

Participation sociale des jeunes retraités souffrant de dépression post-AVC



Par Lucile REPPEL
Sous la supervision de
Chantal TAILLEFER

Année 2024

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'étudiante réalise, après utilisation du traitement de textes, un mémoire d'au moins 40 pages sans excéder 65 pages, hors annexes.

Ce mémoire doit permettre à l'étudiante 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'étudiante est aidée 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'étudiante en accord avec le directeur de l'institut.

Je, soussignée, *Reppel Lucile étudiante en 3^{ème} 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 23/05/2024

Signature :

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'L. Reppel', enclosed within a simple, hand-drawn oval shape.

*Reppel Lucile

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.

La rédaction de ce mémoire m'a permis d'acquérir des connaissances sur les méthodes de recherche et d'approfondir un domaine de l'ergothérapie qui m'intéresse particulièrement.

Je tiens à remercier tout particulièrement Chantal Taillefer, ma maitre de mémoire, pour son accompagnement dans l'élaboration de ce sujet. Sa disponibilité et ses paroles encourageantes m'ont beaucoup aidée à améliorer ce mémoire.

Je remercie également les formateurs de l'IFE de Créteil ainsi que les intervenants qui nous ont enseigné la méthodologie du mémoire.

Je suis reconnaissante envers les ergothérapeutes qui ont pris le temps de répondre aux questionnaires de pré-enquête ainsi que ceux que j'ai pu interroger.

Un grand merci à mes tutrices de stage, avec qui j'ai pu discuter de ce mémoire et le faire évoluer.

Je remercie mes proches, qui m'ont soutenue tout au long de ces études. Une mention particulière pour ma mère et mon conjoint, qui ont passé des heures à relire ce mémoire et à me suggérer des axes d'amélioration.

Enfin, je remercie les lecteurs de ce mémoire. J'espère que votre intérêt permettra à ce travail de continuer à vivre et, peut-être, d'avoir un jour une suite.

« La plus belle des libertés est de pouvoir faire les choses par soi-même,
avec ses propres moyens. »

Helen Keller

Table des matières

INTRODUCTION.....	1
 CADRE EXPLORATOIRE	
I. ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL	3
I.1 DÉFINITIONS	3
I.2 SYMPTÔMES APRÈS UN AVC	4
I.3 RISQUES DE COMORBIDITÉS	5
I.4 ACCOMPAGNEMENT (HOSPITALIER, RÉÉDUCATION, RÉADAPTATION)	5
A. <i>Parcours de soin hospitalier</i>	5
B. <i>Parcours de soin en SMR</i>	6
C. <i>Place de l'ergothérapeute</i>	8
I.5 IMPACT DE L'AVC SUR LA VIE QUOTIDIENNE	9
I.6 PARTICIPATION SOCIALE ET AVC	9
II. LA PERSONNE RETRAITÉE	11
II.1 LE PASSAGE À LA RETRAITE.....	11
II.2 LA RETRAITE	12
II.3 ERGOTHÉRAPIE ET VIEILLISSEMENT : PLACE ET RÔLE	12
II.4 PARTICIPATION SOCIALE DES JEUNES PERSONNES RETRAITÉES.....	13
III. DÉPRESSION, AVC & RETRAITE.....	14
III.1 LA DÉPRESSION POST-AVC : EXPLICATION	14
III.2 CORRÉLATION PHYSIOLOGIQUE ENTRE AVC ET DÉPRESSION.....	15
III.3 CLASSIFICATIONS DES DPAVC.....	15
III.4 LES FACTEURS DE GRAVITÉ	15
III.5 L'ACCOMPAGNEMENT	16
III.6 DPAVC ET PARTICIPATION SOCIALE	17
 PROBLÉMATIQUE	
IV. PROBLÉMATIQUE	19

CADRE CONCEPTUEL

V. CONCEPT 20

V.1 MODÈLE CONCEPTUEL.....	20
A. MDH-PPH.....	20
B. MDH-PPH2.....	21
C. Avantages.....	21
D. Vignette clinique.....	23
V.2 PARTICIPATION SOCIALE	24
V.3 OUTILS DE LA PARTICIPATION SOCIALE	25

HYPOTHÈSE

VI. HYPOTHÈSE	29
----------------------------	-----------

CADRE EXPÉRIMENTAL

VII. ENQUÊTE	30
---------------------------	-----------

VII.1 OBJECTIF D'ENQUÊTE	30
VII.2 POPULATION CIBLE	31
VII.3 OUTIL D'ENQUÊTE	32
A. Choix de l'outil.....	32
B. Limites de l'outils	33
VII.4 CRÉATION DE L'OUTIL	33
VII.5 RECHERCHE DE CONTACT	33
VII.6 PASSATION DES ENTRETIENS.....	34

VIII. RÉSULTATS BRUTS	35
------------------------------------	-----------

VIII.1 PROFILS DES PERSONNES INTERROGÉES.....	35
VIII.2 THÉMATIQUES	35
A. Impact de la DPAVC sur les habitudes de vies des personnes retraitées	36
B. Outils d'évaluation	37
C. MHAVIE	38
D. Accompagnement en ergothérapie des rôles sociaux	43
E. Travail en équipe	44
F. Place de la famille	45

IX. DISCUSSION.....	46
IX.1 CONFRONTATION DES RÉSULTATS À LA LITTÉRATURE	46
A. <i>Isolement des jeunes retraités et DPAVC</i>	46
B. <i>L'utilisation de la MHAVIE pour évaluer les rôles sociaux</i>	47
C. <i>Accompagnement en ergothérapie</i>	48
IX.2 LIMITES DE L'ENQUÊTE	48
IX.3 AXES DE POURSUITE DE RECHERCHE	49
IX.4 RÉFLEXION PERSONNELLE	49
CONCLUSION	51
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	
RÉSUMÉ	

Table des figures

- Figure 1 : Adaptation du modèle MDH-PPH-2 à un cas pratique personnellement rencontré lors d'un stage en SMR. En rouge, les éléments importants du présent mémoire. 23
- Figure 2 : Diagramme montrant la prédominance de l'usage de la MCRO et de la MHAVIE dans les connaissances qu'ont les ergothérapeutes autour des évaluations de la participation sociale.. 25
- Figure 3: Diagramme de flux des prises de contact pour aboutir aux entretiens. 34
- Figure 4 : Nombre d'entretiens où une habitude de vie a été abordée. Il faut lire : « Rôle familiale » est une habitude de vie abordée par chaque interviewé, tandis que « Gestion financière » n'a été abordé que par l'interviewé E3. 36
- Figure 5 : Nombre d'entretiens où un outil d'évaluation de la participation sociale a été abordé. Il faut lire : « MCRO » est un outil abordé par chaque interviewé, tandis que « EF2E » n'a été abordé que par l'interviewé E1..... 37
- Figure 6 : Évocation spontanée de la MHAVIE pour évaluer les rôles sociaux spécifiquement pour les personnes âgées souffrant de DPAVC..... 38
- Figure 7 : Nombre d'entretiens où une contre-indication à l'utilisation de la MHAVIE a été abordée. Il faut lire : « Neurologie aigüe » est une contre-indication abordée par chaque interviewé, tandis que « Anosognosie » n'a été abordée que par l'interviewé E1..... 41
- Figure 8 : Nombre d'entretiens où une évaluation des rôles sociaux dans la MHAVIE a été abordée. Il faut lire : « Relations personnelles » est une évaluation abordée par chaque interviewé, tandis que « Responsabilité » n'a été abordée que par l'interviewé E3. 42

• Figure 9 : Formes d'accompagnements des rôles sociaux en ergothérapie abordées lors des entretiens. Il faut lire : « Intégration des familles » est un accompagnement abordé par chaque interviewé, tandis que l'usage d'un « Outil d'accompagnement » n'a été abordé par personne. ...	43
• Figure 10 : Nombre de fois qu'une profession de soignant est évoquée à travers l'ensemble des entretiens.....	44
• Figure 11 : Nombre de fois qu'une notion liée aux membres d'une famille est évoquée à travers l'ensemble des entretiens.....	45
• Figure 12 : HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / Mai 2009	I
• Figure 13: Source - Peretti C, Grimaud O, Tuppin P, Chin F, Woimant F Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 2012, n°. 1, p. 1-6	II
• Figure 14 : Enquête INSEE 2016, traitement INJEP-MEDES	III
• Figure 15 : Schéma du Modèle de développement humain – Processus de production du handicap.	IV
• Figure 16 : Schéma de la version 2 du Modèle de développement humain – Processus de production du handicap.....	V

Table des tableaux

• Tableau I : Comparaison des quatre outils énoncés par les participants au questionnaire.....	26
• Tableau II : Critères d'inclusion, de non-inclusion et d'exclusion pour la sélection des personnes interviewées lors de l'entretien.....	31
• Tableau III : Données des ergothérapeutes interviewés dans les trois entretiens E1, E2 et E3.	35
• Tableau IV : Utilisation clinique faite de la MHAVIE à travers les entretiens E1 et E2.....	39
• Tableau V : Avantages et inconvénients de la MHAVIE recueillis lors des trois entretiens.....	40
• Tableau VI : Guide pour mener les entretiens de façon reproductible.	VII
• Tableau VII : Grille d'analyse des entretiens retranscrits.	XVIII

