentatives de tous les ergothérapeutes de France. Deux d'entre elles connaissent la MCRO mais ne l'utilisent pas dans cette situation. La MCRO, prend en compte l'évaluation et la réévaluation subjective du rendement occupationnel et de la satisfaction du client sur sa performance dans les occupations qui sont importantes pour lui (Caire et Rouault, 2017), ce qui permet d'établir des objectifs ciblés sur des activités signifiantes pour le patient, établis avec le patient. Donc la MCRO peut être utilisée dans toutes les prises en charge. Pourquoi alors l'utiliser seulement dans certaines situations ? Je pense que les ergothérapeutes utilisent cet outil en fonction de leur besoin, certains doivent l'exploiter lorsque pour le patient a des difficultés à formuler ses besoins, d'autres doivent l'utiliser pour certaines situations définies et d'autres doivent s'en servir systématiquement.

Comme nous avons vu dans le cadre conceptuel, la motivation est le prérequis pour l'engagement occupationnel d'une personne. L'ETP est un concept qui repose sur la motivation de la personne. Je souhaite approfondir la piste de l'ETP, et tout particulièrement l'entretien motivationnel utilisé lors de l'ETP pour nous en inspirer dans la prise en charge du patient afin de permettre son engagement occupationnel. Nous avons vu en théorie brièvement que l'ETP permet le transfert des acquis dans la vie quotidienne. Lors de l'ETP on élabore un projet individualisé pour le patient et/ou ses proches, pour qu'ils apprennent à être autonome et/ou indépendant. Ces objectifs rejoignent ceux de l'ergothérapeute dans sa prise en charge. (HAS, 2007). « *Le manque de motivation est une barrière à l'ETP* » (Strömberg, 2005 cité dans Giordan, Golay et Lagger, 2016) comme lors de la prise en charge ergothérapique. Une aide pour stimuler la personne dans l'engagement est donc mise en place (Lisson, 2005 cité dans Giordan, Golay et Lagger, 2016) : une démarche de motivation des patients (Funnel, 2005 cité dans Giordan, Golay et Lagger, 2016) partant de leur ressources personnelles (Rohsenow, 2005, cité dans Giordan, Golay et Lagger, 2016). L'ETP met ainsi en

place de plus en plus des moyens psychopédagogiques propres à motiver le patient pour que celui-ci modifie ses pratiques (Keithly et al., 1980, cité dans Giordan, Golay et Lager, 2016). L'ETP est ainsi considéré comme un moyen pour induire la motivation chez la personne si elle est effectuée dans un environnement motivationnel (ENM). L'ENM est un cadre mis en place par les soignants afin de favoriser la motivation du patient et prend en compte les éléments ayant une répercussion sur les divers comportements de la personne ainsi que les facteurs environnementaux qui influent sur la qualité de vie et la santé de la personne. (Giordan, Golay et Lager, 2016). L'ENM ayant des objectifs en commun avec l'ergothérapie comme celui de motiver la personne et la rendre actrice de sa prise en charge, il pourrait être utilisé en ergothérapie en tant que moyen pour induire la motivation chez la personne.

Limite de l'étude

J'ai pu lire de nombreuses sources sur la dépression et sur sa prise en charge, ainsi que les symptômes de dépression post-AVC, cependant je n'ai trouvé que peu de sources sur la prise en charge des patients ayant une dépression post-AVC.

Ensuite, je n'ai pas eu de réponse sur les réseaux sociaux et par courriels, je n'ai pas dû avoir une annonce assez détaillée et/ou convaincante pour donner envie de participer à mon enquête et/ou je n'ai pas relancé suffisamment.

Je n'ai pas pu interroger de patients, cela m'aurait permis de comparer leur ressenti sur leur prise en charge avec les dires des ergothérapeutes. Je n'ai pas pu interroger ces patients au fait de la Loi Jardé du 5 mars 2012 (n°2012-300) qui encadre les recherches sur l'être humain en vue du développement des connaissances médicales, et qui complexifie la mise en place d'entretiens avec les patients (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019). Aussi, je n'ai pas pu interroger de patient puisque les ergothérapeutes interrogés n'avaient pas de patient correspondant aux critères au moment où l'enquête se déroulait. Et je n'ai pas eu de réponse après avoir contacté plusieurs fois l'Association France AVC.

Je n'ai pas eu assez de réponse d'ergothérapeutes, avec plus d'entretiens j'aurais pu avoir un échantillon plus représentatif. Ayant peu de réponse d'ergothérapeute travaillant en SSRG, j'ai décidé d'élargir mon échantillon à ceux travaillant en SSR en général mais en gardant tous les autres critères d'inclusion et d'exclusion.