Table des abréviations

ANFE	: Association Nationale Française des Ergothérapeutes
AVC	: Accident Vasculaire Cérébral
AVCH	: Accident Vasculaire Cérébral Hémorragique
AVCI	: Accident Vasculaire Cérébral Ischémique
CIF	: Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé
CMV	: Commande Motrice Volontaire
DGOS	: Direction générale de l'offre de soins
DGS	: Direction générale de la santé
DPAVC	: Dépression Post Accident Vasculaire Cérébral
DREES	: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EF2E	: Evaluation des Fonctions Exécutives en Ergothérapie
HAS	: Haute Autorité de Santé
HLH	: Hémianopsie latérale homonyme
INSERM	: Institut national de la santé et de la recherche médicale
IRM	: Imagerie par résonance magnétique
MCRO	: Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel
MDH-PPH	: Modèle de développement humain – Processus de production du handicap
MHAVIE	: Mesure des habitudes de vie
MOH	: Modèle de l'occupation humaine
MOHOST	: Outil d'évaluation de la participation occupationnelle
MPR	: Médecine Physique et de Réadaptation
MQE	: Mesure de la Qualité de l'Environnement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
OT'hope Adulte	: Outil thérapeutique d'objectif personnalisés en ergothérapie pour les adultes
RIPPH	: Réseau international sur le Processus de production du handicap
SFNV	: Société Française Neuro-Vasculaire
SIS	: <i>Stroke Impact Scale</i>
SMR	: Soins Médicaux et de Réadaptation
UNV	: Unité Neuro-Vasculaire

INTRODUCTION

L'accident Vasculaire Cérébral (AVC) est la première cause de handicap moteur non traumatique et la deuxième cause de démence en France. C'est également, la première cause de mortalité chez les femmes. Après un AVC « 40 % des patients gardent des séquelles importantes » (INSERM, 2017). L'AVC est un sujet de préoccupation majeur au point de donner lieu, chaque 29 octobre, à une journée mondiale de l'AVC, chapeautée par la Société Française Neuro-Vasculaire (SFNV) et soutenue par la Direction Générale de la Santé (DGS) ainsi que la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS). De plus, un plan d'action national AVC a été mis en place de 2010 à 2014. Il existe de nombreuses associations spécialisées sur l'AVC : notamment la Fondation pour la Recherche sur les AVC. Cette association a pour objectif de « favoriser et développer la recherche dans le champ des maladies neurovasculaires, afin d'améliorer la compréhension de leurs mécanismes et de leurs conséquences, leur diagnostic, leur prévention, leur traitement et la qualité de vie des malades » (Fondation pour la Recherche sur les AVC, 2023).

Régulièrement, un autre phénomène d'ampleur entre en collision avec celui des AVC : le vieillissement. En effet, les AVC touchent en général les personnes de plus de 65 ans (Santé Publique France, 2019). Cet âge, orée de risques accrus de comorbidités, correspond plus particulièrement au moment du passage à la retraite (Institut National de la Statistique et des Études Économiques, 2023), moment charnière sur lequel se concentre le mémoire. « L'interruption de la vie active peut prendre des formes différentes comme la réalisation de soi grâce à du temps retrouvé, une nouvelle implication dans la vie familiale, ou à l'inverse la perte d'une situation sociale, d'un revenu, d'une responsabilité, d'un statut avec sa reconnaissance, d'un objet affectif » (Bourrellis & Bazerolles, 2012). « Aujourd'hui, les personnes de plus de 60 ans représentent un quart de la population et pourraient en représenter un tiers en 2050 » (Santé Publique France, 2022). La population vieillit, il est primordial de s'occuper de la qualité de vie. « L'assemblée générale des Nations Unies a proclamé : 2021-2030 Décennie de vieillissement en bonne santé » qui vise à réduire les inégalités en matière de santé et à améliorer la vie des personnes âgées, de leurs familles et de leurs communautés (Organisation Mondiale de la Santé, 2022).

Lors d'un stage en Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR), j'ai eu l'occasion de me questionner sur la place des loisirs dans l'accompagnement en ergothérapie. Je suivais un patient ayant eu un AVC ischémique droit. Il était en pré-retraite et avait des permissions tous les week-ends. Lorsqu'il revenait le lundi, il exprimait ressentir des douleurs liées aux activités mécaniques qu'il réalisait sur sa voiture pendant ses week-end, loisir qu'il investissait beaucoup. Mes tutrices travaillaient prioritairement les activités courantes de la vie quotidienne comme la toilette ou l'habillage. De mon

côté, je me suis demandé comment entendre et prendre en compte ce que le patient expliquait de ses difficultés concernant ses loisirs.

Cette situation est entrée en résonance avec un troisième phénomène que la littérature scientifique permet de détacher : la dépression. Plus précisément la dépression post-AVC (DPAVC), qui est l'une des complications connues des suites d'un AVC. Elle survient chez environ « 30% des patients dans l'année suivant l'AVC » (INSERM, 2017).

Nous le savons, l'ergothérapeute est défini comme « un spécialiste entre l'activité et la santé, il mène des actions d'une part pour prévenir et modifier les activités délétères pour la santé, et d'autres part pour assurer l'accès des individus aux occupations qu'ils veulent ou doivent faire ». C'est un professionnel qui peut intervenir auprès des personnes post-AVC pour les aider à trouver un équilibre dans leur activité de la vie quotidienne (Association Nationale Française des Ergothérapeutes, 2023). L'ergothérapeute a donc toute sa place dans la reprise des loisirs (Hinojosa, Kramer, & Brasic Royeen, 2017).

En résumé, ce mémoire traite des AVC qui surviennent chez les personnes nouvellement retraitées. Pour ce faire, une première partie explorera les trois phénomènes que sont l'AVC, la personne retraitée et la dépression. Puis nous établirons une problématique qui mène à une partie conceptuelle en lien avec le modèle conceptuel : Modèle de développement humain – Processus de production du handicap (MDH-PPH). L'hypothèse principale articulera ensuite les notions d'ergothérapie, de participation sociale, de rôles sociaux, de personnes retraitées, de dépression et d'AVC pour ouvrir sur une enquête et une discussion, dernière partie de ce mémoire, montrant l'importance des enjeux familiaux dans l'accompagnement, en même temps qu'une certaine méconnaissance des outils destinés à évaluer les besoins en accompagnement.

Des questionnements sont apparus durant l'écriture de ce mémoire. Est-il possible de faire la part entre la dépression liée à l'**AVC** et la dépression possible liée à la **transition** entre la vie active et celle de retraité ? Les compétences de l'ergothérapie autour des **loisirs** peuvent-elles être un levier pour les personnes retraitées souffrant de **dépression** ?

CADRE EXPLORATOIRE

Pour amorcer ce mémoire, il est intéressant de rappeler les définitions clés, telles que l'accident vasculaire cérébral (AVC), la dépression qui lui succède et la notion de personne retraitée.

I. ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

I.1 Définitions

« L'AVC, communément appelé attaque cérébrale, est une perte soudaine d'une ou de plusieurs fonctions du cerveau » [traduction personnelle] (American Heart Association, 2019) qui survient lorsqu'une artère acheminant le sang vers le cerveau se bouche ou se rompt. La zone du cerveau alimentée par ce vaisseau sanguin ne peut alors plus bénéficier de l'oxygène et des nutriments nécessaires au bon fonctionnement de ses cellules neurales (Fondation pour la Recherche sur les AVC, 2023). « La sévérité est variable, allant de l'accident ischémique transitoire, qui régresse en quelques minutes sans laisser de séquelle, à l'AVC gravissime conduisant au décès en quelques heures ou quelques jours » (INSERM, 2017). Ses principaux facteurs de risques sont liés au tabagisme et à l'hypertension mais il faut aussi noter l'importance de l'âge de 65 ans, au-delà duquel la survenue d'un AVC est statistiquement majorée (Santé Publique France, 2019). Cet âge, correspond plus particulièrement au moment du passage à la retraite qui était en moyenne à 62,6 ans en 2021 (Institut National de la Statistique et des Études Économiques, 2023).

Il existe trois formes d'AVC :

1. L'accident vasculaire cérébral ischémique (AVCI) « survient lorsqu'un caillot **obstrue** un vaisseau irriguant le cerveau en sang. L'artère se rétrécit ou se **bouche**, coupant le flux sanguin » [traduction personnelle] (American Heart Association, 2019). « La cause principale est l'athérosclérose : c'est un dépôt de cholestérol sur les parois des artères. Ces dépôts durcissent progressivement et forment des plaques d'athérome qui rétrécissent les artères et favorisent la formation du caillot » (Assurance Maladie, 2023). L'AVCI est l'AVC le plus fréquent, il représente **80 %** des AVC ;
2. L'accident vasculaire cérébral hémorragique (AVCH) « se produit lorsqu'un vaisseau sanguin éclate dans le cerveau [...] la **rupture** empêche les zones environnantes du cerveau d'obtenir l'oxygène dont elles ont besoin » [traduction personnelle] (American Heart Association, 2019). « La cause principale des AVCH est une tension artérielle élevée » (Assurance Maladie, 2023). L'AVCH représente **20 %** des AVC ;

3. Les accidents vasculaires transitoires (AIT) « produisent des symptômes similaires à ceux d'un AVC, mais durent moins longtemps » [traduction personnelle] (American Heart Association, 2019). Dans ce mémoire nous n'allons pas traiter des AIT puisque leur récupération est spontanée, et qu'il est rare de rencontrer des difficultés dans la vie quotidienne après un AIT. Cependant, il semble important de noter que l'AIT est un facteur prédictif d'un potentiel futur AVC plus conséquent (Assurance Maladie, 2023).