J'aurais pu ajouter comme critères inclusifs : les ergothérapeutes qui évaluent et travaillent sur l'engagement occupationnel des patients. Ce critère aurait pu me permettre d'interroger des ergothérapeutes qui connaissent les échelles d'évaluations de l'engagement occupationnel. Cependant, ayant eu des difficultés pour avoir des entretiens avec des ergothérapeutes, je n'aurais sûrement pas eu de réponse.

Pour le choix de l'outil d'investigation, la souplesse de cette méthode peut mettre en difficulté ceux qui ont besoin de directives précises. À l'inverse, d'autres peuvent s'autoriser à se disperser grâce à cette souplesse. Aussi, le caractère peu technique de cet outil peut mettre le chercheur en difficulté car son niveau de compétence en la matière est mis à l'épreuve. (Van Campenhoudt & Quivy, 2013, p.173). Je pense avoir mis certains ergothérapeutes en difficulté par rapport à cette méthode, car elles n'osaient pas toujours développer. Et j'ai, moi-même eu des difficultés à rebondir sur leur réponses afin qu'elles développent tout en restant ciblées sur mes objectifs de départ.

Aussi, j'aurais pu demander en premier lieu dans mes entretiens si les patients, âgés en DPAVC, étaient engagés dans leur prise en charge malgré les symptômes dépressifs, pour déjà évaluer l'impact de ces derniers sur leur engagement. De plus j'aurais dû leur poser la question s'ils avaient été formés à un outil et/ou moyen sur l'engagement occupationnel durant leur scolarité pour pouvoir faire le lien avec leur prise en charge.

Intérêt de l'étude

Lors de notre cursus scolaire, nous avons été peu formés pour la dépression post AVC, donc grâce à ce travail de recherche, j'ai pu approfondir mes connaissances sur le sujet et interroger les ergothérapeutes sur le terrain pour connaître leur pratique.

Aussi, je pense que cette étude a de l'intérêt puisqu'au vu du peu d'écrit sur la prise en charge des patients ayant une dépression post-AVC, elle permet de se questionner sur cet accompagnement et tente d'apporter des réponses. Au vu des réponses apportées, nous pouvons nous demander si nous ne pouvons pas créer des outils d'évaluations et des moyens efficaces spécialisés dans cet engagement occupationnel pour avoir une prise en charge plus adaptée pour ces patients. Nous avons pu voir que les patients ne sont pas toujours diagnostiqués, et même lorsqu'ils le sont, ces symptômes ne sont, dans de nombreux cas, pas pris en compte dans la prise en charge car les soignants ne sont pas formés spécifiquement à

ces symptômes. Nous pouvons nous demander si des formations ne seraient-elles pas alors pertinentes au vu du nombre de cas qui sont confrontés à cette situation.

Ce travail d'initiation à la recherche m'a fait progresser pour la synthèse de recherche et m'a permis de développer une réflexion de méthodologie de recherche. La problématique de départ provient d'une situation de stage que j'ai vécu et qui m'a mise en difficulté. Cette enquête m'a permis de répondre à mon questionnement sur la prise en charge de ces patients et aussi de me remettre en question, ainsi que de voir l'importance de continuer à se former après l'obtention du diplôme d'ergothérapie. Nous pouvons nous confronter à tellement de situations différentes qui peuvent nous mettre en difficulté, que nous ne pouvons pas être préparé à toutes ces situations au bout de 3 ans de formation. D'où l'importance de se tenir à jour dans les nouvelles études publiées, de se former, de s'informer et de se remettre en question dès que nous faisons face à une difficulté. Certaines situations peuvent se résoudre aussi avec l'expérience, c'est pour cela que je souhaite enrichir mon expérience professionnelle au maximum, me confronter à de multiples situations servira à enrichir mes compétences professionnelles.

Conclusion

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) sont la principale cause de décès et la 1^e cause de handicap physique acquis de l'adulte, l'AVC est perçu comme une urgence grave par le grand public. La dépression post-AVC, un des symptômes fréquents, peut arriver à tout moment de la prise en charge. Ce qui peut la rendre encore plus difficile pour la personne et les professionnels de santé, y compris l'ergothérapeute, qui travaille en se basant sur le projet de vie de la personne et sa motivation. Sans projet de vie et sans motivation de la part du patient, l'ergothérapeute peut être en difficulté dans sa prise en charge. Il doit alors se concentrer pour travailler sur la motivation du patient. Dans cette étude, nous avons vu que l'ergothérapeute peut disposer de plusieurs moyens pour accompagner la personne âgée en dépression post-AVC, en travaillant sur sa motivation pour qu'il puisse s'engager dans sa prise en charge pour ensuite élaborer et rendre possible son projet de vie.

L'objectif en ergothérapie est d'élaborer un projet de vie avec la personne, pour cela il faut qu'elle puisse être engagée dans la prise en charge. Les résultats de l'étude ont révélé que les moyens utilisés, par cet échantillon d'ergothérapeutes, pour répondre à cet objectif sont de mettre en place une relation de confiance avec le patient, de coopérer avec les différents professionnels de santé afin d'avoir un accompagnement complet et adapté, et de proposer des activités et mises en situation significatives et valorisantes afin de redonner confiance au patient en ses capacités et qu'il puisse s'engager dans la prise en charge.

Mon hypothèse est alors partiellement validée, compte-tenu de l'échantillon non significatif et aussi du fait que les mises en situations significatives ne suffisent pas pour engager la personne. Il faut un accompagnement complet et adapté qui passe par la relation et le travail d'équipe notamment.

Mon échantillon n'étant pas représentatif, j'aimerais savoir si les ergothérapeutes utilisent en pratique des outils normés et/ou validés pour évaluer l'engagement occupationnel du patient. Afin de poursuivre ma réflexion, il serait intéressant de faire une enquête quantitative, à l'aide d'un questionnaire, pour évaluer si les ergothérapeutes sont nombreux en France à utiliser la MCRO ou d'autres outils normés et/ou validés d'évaluations pour l'engagement occupationnel.

Bibliographie

- ACE, Association canadienne des ergothérapeutes. (1997). *Modèle privilégié en ergothérapie à l'Ud'O*. pp.33-64.
- ACE. (2007). *Association canadienne des ergothérapeutes : Code de déontologie*
- Ameslant P., Barnay, D., Boonen O., Gueyraud B., Ravaine, N. (2004). *L'ergothérapie et la démarche de soins*. Dans Soins en gérontologie de Ravaine, N. (dir.), n°47, pp. p.43-45
- Amiot, N., Frénisy, M-C., Minot, D. et Soutenet, M. (2005) *Accidents vasculaires cérébraux : approche psychopathologique et approche neuropsychologique : À propos d'un cas : M. J.* Annales Médico Psychologiques 163, pp. 65-72
- ANFE. (2019). *Définition*. Récupéré [le 10 Avril 2019] sur le site : <https://www.anfe.fr/index.php/definition>
- AQNP Association québécoise des neuropsychologues. (2019). Les fonctions cognitives. Récupéré [le 10/05/2019] du site : <http://aqnp.ca/la-neuropsychologie/les-fonctions-cognitives/#Fonctionsexecutives>
- ARS Hauts de France. (2017). *Santé des personnes âgées*. Récupéré [le 5 janvier 2019] du site : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/les-filieres-geriatriques-territoriales>
- Baume, C. M., Foster, E., Hildebrand, M. W., Tabor Connor, L. et Wolf, T. J. (2016). *9.Participation et engagement dans les occupations des adultes en situation de handicap*. Dans Pierce D., *La science de l'occupation pour l'ergothérapie*, De Boeck, pp. 125-138
- Bazerolles, M.-C. et Bourrellis, C., (2009). *La filière gérontologique et gériatrique : parcours de vie/parcours de soins*. Dans Trouvé E. (dir.). *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques*, Solal, pp. 39-62
- Blouin, M. et Bergeron, C. (1997). Tome 2 : *termes d'intervention et d'aides techniques*. Dans Dictionnaire de la réadaptation, Québec : Les Publications du Québec, pp.49
- Boissezon X., Godefroy O. et Roussel., (2017) *Troubles neurocognitifs vasculaires et post-AVC : De l'évaluation à la prise en charge*. De Boeck supérieur

- Caire J.-M. et Schabaille A. (2018). *Engagement, occupation et santé, une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie*, ANFE
- Caire, J.-M. et Rouault, L. (2017). 4. *Le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (MCREO)*. Dans Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les Modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux*. De Boeck. 2e édition, pp. 85
- Capron J., Docteur. (2015). *Retentissement psychiatrique de l'AVC*. vol. 15, n° 90. Elsevier Masson
- Collège Enseignant en Neurologie. (2016). *Sémiologie des fonctions cognitives*. Récupéré [le 10 Mars 2019] du site <https://www.cen-neurologie.fr/premier-cycle/semiologie-analytique/syndrome-myogene-myopathique/syndrome-myogene-myopathique-4>
- Collège Enseignant en Neurologie. (2016). *Syndromes hémisphériques*. Récupéré [le 10 Mars 2019] du site <https://www.cen-neurologie.fr/premier-cycle/semiologie-topographique/syndromes-peripheriques/syndromes-hemispheriques>
- Coquelet, F. (2015). *Soins de suite et de réadaptation les personnes de 70 ans ou plus effectuent la moitié des séjours*. DREES, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Récupéré [le 10 Mars 2019] du site : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er943.pdf>
- Dutil, E. (1994), *La mesure canadienne du rendement occupationnel*, CJOT, Publications ACE vol. 61, n°2.
- Fabre-Mellini, A. (2009). *L'intervention auprès des personnes âgées présentant des troubles du comportement et des troubles psycho-affectifs*. Dans Trouvé E. (dir.) *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques*, Solal, pp. 137-158
- Fenouillet, F. (2005). *La motivation : perspectives en formation*. Dans *Recherche en soins infirmiers*, n° 83, pp. 100-109
- Fondation pour la recherche sur les AVC. *Fréquence*. Récupéré [le 30 janvier 2019] du site : <http://www.fondation-recherche-avc.org/frequence>
- Ginbert, V. et Godot, C. (2010). *Vivre ensemble*. Centre d'analyse stratégique, n°28