I.2 Symptômes après un AVC

À la suite des AVC définis ci-dessus, il est fréquent d'observer des séquelles motrices, cognitives et sensorielles.

Au niveau moteur, il est possible de retrouver, selon l'American Heart Association (2019) :

- Une faiblesse ou paralysie d'un côté du corps (hémiparésie) ;
- De la spasticité ;
- Des difficultés à avaler ;
- Des troubles de l'équilibre ;
- Des troubles de la vision ;
- Une fatigue ;
- Des douleurs (motrices du fait de la conservation d'une position antalgique par anticipation d'une augmentation vive de douleur sur fond d'une douleur permanente).

Au niveau cognitif, il est fréquent de retrouver des troubles (Urbanski et al, 2017) :

- Des fonctions exécutives (organisation, planification, flexibilité) ;
- De la mémoire (amnésie rétrogradant, amnésie antérograde) ;
- Du comportement (inhibition) ;
- D'attention (héminegligence, attention divisée, attention soutenue) ;
- De la fatigue.

Au niveau sensoriel, d'après Bleton (2001 & 2008) d'une part et Enjalbert (1997) d'autre part :

- La douleur. Sa perception peut être diminuée au point de ne pas percevoir un danger. Au contraire, l'hyperpathie est une perception pénible et désagréable d'une stimulation normalement indolore portée sur l'hémicorps atteint ;
- L'afférence visuelle. Elle est indispensable dans le programme moteur de rééducation. D'où la recherche systématique d'hémianopsie latérale homonyme (HLH) ;
- L'afférence vestibulaire. Elle joue un rôle privilégié dans la posture et l'équilibre ;
- Les afférences cutanées. Elles sont multiples. Les récepteurs de la sensibilité thermoalgique, les récepteurs à la pression et à l'effleurement ;

- Les afférences articulaires. Notamment kinesthésie et statesthésie ;
- Les afférences musculaires. Leur rôle dans la sensibilité proprioceptive est essentiel (même si c'est bien l'ensemble des récepteurs cutanés, articulaires et musculaires qui contribuent au contrôle du mouvement, en collaboration étroite avec l'œil et le vestibule).

I.3 Risques de comorbidités

Les symptômes de l'AVC ne sont pas l'unique conséquence. « Les patients qui ont été victimes d'un premier AVC doivent faire face à divers risques pour la santé. Un suivi est particulièrement important pour les prévenir ou les dépister à temps » (INSERM, 2017).

À la suite d'un AVC, la survenue d'un nouvel AVC ou d'un infarctus du myocarde est plus fréquente. Cependant il existe d'autres risques à dépister selon l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) :

- « La **dépression**, qui survient chez environ **30 %** des patients dans l'**année suivant l'AVC**. Elle va non seulement altérer la qualité de vie du patient, mais aussi sa capacité à récupérer de l'AVC » ;
- « Le **déclin cognitif**, mineur ou plus sévère (démence vasculaire). Le risque de développer une démence est multiplié par cinq après un AVC et il est étroitement lié à l'âge du patient au moment de l'AVC » ;
- « Des **troubles de la marche et de l'équilibre**. En dehors du contexte évident du patient hémiparétique ou ataxique, les troubles de la marche et de l'équilibre sont aussi d'origine multifactorielle, très fréquents après un AVC, et doivent être recherchés car ils sont associés à un risque élevé de chute » ;
- « Des **crises d'épilepsie** liées à la cicatrice cérébrale de l'AVC et qui imposent la mise en place d'un traitement spécifique, généralement efficace ».

I.4 Accompagnement (hospitalier, rééducation, réadaptation)

La brutalité de l'évènement, qui donne à juste titre son nom d'accident à l'AVC, nécessite le plus souvent l'intervention de structures coordonnées pour limiter les dégâts puis aider le patient à s'en remettre.

A. Parcours de soin hospitalier

Dans le spectre qui nous concerne de l'ergothérapie, il est important de comprendre l'accompagnement des personnes souffrant d'un AVC, puisque c'est durant cet accompagnement que les ergothérapeutes vont intervenir.

Tout d'abord, « la prise en charge rapide des patients ayant un AVC nécessite que les symptômes de l'AVC soient connus par la population générale et plus particulièrement par les patients ayant des facteurs de risque ou antécédents vasculaires, ainsi que par leur entourage ». Cette connaissance permet d'alerter les secours le plus rapidement possible. Une équipe préhospitalière va alors prendre en charge le patient pour le conduire à l'hôpital. Elle va utiliser la méthode FAST. C'est « un moyen simple de se rappeler comment reconnaître un AVC et quoi faire faire » [traduction personnelle] (American Heart Association, 2019). Chaque lettre a sa signification que la haute autorité de santé (HAS) rappelle ainsi.

- **F : Face (visage)** : le visage paraît-il inhabituel ? => Demander à la personne de sourire ;
- **A : Arm (bras)** : un des bras reste pendant ? => Demander à la personne de lever les deux bras ;
- **S : Speech (parole)** : la personne parle bizarrement ? => Demander de répéter une phrase simple ;
- **T : Time (durée, dans le sens d'urgence)** : si vous observez un de ces symptômes, appelez les secours immédiatement.

L'équipe préhospitalière va également utiliser « l'échelle NIHSS (*National Institute of Health Stroke Scale*) et évaluer la sévérité de l'AVC » (Haute Autorité de Santé, 2009) puis effectuer le transport jusqu'à l'hôpital avec le plus de précautions possibles.

Une fois arrivé à l'hôpital, dans l'idéal, « le patient est adressé vers un établissement disposant d'une unité neuro-vasculaire (UNV) » (Haute Autorité de Santé, 2009). En UNV, le patient est accueilli en urgence, 24 heures sur 24 et 365 jours par an, pour un bilan clinique, radiologique et biologique avant un traitement administré selon les indications (APHP, 2017). Des tests d'imagerie par résonance magnétique (IRM) seront alors réalisés afin « d'examiner l'apparence du cerveau, son fonctionnement et son apport sanguin. Ils peuvent identifier la zone cérébrale blessée » [traduction personnelle] (American Heart Association, 2019). L'accompagnement hospitalier est différent selon le type d'AVC mais, dans tous les cas, la rapidité de prise en soin est importante : passé un certain délai, certains traitements moins invasifs ne sont plus possibles (APHP, 2017).

L'annexe 1 présente un algorithme de prise en charge précoce des patients ayant un AVC.

B. Parcours de soin en SMR

Après le parcours de soin hospitalier, les personnes bifurquent vers les services de soins médicaux et de réadaptation (SMR), anciennement appelés soins de suite et de réadaptation. Leur champ de compétences est large : d'après l'article R6123-121 du Code de la Santé Publique, les SMR peuvent exercer selon les modalités et mentions suivantes : polyvalent, gériatrie, locomoteur, **système nerveux**, cardio-vasculaire, pneumologie, système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition, brûlés,

conduites addictives, pédiatrie et cancers (Légifrance, Article R6123-121 du code de la santé publique, 2024).

Grâce à leurs compétences multiples, « les unités de SMR aident les patients à retrouver leur autonomie après une intervention chirurgicale, une hospitalisation prolongée, un accident de la vie ou dans le cadre d'une maladie chronique invalidante » (Société Anonyme LNA SANTÉ, 2024). D'ailleurs, légalement, « l'activité de soins médicaux et de réadaptation a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, déficiences et limitations d'activité, soit dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques, soit en amont ou dans les suites d'épisodes de soins aigus, que ces conséquences soient physiques, cognitives, psychologiques ou sociales » (Légifrance, Article R. 6123-118 du code de la santé publique, 2024).

Plus concrètement, un SMR est composé d'une équipe de rééducation, d'une équipe sociale et d'une équipe médicale. L'équipe de rééducation est généralement composée de kinésithérapeutes, d'ergothérapeutes, de neuropsychologues, d'enseignants en activité physique adaptée, d'orthophonistes et, parfois, de psychomotriciens. L'équipe sociale est composée d'assistantes sociales. L'équipe médicale est composée de médecins généralement spécialisés médecine physique et de réadaptation (MPR), d'infirmiers et d'aides-soignants. Il y a également des psychologues qui travaillent en SMR.

La **rééducation** en SMR peut se définir comme une aide apportée au patient pour trouver « le meilleur potentiel de ses moyens physiques, cognitifs et psychologiques. L'objectif est, autant que possible, la restitution intégrale de l'organe lésé ou le retour optimal à sa fonction » (FHP Syndicat des Soins de Suite et de Réadaptation, 2010). « Si les limitations des capacités du patient s'avèrent irréversibles, les SMR assurent la **réadaptation** du patient. Le but est de lui permettre de s'adapter au mieux à ses limitations et à pouvoir les contourner autant que possible » (FHP Syndicat des Soins de Suite et de Réadaptation, 2010). « La réadaptation et le soutien peuvent grandement influencer l'état de santé et le rétablissement de la personne ayant subi un AVC » [traduction personnelle] (American Heart Association, 2019).