- Giordan, A., Golay A. et Lager G. (2016). *Comment motiver le patient à changer ?* 5e tirage
- Gonthier, R. et Rheims, S. (2012). *Neurologie Gériatrie*, 2e édition, éditions Pradel
- HAS. (2009). *Recommandations de bonne pratique : Accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce (alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse)*. Récupéré [le 20 Mai 2019] du site : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/avc_prise_en_charge_precoce_-_recommandations.pdf
- HAS. (2012). *Accident vasculaire cérébral : méthodes de rééducation de la fonction motrice chez l'adulte*. Récupéré [le 10 Mars 2019] du site : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1334330/fr/accident-vasculaire-cerebral-methodes-de-reeducation-de-la-fonction-motrice-chez-l-adulte
- HAS. (2016). *Développement professionnel continu (DPC)*. Récupéré [le 20 Mai 2019] du site : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2808961/fr/developpement-professionnel-continu-dpc
- Hémi-anesthésie. (2010). Dans le E. Littré et M. Devic (dir.), *Le Littré*. Récupéré [le 10 Mars 2019] du site : <https://www.littre.org/definition/h%C3%A9mianesth%C3%A9sie>
- Hémi-anopsie. (2017). Dans I. Marroun, J. Quevauvilliers, et T. Sené (dir.), *Dictionnaire médicale* (p. 397)
- Hypoesthésie. (2017). Dans I. Marroun, J. Quevauvilliers, et T. Sené (dir.), *Dictionnaire médicale* (p.433)
- INSERM. (2019). *Accident vasculaire cérébral (AVC) : La première cause de handicap acquis de l'adulte*. Récupéré [le 27 Janvier 2019] du site : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/accident-vasculaire-cerebral-avc>
- Kalfat, H. et Sauzéon, H. (2009). *Processus de vieillissement et vieillesse*. Dans Trouvé E. (dir.) *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques*, Solal, pp.13-32.
- Klein F. , *Ergothérapeute, pour quoi faire ?* Dans Hernandez, H. (dir.). *Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation*, pp. 37

- Loubet Del Bayle, J.-L. (2000). *Initiation aux méthodes des sciences sociales*, Paris-Montréal: L'Harmattan, pp. 71
- Marchalot, I. (2016). *Stratégie d'intervention en ergothérapie et rendement occupationnel*. pp. 19-23
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. De Boeck.
- Ministère de la solidarité et de la santé. (2002). *Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique*. Récupéré [le 10 Mai 2019] sur le site : <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-14/a0141323.htm>
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2019). *Loi Jardé du 5 mars 2012 (n°2012-300)*. Récupéré [le 6 avril 2019] sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025441587>
- Ministère des Solidarités et de la santé.(2001) *Annexe1 : La prévention : définition, notions générales sur l'approche française, et comparaisons internationales*. Récupéré [le 15 Avril 2019] sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>
- Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, Ministère de la santé et des sports– Solidarité n° 2010/7. (2010). *Diplôme d'Etat d'ergothérapeute : Référentiel de compétences*. Annexe II, pp. 177-248
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les Modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux*. De Boeck. 2e édition
- Ohnen, S.H. (2002). *Troubles psychocomportementaux du sujet âgé : Aspects cliniques*. Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie.
- OMS. (2001) *Annexe1 : La prévention : définition, notions générales sur l'approche française, et comparaisons internationales*.
- OMS. (2019). *L'Accident Vasculaire Cérébral*. Récupéré [15 décembre 2018] du site : https://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/fr/
- Pierce, D. (2016). *La science de l'occupation pour l'ergothérapie*, De Boeck

Syndicat des SSR. (2010). *Les SSR, c'est quoi ?* Récupéré [le 6 avril 2019] sur : <http://fhp-ssr.fr>

Thrombolyse. Dans le Larousse. Récupéré [le 12 Mai 2019] du site :

<https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/thrombolyse/16569>

Townsend, E., & Polatajko, H. (2008). *Faciliter l'occupation : L'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé bien-être et justice à travers l'occupation (CAOT)*.