Rééducation et réadaptation sont importantes puisque « pendant les trois premiers mois suivant un AVC, le cerveau ressemble beaucoup à un nouveau cerveau. Il est prêt à établir de nouvelles connexions » [traduction personnelle] (American Heart Association, 2019). C'est ce que l'on appelle la neuroplasticité. Elle joue un rôle essentiel dans les mois suivant l'accident.

C'est-à-dire qu'à la suite d'un AVC, la rééducation doit être commencée le plus précocement possible. « Les conséquences d'un AVC peuvent être importantes et handicapantes » (Santé Publique France, 2019). La rééducation aide les patients à lutter contre ces difficultés.

Ensuite, « à l'issue des séjours de SMR, plus des deux tiers des personnes de plus de 70 ans regagnent leur domicile ou intègrent un substitut de domicile » (Von Lennep, 2015). « La rééducation

peut être poursuivie au-delà des six mois après un AVC si nécessaire. Elle fait appel aux professionnels kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute et a, le plus souvent, lieu en cabinet libéral. Une rééducation courte et intense en milieu hospitalier est parfois nécessaire » (Assurance Maladie, 2023). Le suivi médical après le retour à domicile est assuré par le « médecin traitant en collaboration avec d'autres professionnels de santé » (Assurance Maladie, 2023).

C. Place de l'ergothérapeute

L'ergothérapeute est le spécialiste entre l'activité et la santé. Il mène des actions d'une part pour prévenir et modifier les activités délétères pour la santé et, d'autre part, pour assurer l'accès des individus aux occupations qu'ils veulent faire par un accomplissement visant la sécurité, l'autonomie, l'indépendance et l'efficacité.

L'ergothérapeute peut intervenir en UNV comme en SMR (APHP, 2017). Dans ce mémoire, il sera question de la prise en soin en SMR. Mais compte tenu du rôle primordial des UNV exposé plus haut (en A.), il convient de développer un peu ce qui s'y passe, en amont des SMR.

Le rôle de l'ergothérapeute en UNV est de prévenir des complications cutanées, trophiques, orthopédiques et des douleurs (installation au lit et au fauteuil), d'évaluer les déficits, les répercussions fonctionnelles et les situations de handicap (bilan cutané, trophique, douleur, moteur, sensibilité, cognitif, préhensions, évaluation des récupérations dans les activités de la vie quotidienne), d'entretenir et de développer les capacités neuromotrices, cognitives et fonctionnelles (rééducation précoce par mobilisations actives et passives, stimulation sensitivomotrice par le biais de geste fonctionnels, etc.), et enfin d'intégrer les acquis dans les activités de la vie quotidienne et/ou les suppléer afin de favoriser l'indépendance du patient (mise en situation écologique dans les activités de la vie quotidienne).

Ainsi, en SMR, l'ergothérapeute peut s'appuyer sur une progression déjà en cours. Il « commence son suivi en évaluant les limitations de la personne, ses habilités, ses intérêts et son niveau d'autonomie dans la réalisation de ses activités quotidiennes » (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2009). Au début de l'accompagnement d'une personne au stade post-AVC, l'ergothérapeute « vise la récupération maximale des fonctions atteintes et enseigne à la personne comment exploiter ses capacités pour réaliser ses activités de la vie quotidienne » (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2009). Au besoin, l'ergothérapeute peut proposer des aides pour « faciliter l'exécution de certaines activités telles que l'habillage, l'hygiène personnelle, la préparation des repas, les loisirs, etc. » (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2009). L'ergothérapeute s'occupe aussi des aménagements du domicile pour « faciliter l'autonomie et la sécurité de la personne » (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2009). « L'ergothérapeute aide la personne à trouver des ressources dans son quartier : piscine, groupe de loisir, transport adapté, bibliothèque, etc. De la sorte, la personne peut s'adonner à ses activités de loisir correspondant à ses habilités et à ses intérêts » (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2009).

I.5 Impact de l'AVC sur la vie quotidienne

Même après le processus d'accompagnement UNV & SMR, l'AVC, ses symptômes et ses comorbidités entraînent des changements dans la manière de vivre le quotidien.

« La rééducation peut aider à continuer les activités quotidiennes malgré les effets de l'AVC » [traduction personnelle] (American Heart Association, 2019). « Compte tenu des fonctions atteintes lors de l'AVC, la personne pourrait éprouver des difficultés à réaliser la majorité de ses activités : habillage, alimentation, hygiène personnelle, entretien de la maison, loisir, travail, etc. » (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2009). Les difficultés dans la vie quotidienne peuvent être liées aux :

- Activités de toilette (39,4 %), d'habillage / déshabillage (34,3 %) et aux possibilités de couper sa nourriture ou de se servir à boire (31 %) (Santé Publique France, 2012) / annexe 2 ;
- Déplacements : marcher 500 mètres est jugé très difficile ou impossible par la moitié des personnes avec séquelles d'AVC, cette proportion atteignant 69,6 % pour les 75 ans ou plus (Santé Publique France, 2012) ;
- Vies professionnelles : l'AVC peut entraîner de nombreuses difficultés dans les activités de la vie quotidienne ou la reprise d'une activité professionnelle (Santé Publique France, 2019) bien avant le moment de la vie ciblé dans ce mémoire avec les personnes retraitées ;
- Vie sociale : les séquelles les plus fréquentes sont l'hémiplégie et les troubles du langage. D'autres conséquences, moins visibles, peuvent empêcher les patients de retrouver une vie sociale et professionnelle normale, ce sont par exemple les troubles du comportement ou les troubles de l'humeur comme la DPAVC (APHP, 2017) ;

Après un AVC, la personne est incitée à effectuer des « changements d'habitudes de vie, car ils préviennent le risque de récurrence d'AVC ou de survenue d'une autre maladie cardio-vasculaire » (Assurance Maladie, 2023). Cela implique de modifier ses habitudes alimentaires, son éventuelle consommation de tabac ou d'autres drogues (alcool, substances illicites, etc.) ainsi que d'apprendre à réaliser une activité physique adaptée à ses capacités. Ceci sollicite les capacités d'adaptation de la personne qui sera en difficulté du fait de la présence de troubles tel que le syndrome dysexécutif.

I.6 Participation sociale et AVC

L'impact sur la vie quotidienne personnelle impacte aussi l'environnement de l'individu, l'être humain étant par nature un animal social.

En ce sens, la notion de participation sociale revêt une importance particulière. Elle se définit comme « la réalisation des habitudes de vie, c'est-à-dire les activités de la vie courantes et les rôles sociaux d'une personne ».

La participation sociale des personnes ayant fait un AVC est logiquement impactée puisqu'il touche la vie quotidienne. De fait, c'est aussi un « élément fondamental du processus de récupération post-AVC » [traduction personnelle] (Hilari & Northcott, 2006). « La restriction de la participation sociale du patient est liée à la gravité de l'AVC et aux séquelles limitant les activités, en particulier la mobilité » (Daviet, Compagnat, Bernikier & Salle, 2022). Effectivement « la participation moyenne des sujets post-AVC est significativement inférieure à celle de la population » (Adoukonou, Kossi, Yamadjako & Agbétou, 2018). Les sujets ayant fait un AVC participent fortement aux situations les plus faciles telles que comprendre un geste d'au revoir, choisir les occupations en fonction de ses capacités physique et ne participent pas du tout aux situations les plus difficiles telle que s'engager dans une association de quartier (Adoukonou, Kossi, Yamadjako & Agbétou, 2018).

L'étude *social support in people chronic aphasia*, montre que 30 % des personnes souffrant d'une aphasie liée à un AVC expriment ne plus avoir de contact extérieur à leur famille proche. Côté enquête, 63,9 % des participants expriment avoir moins de contacts avec leurs amis. L'étude montre que la plupart des participants gardent contact avec leur famille proche mais pas avec leurs amis (Hilari & Northcott, 2006). « Le soutien des proches est primordial, permettant une meilleure participation sociale, mais il peut conduire à un épuisement, la dépendance du patient pouvant être vécue comme un fardeau » (Daviet, Compagnat, Bernikier & Salle, 2022). Les interventions à domicile, les actions, plus écologiques et mieux adaptées au milieu de vie et à l'environnement permettent d'agir sur la participation sociale et le fardeau de l'aidant » (Daviet, Compagnat, Bernikier & Salle, 2022).

Si la cascade des difficultés faisant suite à un AVC mène inexorablement à une perturbation sociale. Alors qu'en est-il des personnes qui effectuaient déjà des changements sociaux dans leur vie au moment de l'AVC ? Qu'est-ce que cela ajoute ? Quelles conséquences pour leur accompagnement ?

II. LA PERSONNE RETRAITÉE

Le cas des personnes prenant leur retraite est d'autant plus intéressant à cibler vis-à-vis des changements sociaux que cette transition représente, car elle intervient à un âge de plus grande prévalence des AVC. Et l'on peut se demander si le cumul de ces deux bouleversements sociaux (passage à la retraite et conséquences de l'AVC) nécessite ou non une vigilance particulière de la part des soignants, et si oui, laquelle ?

II.1 Le passage à la retraite

La fin de la carrière professionnelle est source de questionnements sur la place que le travail a pris dans le quotidien. Le travail est source de sécurité, d'organisation temporelle, de liens sociaux. Il définit l'identité sociale et professionnelle de la personne (Blanché, 2022).

Les personnes en activités désirent partir à la retraite pour en profiter le plus possible. C'est du moins la motivation principale de départ à la retraite pour 80 % d'entre eux (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, 2022). La Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) indique aussi que la motivation inverse, celle qui consiste à rester en activité, est principalement due à des préoccupations financières. On reconnaît là une forme d'attente de la part des personnes vivant cette transition d'une vie active à celle de retraité.

« L'interruption de la vie active peut prendre des formes différentes comme la réalisation de soi grâce à du temps retrouvé, une nouvelle implication dans la vie familiale mais, à l'inverse, **peut prendre la forme d'une perte de situation sociale**, de revenu, de responsabilité, de statut avec sa reconnaissance, d'objet affectif » (Bourrellis & Bazerolles, 2012). Les modalités de départ à la retraite impactent celles-ci. « Lorsque le départ à la retraite est désiré, choisi et anticipé, il peut constituer un grand soulagement, en permettant d'échapper à des contraintes douloureuses dues à des conditions de travail difficiles, à des exigences de performance ou à de folles accélérations des rythmes, à la lassitude et au manque de reconnaissance » (Blanché, 2022). Lorsque la retraite est subie comme une obligation ou une punition, le sentiment d'inutilité, de négation identitaire, risque de l'emporter et de provoquer des projets de vie en totale rupture avec la vie d'avant, ou bien la recherche d'impossibles transformations » (Blanché, 2022). Lorsque la retraite est subie, les personnes retraitées sont à risque d'isolement et de solitudes (Blanché, 2022).

« Ces bouleversements demandent des capacités d'adaptation, ce qui peut entraîner lorsque l'on n'y est pas préparé, isolement, démoralisation, anxiété, **dépression**, voire détérioration physique » (Bourrellis & Bazerolles, 2012).

II.2 La retraite

Dans notre société, la retraite est communément liée au vieillissement. Le Larousse® définit le vieillissement comme un « affaiblissement naturel des facultés physiques et psychiques dû à l'âge » (Larousse, 2024). « Le vieillissement est un processus constant débutant à la naissance dont l'investigation requiert l'étude des pertes et des gains de l'individu tout au long de sa vie » (Bourrellis & Bazerolles, 2012).

D'après Bourrellis et Bazerolles, les personnes avançant en âge vivent une **fragilisation motrice, sensorielle et neuropsychologique**. Les sens perdus, tels que ceux de l'équilibre, de la vue ou de l'ouïe, provoquent de multiples difficultés dans les activités et les relations humaines. Les personnes se désinvestissent progressivement par peur du danger ; et la vieillesse, en tant que polypathologie, prive donc progressivement les personnes de leurs moyens.

« La probabilité de présenter des déficiences ou des maladies va augmenter, ce qui restreindra encore davantage leurs performances et les entraînera vers des visites médicales répétées, voire des hospitalisations » (Bourrellis & Bazerolles, 2012).

La qualité de vie de la personne âgée est impactée puisqu'il y a une diminution de l'implication dans ses activités de la vie quotidienne.

II.3 Ergothérapie et vieillissement : place et rôle

En temps normal déjà, sans faire de rapprochement spécifique avec l'AVC, l'ergothérapeute tient un rôle auprès des personnes âgées. « L'ergothérapie, en tant que pratique basée sur le développement de la performance dans les activités, est une réponse essentielle aux problèmes de la personne âgée et de son entourage » (Bourrellis & Bazerolles, 2012). L'ergothérapeute n'agit pas seul, il est entouré d'une équipe pluridisciplinaire. L'ergothérapeute se retrouve dans différents lieux tels que les équipes mobiles de gériatrie, les SMR gériatrique, etc.

L'ergothérapeute peut (Bourrellis & Bazerolles, 2012) :

- « Conseiller et participer à la prévention primaire des personnes âgées encore indépendantes et autonomes » ;
- « Définir avec la personne un plan d'aide individualisé, visant la compensation des situations de handicap, dans le respect des habitudes de vie de la personne et de son projet personnel » ;
- Évaluer, rééduquer, réadapter, réinsérer les personnes âgées ;
- « Chercher à apporter des solutions, soit pour préserver l'autonomie de la personne, soit pour faciliter l'intervention d'un aidant familial ou professionnel » ;
- « Créer un cadre qui permettra à la personne âgée de trouver ou retrouver la possibilité et le plaisir d'agir et de partager » ;
- « Viser une amélioration de la qualité de vie de la personne âgée en prenant en compte son environnement humain et matériel ».

II.4 Participation sociale des jeunes personnes retraitées

La question de la participation sociale des personnes âgées est en enjeu sociétal actuel, et prend différentes formes d'essor : AgréÂge™ se décrit comme « le 1^{er} site dédié aux loisirs des personnes âgées » (AgréÂge, 2024). Sur son site internet, nous retrouvons différentes catégories comme les activités culturelles à domicile, les activités physiques, les jeux de société, le jardinage/bricolage, la lecture, les accompagnements en sortie, etc. Dans chacune des rubriques, on retrouve différentes activités proposées partout en France et permettant de faciliter l'accès aux loisirs pour les personnes âgées.

Comme détaillé en annexe 3, c'est entre 65 et 74 ans que le taux de participation bénévole dans les associations est maximal, à 27 % (Institut Nationale de la Jeunesse et de l'Éducation Populaire, 2020).

En 2011, en France, « parmi les personnes âgées de 75 ans ou plus, **une sur cinq n'est pas devenue grand-parent**, soit parce qu'elle n'a pas eu d'enfant (14 %), soit parce que ses enfants n'en ont pas eu (6 %) » (Institut National de la Statistique et des Études Économiques, 2013). Les personnes âgées jouent un rôle social par leur qualité de grand-parent. « Les femmes deviennent grand-mères à 54 ans en moyenne et les hommes grands-pères à 56 ans. Après 75 ans les grands-parents ont en moyenne 5,2 petits-enfants » (Institut National de la Statistique et des Études Économiques, 2013). Une partie de la population de jeunes retraités sont donc grand-parent.

III. DÉPRESSION, AVC & RETRAITE

Nous l'avons vu plus haut, la dépression post-AVC est le premier risque de comorbidité de l'AVC (INSERM, 2017). Il serait alors intéressant de définir celle-ci et de comprendre son impact sur les habitudes de vie et la participation sociale des personnes. Ainsi, nous y verrons peut-être plus clair au sujet de l'interaction entre les points communs que le passage à la retraite entretient avec les conséquences de l'AVC.

III.1 La dépression post-AVC : explication

Les diverses études qui étayent cette partie III s'accordent à conclure que la dépression post-AVC (DPAVC) est une réalité. La différence entre les études se trouve dans la méthode employée, notamment dans les échelles d'évaluations (Montgomery et Asberg, Hamilton, Beck, etc.) permettant le diagnostic de la dépression. Dans la plupart des études parcourues, les personnes ayant une aphasie étaient exclues. La difficulté de communication avec ce public peut expliquer ce critère d'exclusion.

« La dépression post-AVC pourrait être définie comme une dépression survenant dans le contexte d'un AVC cliniquement apparent et constitue la complication psychiatrique la plus fréquente des lésions vasculaires cérébrales » [traduction personnelle] (Lenzi, Altieri & Maestrini, 2008).

« L'AVC est la maladie neurologique qui expose le plus au risque de dépression » (Capron, 2015). « La dépression est la complication neuropsychiatrique non cognitive la plus fréquente des AVCI » (Khawla et al, 2022). Entre 20 % et 70 % des patients souffrent d'une DPAVC¹. « Les sujets atteints d'AVC souffraient majoritairement de dépression modérée (environ 50 %) » (Mbelesso et al, 2014). Les études comparatives de la DPAVC et de la population montrent que la dépression est plus intense chez les personnes post-AVC.

L'apparition de la DPAVC se caractérise par sa survenue précoce et ses différents symptômes. En effet « la dépression survient précocement. Elle s'explique par le stress lié au séjour hospitalier, le caractère imprévu de l'installation du déficit, le désarroi et la grande inquiétude qui entourent le patient et ses proches » (Ossou-Nguet, Mouanga & Ngouma Youmbert, 2017). « Il a été montré que six symptômes peuvent être attribués à une dépression chez un patient ayant présenté un AVC : l'humeur dépressive, la perte d'appétit, les idéations suicidaires, le ralentissement psychomoteur, l'anxiété et la fatigue » (Capron, 2015).

¹ Chiffres variables selon les études. L'INSERM par exemple, annonçait en 2017 que 30 % des personnes ayant fait un AVC souffraient de dépression associée.