Van Campenhoudt, L. et Quivy, R. (2013). *Manuel de recherche en sciences sociales*

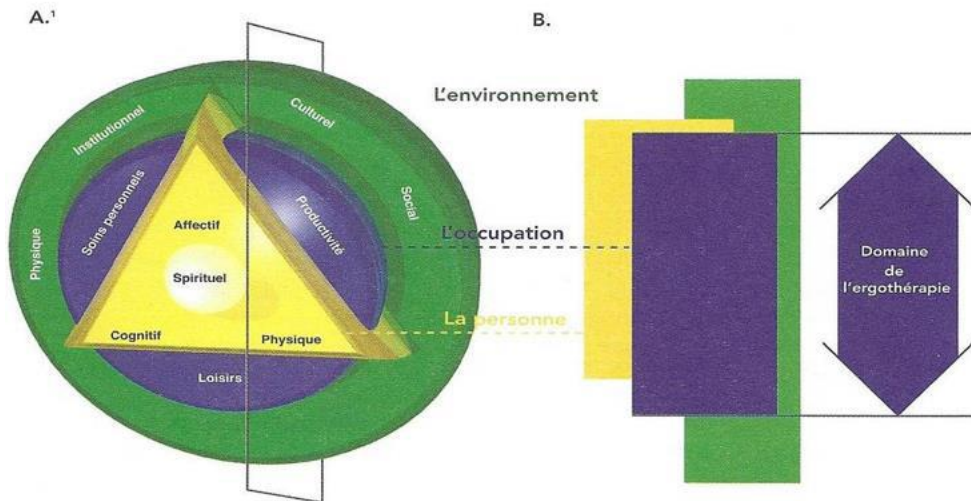
Villaumé, A. (2018) *Rôle de l'ergothérapeute en gériatrie*, NPG Neurologie, Elsevier Masson France, Psychiatrie - Gériatrie 19, pp. 30-38.

ZUBER, M. (2012). *Troubles dépressifs dans les pathologies neurologiques - 2e partie, Dépression et accidents vasculaires cérébraux : Une prise en charge balbutiante*, Neurologies, vol. 15, n° 145, pp. 56-58.

Annexes

Annexe I : Schéma représentatif du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (Townsend et Polatajko, 2008, p27).....	I
Annexe II : Guide d'entretien pour les Ergothérapeutes	II
Annexe III : Guide d'entretien pour les patients âgés en dépression post-AVC.....	IIII
Annexe IV : Entretien retranscrit.....	IIV

Annexe I : Schéma représentatif du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (Townsend et Polatajko, 2008, p. 27)



A' : Désigné sous le nom de MCRO dans *Promouvoir l'occupation* (1997, 2002) et MCRO-P depuis cette édition.

B : Vue de profil

E.A. Townsend, H.J. Polatajko, et J. Craik (2008). Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P), dans *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*, E.A. Townsend, H.J. Polatajko, p.27 Ottawa, ON : Publications ACE.

Annexe II : Guide d'entretien pour les Ergothérapeutes

Bonjour, je suis Marine GENDRE, étudiante en 3ème année d'ergothérapie à Créteil. Pour valider mon diplôme, je dois réaliser un mémoire d'initiation à la recherche. Mon mémoire concerne la place de l'ergothérapeute dans l'accompagnement du patient âgé post-AVC ayant des symptômes dépressifs. Je vais vous poser quelques questions afin de vous guider. Quel que soit votre raison, vous avez le droit de ne pas y répondre. Le but ici est d'avoir un échange libre. L'entretien devrait durer environ 30 minutes. Si vous l'acceptez cet entretien sera enregistré. Cet enregistrement me servira à l'analyse de notre échange. Il restera anonyme et sera supprimé par la suite. Avez-vous des questions avant de commencer ?

- Pouvez-vous vous présenter ?
- Depuis combien d'années exercez-vous ?
- Quelle est l'année de l'obtention de votre diplôme ?
- Quel est le type de structure et de service où vous travaillez ?
- Quels sont les symptômes de la dépression que vous avez pu observer ?

1) Identifier la manière dont les patients en dépression post-AVC sont accompagnés par les ergothérapeutes en SSR en fin de prise en charge.

- Comment réagissez-vous face aux difficultés de la prise en charge des patients en dépression post-AVC ?
- Quels sont les objectifs généraux en ergothérapie pour les patients âgés en fin de rééducation en dépression post-AVC ?
- Quels moyens utilisez-vous pour répondre à ces objectifs ?

2) Déterminer si les patients âgés post-AVC peuvent être engagés dans leur rééducation malgré les symptômes dépressifs.

- Évaluez-vous l'engagement occupationnel du patient ? Si oui comment ?
- Comment évaluez-vous l'engagement occupationnel d'un patient ?
- Si pas de réponse : Utilisez-vous la MCRO (mesure Canadienne du rendement occupationnel, bilan associé à la MCREO) ? Si oui, pourquoi ?
- Selon vous, quels sont les moyens utilisés pour favoriser l'engagement du patient âgé en dépression post-AVC ? et pourquoi ?

3) Repérer si les mises en situation significatives de vie quotidienne permettent l'engagement occupationnel des patients.

- Utilisez-vous des mises en situation significatives de vie quotidienne pour ces patients âgés en dépression post-AVC ? et pourquoi ?
- Selon vous, les mises en situation significatives de vie quotidienne permettent-elles l'engagement occupationnel de ces patients âgés en dépression post-AVC ? et pourquoi ?

L'entretien est maintenant terminé. Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé.

Annexe III : Guide d'entretien pour les patients âgés en dépression post-AVC

Bonjour, je suis Marine GENDRE, étudiante en 3ème année en ergothérapie. Pour valider mon diplôme, je dois réaliser un mémoire d'initiation à la recherche. Mon mémoire concerne la place de l'ergothérapeute dans l'accompagnement du patient âgé post-AVC ayant des symptômes dépressifs. Je vais vous poser quelques questions afin de vous guider. Quel que soit votre raison, vous avez le droit de ne pas y répondre. Le but ici est d'avoir un échange libre. L'entretien devrait durer environ 30 minutes. Si vous l'acceptez cet entretien sera enregistré. Cet enregistrement me servira à l'analyse de notre échange. Il restera anonyme et sera supprimé par la suite. Avez-vous des questions avant de commencer ?

- Pouvez-vous vous présenter ? (Âge, situation familiale, histoire de la maladie)

Évaluer la manière dont les patients en dépression post-AVC sont accompagnés par les ergothérapeutes en SSRG en fin de prise en charge.

- Que faites-vous en ergothérapie ?
- Que pensez-vous de votre prise en charge en ergothérapie ?
- Quelles étaient vos objectifs en venant en séance d'ergothérapie ?
- Quelles ont été les activités proposées par l'ergothérapeute ?
- Avez-vous pu donner votre avis concernant les activités proposées ? Quel est votre avis ?
- Avez-vous trouvé un lien entre vos objectifs de rééducation et les activités proposées en ergothérapie ?

Évaluer si les mises en situation significatives de la vie quotidienne permettent l'engagement occupationnel des patients.

- L'ergothérapeute vous a-t-il proposé des mises en situation ? Les mises en situation consistent à reproduire des actes que vous faites dans votre vie de tous les jours pour évaluer votre capacité à les réaliser aujourd'hui.
- Quelles étaient vos mises en situation réalisées en ergothérapie ?
- Où se déroulaient ces mises en situation ?
- Selon vous, quels étaient les buts de ces mises en situation ?
- Selon vous, qu'est-ce que ces mises en situation vous ont apporté ?
- Ces mises en situation ont-elles favorisées votre engagement dans les séances en ergothérapie ?
- Quel est votre projet après le SSRG ?
- Que pensez-vous de votre prise en charge en ergothérapie ? Répond-elle à votre projet de vie ?
- Que voudriez-vous dans votre prise en charge pour être plus engagé ?

L'entretien est maintenant terminé. Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé.

Annexe IV : Entretien retranscrit

Moi : Bonjour, je suis Marine GENDRE, en 3ème année d'ergothérapie à Créteil. Donc, pour valider mon diplôme, je dois réaliser un mémoire d'initiation à la recherche. Ça concerne l'accompagnement du patient âgé post-AVC avec des symptômes dépressifs. Je vais vous poser quelques questions afin de vous guider. C'est un entretien semi-dirigé. Quel que soit la raison, vous avez le droit de ne pas répondre à mes questions. Le but est d'avoir un échange libre. L'entretien devrait durer 30 minutes, après on verra comment ça va se dérouler. Si vous l'acceptez cet entretien sera enregistré. Il restera anonyme, il me servira à l'analyse et après il sera supprimé. Avez-vous des questions avant de commencer ?

Ergothérapeute : non.

Moi : D'accord, est-ce que vous pouvez vous présenter ?

Ergothérapeute : Alors je m'appelle M..., je suis ergothérapeute, diplômée depuis 2001.

Moi : D'accord, quel est le type de structure et de service où vous avez travaillé depuis que vous êtes diplômée ?

Ergothérapeute : Alors j'ai commencé par une structure du handicap mental d'un foyer de vie occupationnel, pour adulte, j'y suis resté 2 ans et demi. Ensuite, je suis rentrée dans la fonction publique hospitalière en rééducation en neurologie, pendant un peu plus de 7 ans, adulte toujours. J'ai fait un court laps de temps, j'ai travaillé dans un foyer, euh je ne sais plus l'appellation exacte, c'était pour des enfants polyhandicapés avec une petite section éducative. Et donc je suis ici en SSR gériatrique depuis 8 ans maintenant, ou peut-être un peu plus.