III.2 Corrélation physiologique entre AVC et dépression

Certaines études mettent en évidence un lien entre la localisation de l'AVC et la DPAVC. D'autres études montrent qu'il n'y a aucune corrélation entre les deux. Concernant les liens éventuels montrés par les premières :

- La dépression pourrait être liée aux mécanismes provoquant l'AVC, par l'existence d'un lien fort entre la dépression et l'athérosclérose symptomatique (Capron, 2015) ;
- L'AVC pourrait être responsable de la dépression par le biais de mécanismes inflammatoires ou d'altérations de la neuroplasticité secondaire à la nécrose tissulaire cérébrale (Capron, 2015) ;
- La localisation de la lésion dans l'hémisphère droit pourrait avoir un impact sur la dépression (Lenzi, Altieri & Maestrini, 2008). Sachant que la latéralisation hémisphérique ne serait pas un facteur prédictif de la survenue de cette complication (Khawla et al, 2022) ;
- Il est possible que la dépression soit en lien avec un déficit neurologique, comme chez un patient souffrant de problèmes neuropsychiatriques qui peuvent être causés par un déficit neurologique (Starksteina & Lischinskyb, 2002).

III.3 Classifications des DPAVC

Il existe différents pronostics de la DPAVC (Lenzi, Altieri & Maestrini, 2008) [traduction personnelle] :

- La **dépression avec une rémission spontanée** qui survient la semaine suivant l'AVC. Cette dépression est principalement liée au **stress** de l'hospitalisation ;
- La **dépression plus "chronique"** avec un « taux de guérison spontanée faible ». Elle survient plus tardivement et **impacte la rééducation et la réadaptation**.

Les études ont du mal à articuler les liens entre le type d'AVC, la survenue de dépressions et leur modalité d'expression. Il serait intéressant d'avoir des études plus spécifiques sur les différentes formes de DPAVC ainsi que de leur impact sur les habitudes de vie de la personne.

III.4 Les facteurs de gravité

Les facteurs de gravités sont variables. Mais selon les études, les plus fréquents sont : les antécédents d'AVC, les antécédents de dépression, la gravité de la **déficience cognitive et fonctionnelle**. Certaines études repèrent l'existence d'une corrélation entre le faible niveau d'éducation et la gravité de la dépression.

D'après *post stroke depression (2008)* : « les facteurs de risques sont constitutionnels (sexe féminin), cliniques (antécédant d'AVC, épisode dépressif ou psychiatrique antérieur, déficience cognitive), fonctionnels (gravité du handicap), environnemental (personnalité névrotique prémorbide et **isolement social**) et biologique (antécédents familiaux de dépression) » [traduction personnelle] (Lenzi,

Altieri & Maestrini, 2008). Les facteurs liés au sexe ne sont pas si affirmés : « nous n'avons pas trouvé de corrélation entre la sévérité du symptôme dépressif et l'âge de survenue, le sexe, l'état matrimonial et l'hémicorps déficitaire » (Younes-Mhenni, Daoussi & Mokni, 2012).

Il existe en revanche une corrélation nette entre la sévérité du symptôme de la dépression et celle de l'AVC : « plus le handicap initial est sévère plus la DPAVC est forte » (Capron, 2015).

III.5 L'accompagnement

L'accompagnement de la DPAVC est compliqué. « Malgré la multitude d'études en matière de DPAVC, la prise en charge thérapeutique reste mal codifiée et manque de consensus » (Younes-Mhenni, Daoussi & Mokni, 2012). La DPAVC « influence négativement la récupération physique, cognitive et sociale » (Mbelesso et al, 2014). Nous pouvons donc supposer que la rééducation et la réadaptation post-AVC sont plus difficiles du fait d'une récupération impactée par la dépression. « Il est important d'identifier et de traiter la dépression post-AVC dès que possible. Non traitée, elle peut entraîner une hospitalisation plus longue et limiter la récupération fonctionnelle [traduction personnelle] (American Heart Association, 2019).

La question du traitement médicamenteux est un enjeu dans la DPAVC puisque « chez 74,5 % des sujets déprimés, l'état dépressif avait nécessité un traitement qui n'a pas été approprié dans 95 % des cas » (Mbelesso et al, 2014). Cela peut s'expliquer par « une fréquence élevée de contre-indications, des effets indésirables, et des interdictions médicamenteuses chez les personnes âgées » [traduction personnelle] (Lenzi, Altieri & Maestrini, 2008). Les médicaments pour traiter la dépression sont donc pour la plupart contre-indiqués. Il semble important que les personnes ayant une DPAVC soient suivies par les professionnels adéquats. Pour cela, il semble important qu'un suivi social et psychologique soit mis en place. « L'opinion subjective des patients suggère que la récupération de leur autonomie serait à leurs yeux aussi importante que l'obtention d'un meilleur soutien social » (Khawla et al, 2022). « Un traitement précoce et efficace de la dépression peut avoir un effet positif non seulement sur les symptômes dépressifs, mais également sur les résultats de la réadaptation » [traduction personnelle] (Lenzi, Altieri & Maestrini, 2008).

Il faut aussi souligner l'importance du rôle de l'entourage dans l'accompagnement des personnes post-AVC. Les possibilités de mobilisation et de soutien des proches sont des ressources à évaluer et à rechercher car « la dépression est à l'origine d'une plus grande dépendance à l'entourage » (Charfi et al, 2017).

III.6 DPAVC et participation sociale

« La dépression est une complication fréquente après un AVC. Elle influence négativement la récupération physique, cognitive et sociale » (Mbelesso et al, 2014).

La dépression est « un facteur de pronostic déterminant étant donné qu'elle impacte la récupération fonctionnelle, laquelle influence la qualité de vie » (Charfi et al, 2017). **Il y a donc une corrélation entre la présence d'une dépression et la mauvaise qualité de vie après un AVC.** « La qualité de vie est fortement corrélée à l'indépendance fonctionnelle, à la persistance de l'hémiplégie et à l'humeur dépressive » [traduction personnelle] (Laurent et al, 2011).

L'étude *assessment of quality of life in stroke patients with hemiplegia* met en évidence l'impact du syndrome dépressif sur la satisfaction de la qualité de vie deux ans après un AVC (Laurent et al, 2011). Cette étude montre également que la DPAVC impacte significativement « la vie dans son ensemble, l'indépendance, les loisirs, le contact avec des amis, la santé physique et la santé psychologique » [traduction personnelle] (Laurent et al, 2011). Il est probable qu'il y ait un lien entre le contact avec les amis ou au sein des loisirs et la participation sociale des personnes souffrant d'une DPAVC. La satisfaction à l'égard des loisirs et du contact est influencée par la situation géographique (milieu rural/urbain), et de la durée d'hospitalisation (Laurent et al, 2011).

Pour ces raisons, il est important de mettre en lien la DPAVC et la personne retraitée. Les AVC, nous l'avons vu, touchent généralement les personnes de plus de 65 ans (Santé Publique France, 2019). Avec cet âge débutent les risques accrus de comorbidités, mais aussi une nouvelle vie de retraité².

La DPAVC, et donc son impact sur la participation sociale, semble assez indépendante de l'éventuelle dépression qui surviendrait au passage de la vie active à celle de retraité. Puisque l'importance de la DPAVC semble davantage liée à la gravité de l'AVC (Capron, 2015). Cela signifie que l'impact sur la participation sociale de la DPAVC **s'ajoute** à l'impact sur la participation sociale du passage à la retraite.

Et en même temps, l'importance de la DPAVC augmente avec certains terrains – comme l'isolement social, la déficience fonctionnelle (Lenzi, Altieri & Maestrini, 2008) ou la fragilisation neuropsychologique (Bourrellis & Bazerolles, 2012) – que l'on peut retrouver chez certaines personnes prenant leur retraite. Cela signifie que l'impact sur la participation sociale de la DPAVC **peut être amplifié** par l'impact sur la participation sociale du passage à la retraite.

² L'âge moyen de passage à la retraite était de 62,6 ans en 2021 (Institut National de la Statistique et des Études Économiques, 2023)

Dans cette grande partie du mémoire dédiée au cadre exploratoire, nous avons étudié l'impact de la participation sociale lié à l'AVC, à la dépression post-AVC et à la personne retraitée. La participation sociale est tellement importante chez les jeunes retraités, qu'il est possible d'en analyser un vaste panel de marqueurs. Par exemple, c'est entre 65 et 74 ans que le taux de participation bénévole dans les associations est maximal (Institut Nationale de la Jeunesse et de l'Éducation Populaire, 2020). À travers cet exemple, on comprend que si les jeunes retraités s'investissent dans une association, c'est qu'une nouvelle habitude de vie demandant des capacités d'adaptation et d'apprentissage est en train d'émerger. Il peut donc être encore plus difficile pour un jeune retraité souffrant d'une dépression post-AVC de s'investir dans sa vie sociale.

PROBLÉMATIQUE

IV. PROBLÉMATIQUE

Le cadre exploratoire a permis de voir que la participation sociale était affectée à la suite d'un AVC tout comme lors du passage à la retraite. Un pont entre ces deux bouleversements sociaux existe, à travers la DPAVC qui peut être ajoutée à la transition de la vie active à la vie de retraité et/ou amplifiée par elle (cf. page 17).

À la suite des recherches bibliographiques effectuées, je me suis naturellement questionnée sur la participation sociale des personnes souffrant d'une dépression post-AVC. La problématique est donc la suivante :

De quelles manières l'ergothérapeute améliore la participation sociale des personnes retraitées souffrant d'une dépression post accident vasculaire cérébral ?

Dans la suite de ce mémoire, vous trouverez la partie conceptuelle qui est composée de l'explication du concept de "participation sociale", ainsi que d'un modèle conceptuel associé et appelé "Modèle de Développement Humain - Processus de Production du Handicap" (MDH-PPH).

CADRE CONCEPTUEL

V. CONCEPT

La participation sociale est le concept phare qui ressort du cadre exploratoire et de la problématique du mémoire. Il convient donc d'en explorer les contours et un modèle qui s'y rattache.

V.1 Modèle conceptuel

A. MDH-PPH

Le Modèle de Développement Humain - Processus de Production du Handicap (MDH-PPH) est un modèle conceptuel intégrant le terme de participation sociale. Il a été créé en 1998. « C'est un modèle conceptuel qui vise à documenter et expliquer les causes et les conséquences des maladies, traumatismes et autres atteintes à l'intégrité ou au développement de la personne » (Réseau International sur le Processus de Production du Handicap, 2024). Il a été conçu pour « l'ensemble des personnes ayant des incapacités, peu importe la cause, la nature et la sévérité de leurs déficiences et incapacités » (Réseau International sur le Processus de Production du Handicap, 2024). Le MDH-PPH met en lien les facteurs personnels, les facteurs environnementaux et les habitudes de vie qui interagissent ensemble. Dans ce modèle, les facteurs de risques influencent les facteurs personnels. Le schéma du MDH-PPH est en annexe 4.

Le MDH-PPH est composé de différentes parties (Morel-Bracq, 2017) :

- Les facteurs de risques se définissent comme « un élément appartenant à l'individu ou provenant de l'environnement susceptible de provoquer une maladie, un traumatisme ou toute atteinte à l'intégrité ou au développement de la personne » ;
- Les facteurs personnels se définissent comme « plusieurs caractéristiques appartenant à la personne, tels que l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, les systèmes organiques, les attitudes, etc. » Sur le schéma du MDH-PPH (annexe 4) les facteurs personnels sont le résultat de l'interaction entre les systèmes organiques et les aptitudes.
 - Les systèmes organiques se définissent comme « un ensemble de composantes visant une fonction commune, comme le système nerveux ou le système cardiovasculaire » ;
 - Les aptitudes se définissent comme « les possibilités pour une personne d'accomplir une activité physique ou mentale comme les aptitudes liées aux activités intellectuelles ou les aptitudes liées aux comportements » ;
- Les facteurs environnementaux se définissent comme « une dimension sociale qui détermine l'organisation et le contexte d'une société. » Les facteurs environnementaux sont le résultat de l'interaction entre les facteurs facilitateurs et les facteurs obstacles.

- Un facteur facilitateur correspond à un « facteur environnemental qui favorise la réalisation des habitudes de vie lorsqu'il entre en interaction avec les facteurs personnels » ;
- Un facteur obstacle est « un facteur environnemental qui entrave la réalisation des habitudes de vie lorsqu'il rentre en interaction avec les facteurs personnels » ;
- Les habitudes de vie sont « une activité courante (comme les soins personnels) ou un rôle social (comme la vie communautaire) valorisé par la personne ou son contexte socioculturel selon les caractéristiques (l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, etc.). Elle assure la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence ». Les habitudes de vie sont l'interaction entre les situations de participation sociale et les situations de handicap.
 - « Une situation de participation sociale correspond à la pleine réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux » ;
 - Le MDH-PPH a permis l'arrivée d'un nouveau concept de situation de handicap. Une situation de handicap « correspond à la réduction des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux. » Certaines situations de handicap peuvent disparaître avec l'aide d'interventions de professionnels spécialisés.

B. MDH-PPH2

« En 2010, une bonification du modèle conceptuel du MDH-PPH a été proposée par Patrick Fougeyrollas » (Morel-Bracq, 2017). Voir annexe 5.

Patrick Fougeyrollas « introduit un troisième sous ensemble dans les facteurs personnels à savoir les facteurs identitaires, c'est-à-dire principalement les marqueurs identitaires sociaux » (Morel-Bracq, 2017).

Des précisions ont été apportées dans les facteurs environnementaux avec le *macro*, le *micro*, et le *meso*. Ces ajouts permettent une précision de l'environnement de la personne. « Le domaine conceptuel des facteurs environnementaux se subdivise en trois dimensions : le micro-environnement personnel, qui se réfère au milieu de vie immédiat de l'individu, le méso-environnement communautaire constituant le réseau de connexions entre les environnements immédiats et le macro-environnement sociétal » (Morel-Bracq, 2017).

C. Avantages

Les différentes versions du MDH-PPH présentent des avantages. Tout d'abord ce sont des modèles « reconnus internationalement » (Morel-Bracq, 2017). Ce sont des modèles interprofessionnels, c'est-à-dire « qu'ils constituent un langage commun entre les professionnels de

disciplines différentes » (Morel-Bracq, 2017). Cela favorise la « collaboration interdisciplinaire » (Morel-Bracq, 2017). L'utilisation de ces modèles conceptuels prône une utilisation d'un langage positif. Les modèles conceptuels MDH-PPH et MDH-PPH 2 « **ne sont pas des modèles d'intervention**, ils ont pour finalité de nous aider à analyser la complexité de la situation d'une personne victime d'une maladie, d'une atteinte de son intégrité physique ou de son développement, ou de tout autre problème de santé » (Morel-Bracq, 2017). Ces modèles conceptuels nous permettent d'avoir une image d'une personne pour pouvoir lui apporter les meilleurs accompagnements possibles.

D. Vignette clinique

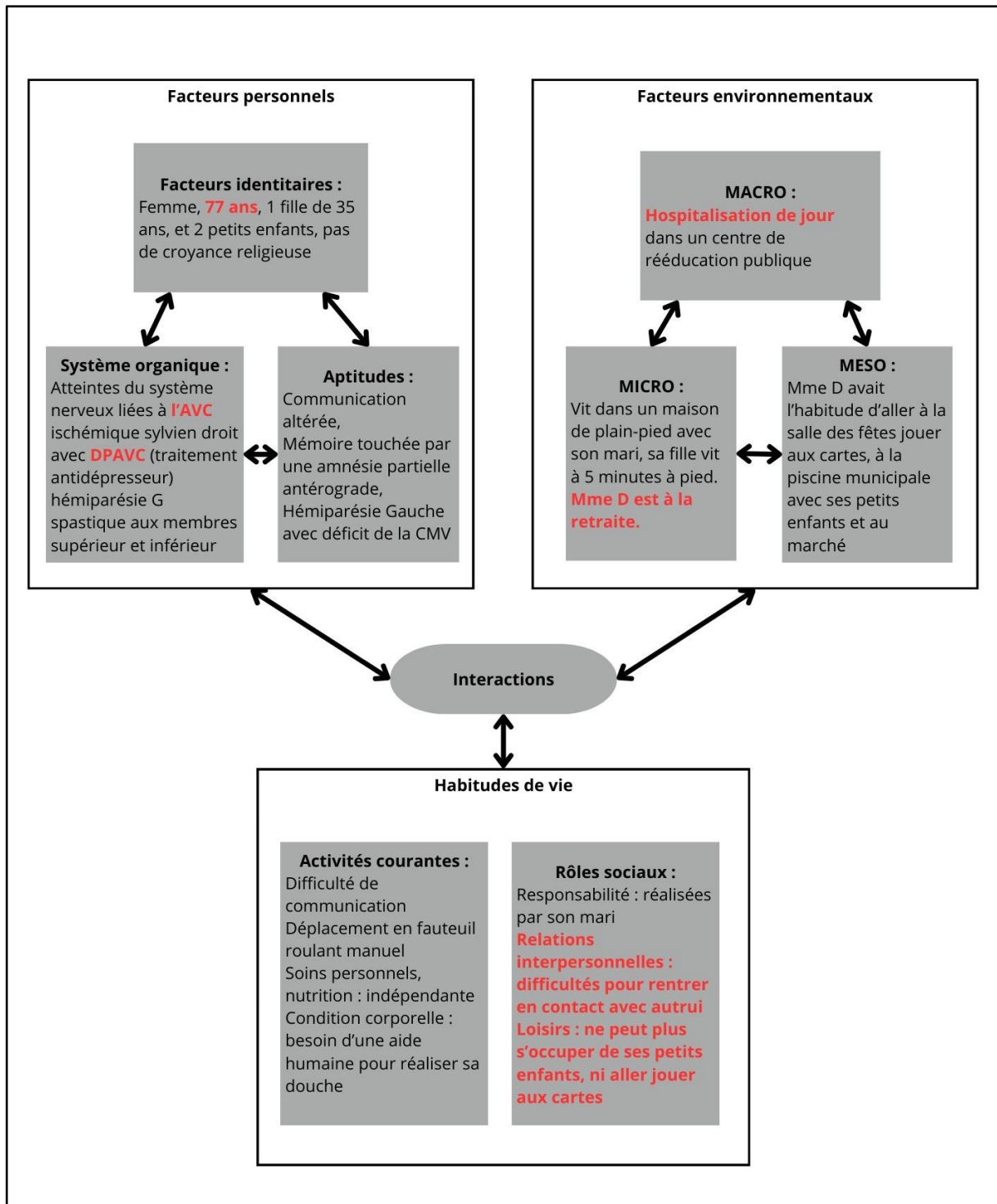


Figure 1 : Adaptation du modèle MDH-PPH-2 à un cas pratique personnellement rencontré lors d'un stage en SMR. En rouge, les éléments importants du présent mémoire.