Moi : Quels sont les symptômes de la dépression que vous avez pu observer pour un patient âgé post-AVC ?

Ergothérapeute : Ceux en tout cas auxquels je fais très attention c'est une perte de l'élan vital des patients qui n'ont plus envie, à qui quand on propose quelque chose, nous disent « je ne suis plus, non, de toute façon je n'y arriverai pas » « j'ai pas envie », il y a un repli sur soi. Ici, je ne peux pas évaluer leur appétit. Je suis plutôt sur les motivations et l'envie d'être rééduqué. Quelqu'un qui va plutôt se replier me dire qu'il n'est pas capable, qu'il a pas envie, qu'il refuse les séances de plus en plus. Ça je fais particulièrement attention parce que ce n'est pas exprimé clairement. Certains l'expriment clairement, pleurent en séance. C'est plus remarqué, en tout cas, c'est plus exprimé. C'est un petit peu tous ces signes-là.

Moi : Ensuite je vais vous demander, comment réagissez-vous face aux difficultés de la prise en charge des patients en dépression post-AVC ? Quelles sont vos réactions justement quand par exemple ils pleurent ?

Ergothérapeute : Dans un premier temps, quand c'est une expression forte ici en séance, on se pose, on discute. Moi, je remets en question toujours mes exercices, à savoir si je ne leur

demande pas un petit peu trop à ce moment-là, quitte à réévaluer, et à changer mes exercices, pour être plus dans la motivation que dans l'échec. On essaie de ne pas être dans l'échec, même si parfois c'est difficile. On essaie d'être dans l'accompagnement et se remettre en question pour le patient. On essaie de ne pas être dans l'échec mais parfois c'est difficile. Un accompagnement de la personne quand ça ne va pas, on arrête de bosser, on se pose, on discute, on essaie de comprendre ce qui se passe et être présent. Je leur propose, moi, presque systématiquement la psychologue. En leur expliquant que c'est tout à fait normal de se sentir mal dans ce moment-là. Après c'est transmission au médecin, à l'équipe.

Moi : Quel sont les objectifs généraux pour ces patients en ergothérapie en fin de rééducation, quand ils sont en dépression post-AVC ?

Ergothérapeute : En fin de rééducation, c'est-à-dire prêt à sortir ?

Moi : oui

Ergothérapeute : Ça va être, je dirai, de leur trouver une motivation, de voir avec l'équipe, et notamment la psychologue et le médecin, qu'ils puissent avoir un suivi à l'extérieur. Et de renforcer un leur acquis, de leur montrer qu'ils sont capables de faire des choses. Et les rassurer sur leur sortie, parce qu'en général quel que soit le patient ils sont inquiets sur leur sortie, les patients qui sont en dépression plus encore et peuvent se refermer sur eux même par la suite, être suivi à l'extérieur par une équipe pluridisciplinaire.

Moi : Quels sont les moyens que vous utilisez pour répondre à ces objectifs ?

Ergothérapeute : Il y a beaucoup de transmissions aux équipes. Ensuite, ça va être des mises en situation pour montrer au patient ce qu'ils sont capables de faire, essentiellement.

Moi : Évaluez-vous l'engagement occupationnel du patient ? Si oui comment ?

Ergothérapeute : Je ne l'évalue pas de façon cadrée, je dirai, c'est plus un ressenti, c'est vrai qu'effectivement, ce n'est pas quelque chose de quantifier.

Moi : Mais vous pouvez utiliser des moyens pour l'évaluer ?

Ergothérapeute : Je ne saurais pas dire, comme c'est plutôt de l'ordre du ressenti ce n'est pas évident.

Moi : Est-ce que par exemple vous pouvez utiliser des outils comme la MCRO, la mesure Canadienne du rendement occupationnel ?

Ergothérapeute : Je l'ai déjà effectivement regardé mais je ne l'utilise pas

Moi : D'accord, on l'a un peu dit tout à l'heure, mais est-ce que pour vous il y a des moyens qu'on utilise pour favoriser cet engagement du patient ?

Ergothérapeute : Là encore c'est plus dans le relationnel, se poser avec, et établir pour les gens les plus gênés, établir un contrat avec eux, et une avancée, la majorité des patients ont du mal à voir leur évolution et ceux-là plus particulièrement et une démonstration de

l'avancée, de montrer l'évolution et les solutions possibles derrière, ce qui correspond à un faisceau de ce qu'on peut faire, après mes collègues, que ce soit psychologue, médecin, kiné, chacun apporte quelque chose dans cette direction.

Moi : D'accord. Utilisez-vous des mises en situation sur les activités de la vie quotidienne pour ces patients ? Donc vous m'avez dit oui. Et pourquoi ? Qu'est-ce que ça va apporter en plus, comparé à d'autres activités ?

Ergothérapeute : Oui, généralement quel que soit le patient, l'idée c'est de se rapprocher de leur vie d'après. Pour ces patients-là particulièrement, c'est de prouver que les choses sont encore accessibles et possibles et parfois de le refaire. De refaire le même exercice en début, en milieu et en fin de prise en charge pour leur montrer l'évolution, on a beaucoup de mal ici à montrer l'évolution des gens. On ne filme pas, on quantifie effectivement avec nos bilans mais ça reste pour eux très abstrait. La mise en situation est quelque chose de concret qui va leur permettre eux de se projeter vers le domicile. Notamment la visite à domicile qui se fait avec eux, avec la famille, avec les aidants. On va directement au domicile effectivement faire cette mise en situation ça peut être nous montrer comment ils se font à manger, alors on ne peut pas faire de repas en visite à domicile c'est encore un peu compliqué, mais de se déplacer, de ranger les choses. Ils peuvent se rendre compte qu'à la maison c'est encore possible.

Moi : D'accord. Ma dernière question, vous l'avez déjà un peu dit, les mises en situations sur les activités de la vie quotidienne permettent-elles, selon vous, l'engagement occupationnel de ces patients âgés en dépression post-AVC ? Et pourquoi ?

Ergothérapeute : oui effectivement, j'ai en partie répondu, parce que finalement, on a beau les faire travailler sur des exercices plus analytiques, ou même globaux ici, rien ne vaut finalement la mise en situation concrète sur le lieu de vie quand on peut le faire ou au plus proche du lieu de vie, pour qu'ils puissent se rendre compte de leur capacité et se projeter sur l'avenir. Parce que souvent ils sont à un point, en fait eux souvent sont restés dans les capacités qu'ils avaient avant et la dépression est liée à l'acceptation ou en tout cas aux étapes d'acceptations de leur état de maintenant. L'idée est de faire ce lien, alors effectivement il y a ce deuil de leur capacité d'avant, le tout c'est de dire qu'il y a encore des choses à récupérer et des choses à faire malgré tout. Ça fait très message d'espoir.

Moi : oui. Je vous remercie. L'entretien est maintenant terminé.

Résumé

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est une pathologie fréquente, grave et à l'origine de nombreuses situations de handicap, notamment chez les personnes âgées ($\frac{3}{4}$ ont plus de 65 ans). Une prise en charge très précoce peut éviter les complications et en limiter les séquelles. Cependant, et malgré l'intervention des professionnels, une des conséquences est la dépression post-AVC. La survenue d'une dépression est une complication fréquente des AVC : une prévalence de 30 à 60 %. La rééducation en ergothérapie ciblée sur le projet de la personne peut alors être limitée si le patient n'est plus engagé dans sa prise en charge. Se pose alors la question de la prise en charge de l'ergothérapeute auprès des personnes âgées ayant une dépression post-AVC, en Soins de Suite et de Réadaptation, lorsqu'ils se désengagent. Pour répondre à cette problématique, l'hypothèse émise est qu'en proposant des mises en situation significatives de vie quotidienne, l'ergothérapeute permet l'engagement occupationnel d'une personne âgée en dépression post-AVC. L'outil d'enquête utilisé auprès de quatre ergothérapeutes est l'entretien semi-directif. Ces entretiens portent sur les moyens qu'utilise l'ergothérapeute pour permettre l'engagement du patient dans sa rééducation pour qu'il puisse élaborer un projet de vie pour sa sortie d'hospitalisation. Les résultats de ces entretiens ont montré qu'une relation thérapeutique adaptée, des mises en situations significatives et valorisantes, ainsi qu'un travail en interprofessionnalité permet un accompagnement adapté pour le patient. Par conséquent, mon hypothèse est partiellement validée.

Abstract

Stroke is a frequent, serious pathology that causes many disabilities, especially among the elderly ($\frac{3}{4}$ are over 65 years old). Very early management can avoid complications and limit their consequences. However, despite the intervention of professionals, one of the consequences is post-stroke depression. Depression is a common complication of stroke: a prevalence of 30 to 60%. Occupational therapy rehabilitation targeted at the person's project may then be limited if the patient no longer feels involved. This raises the question of how to manage occupational therapy for elderly people with post-stroke depression, in follow-up and rehabilitation care, when they disengage. To answer this problem, the hypothesis put forward is that by proposing meaningful scenarios of daily life, the occupational therapist allows the occupational involvement of an elderly person in post-stroke depression. The survey tool used with four occupational therapists is the semi-directive interview. These interviews focus on the means used by the occupational therapist to enable the patient to engage in the rehabilitation so he/she can develop a life project after hospital discharge. The results of these interviews showed that an adapted therapeutic relationship, meaningful and rewarding scenarios, as well as interprofessional work, allow for an adapted support for the patient. Therefore, my hypothesis is partially validated.