On remarque qu'il y a des éléments rouges dans chacune des grandes catégories de la figure ci-dessus, d'où l'importance d'utiliser le MDH-PPH 2 au complet.

L'utilisation du MDH-PPH 2 permet une vision d'ensemble de la personne. De plus, grâce à la **mesure des habitudes de vie (MHAVIE)** il est possible d'avoir une vision sur la participation sociale – impactée par la DPAVC et par le passage à la vie de retraité – de la personne et notamment dans ces rôles sociaux.

V.2 Participation sociale

La participation a d'abord été définie selon le modèle conceptuel de la classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé (CIF) créé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2001. « La participation signifie l'implication dans une situation de la vie réelle » (Organisation Mondiale de la Santé, 2001). La CIF définit également le terme de **restriction de participation** : il « désigne les problèmes qu'une personne peut rencontrer pour s'impliquer dans une situation de la vie réelle » (Organisation Mondiale de la Santé, 2001). La CIF ne parle pas de **participation sociale**.

Le MDH-PPH met en évidence des nouveaux termes comme « participation sociale, situation de participation sociale, qualité de participation sociale ». Il définit la participation sociale comme la « réalisation des habitudes de vie, c'est-à-dire les activités de la vie courantes et les rôles sociaux d'une personne » (Fougeyrollas & Noreau, 2014). La définition de la participation sociale du MDH-PPH 2 met en évidence le terme d'**habitude de vie**.

L'habitude de vie « est une activité courante ou rôle social valorisé par la personne ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques. Elle assure la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence » (Fougeyrollas & Noreau, 2014). Cette définition met en valeur les termes d'**activités de la vie courantes** et de **rôles sociaux**. Dans le MDH-PPH 2 les activités de vie courante sont classées selon les catégories : communication, déplacements, nutrition, condition physique et bien-être psychologique, soins personnels et de santé et habitation. Les rôles sociaux sont classés selon les catégories : responsabilité, relations interpersonnelles, vie associative et spirituelle, éducation, travail et loisirs.

Dans le MDH-PPH 2, il y a la notion de qualité de participation sociale et de situation de participation sociale associée à la participation sociale.

« La **qualité** de la participation sociale est le résultat de l'interaction entre les caractéristiques de cette personne et les caractéristiques de son contexte de vie » (Fougeyrollas & Noreau, 2014). « La qualité de participation sociale est un indicateur qui s'apprécie sur un continuum, ou échelle, allant de la situation de participation sociale optimale jusqu'à la situation de handicap complète » (Fougeyrollas & Noreau, 2014). « Une **situation** de participation sociale correspond à la pleine réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités) et les autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux (les facilitateurs et les obstacles) » (Morel-Bracq, 2017).

V.3 Outils de la participation sociale

Dans la littérature, il y a peu d'outil d'évaluation de la participation sociale en ergothérapie.

D'après mes recherches, il y a l'outil d'évaluation de la participation occupationnelle (MOHOST) qui « permet d'évaluer la participation occupationnelle de la personne en parcourant les différents domaines du Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) » (Centre de référence du modèle de l'occupation humaine, 2024).

Il y a également la **mesure des habitudes de vie (MHAVIE)**, une évaluation validée chez des personnes souffrant d'AVC, notamment concernant la participation sociale (Figueiredo, Korner-Bitensky, Rochette & Desrosiers, 2009).

Afin d'affiner mes recherches, une pré-enquête a été effectuée par questionnaire auprès d'ergothérapeutes ayant exercé plus d'un an en SMR, ou en hospitalisation à domicile de rééducation, neurologiques. Le questionnaire a été créé en ligne via la société par actions simplifiées DRAG'N SURVEY (<https://www.dragnsurvey.com>). Ce questionnaire (annexe 6) a été diffusé via les réseaux sociaux. Seize réponses ont été obtenues, dont huit exclues car incomplètes ou indiquant une absence d'expérience professionnelle en neurologie. Les huit réponses restantes m'ont permis de réaliser le diagramme ci-dessous.

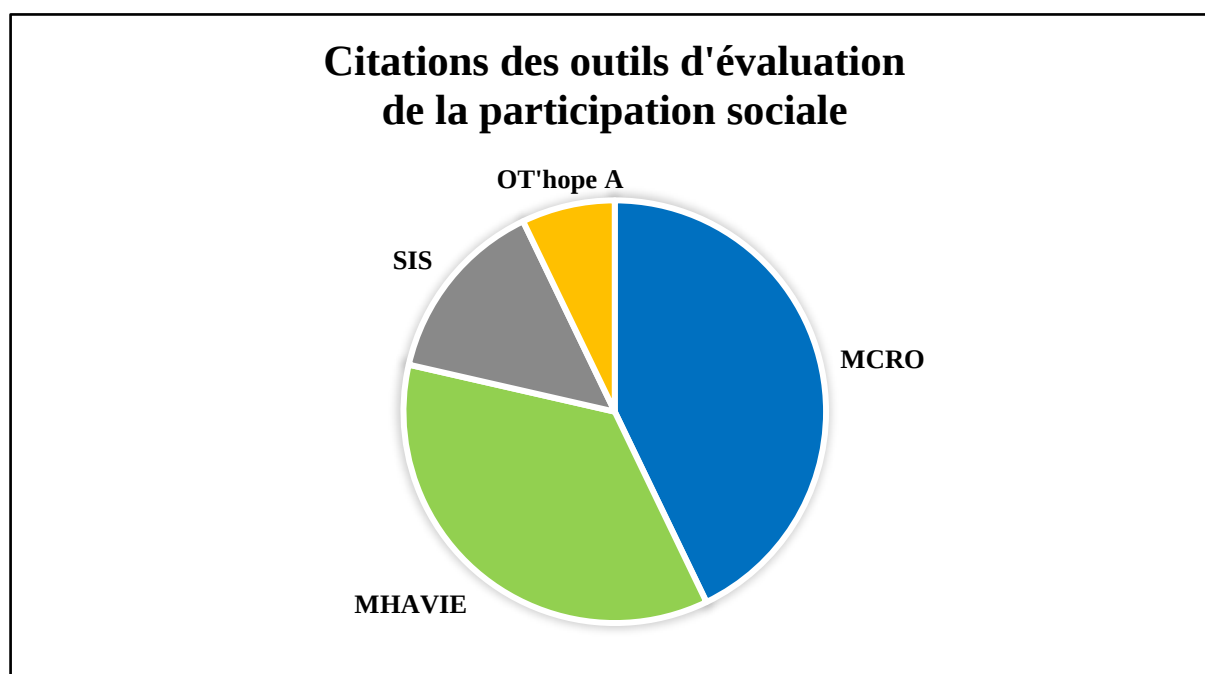


Figure 2 : Diagramme montrant la prédominance de l'usage de la MCRO et de la MHAVIE dans les connaissances qu'ont les ergothérapeutes autour des évaluations de la participation sociale.

La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) est l'outil qui a été le plus cité par les ergothérapeutes (six fois). La MHAVIE vient en deuxième position (citée cinq fois). Puis il y a la mesure de l'impact de l'AVC sur la santé (SIS = *Stroke Impact Scale*) et l'outil d'autodétermination des objectifs en ergothérapie dans le cadre d'une pratique adulte centré sur la personne et ciblé sur l'occupation (OT'hope A). Comparons ces outils ci-dessous.

Tableau I : Comparaison des quatre outils énoncés par les participants au questionnaire.

	MCRO Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel	MHAVIE Mesure des HABitudes de VIE	OT'hope Adulte Outil Thérapeutique d'Objectif Personnalisés en Ergothérapie pour les Adultes	SIS Stroke Impact Scale
Objectif général	« Identifier les occupations ou activités que la personne perçoit comme limitant ou affectant sa performance dans la vie quotidienne et pour lesquelles elle souhaite voir des améliorations, et déceler les changements de perception au fil du temps. »	Une évaluation des habitudes de vie évaluant la participation sociale pour « établir un profil de participation sociale »	« Soutenir l'implication de la personne en lui permettant de s'auto-évaluer dans ses occupations et de choisir ses objectifs en ergothérapie »	« Il a été conçu pour évaluer les résultats multidimensionnels de l'AVC : la force, la fonction de la main, les activités de la vie quotidienne et activités instrumentales de la vie quotidienne, la mobilité, la communication, l'émotion, la mémoire et la pensée, ainsi que la participation »
Population cible	Enfants et adolescents Adultes Aînés	Enfants Adolescents, adultes et aînés	Adultes	Personnes ayant subi un AVC
Source	Institut Nazareth & Louis-Braille, 2024	RIPPH, 2024	Giroux & Perrault, 2024	Zeltzer, Salter & McDermott, 2018

La MHAVIE sera développée plus précisément dans ce mémoire puisque c'est une évaluation des habitudes de vie évaluant la participation sociale qui a été validée chez des personnes souffrant d'AVC [traduction personnelle] (Figueiredo, Korner-Bitensky, Rochette & Desrosiers, 2009). La MHAVIE est composée des activités de la vie courantes et des rôles sociaux ci-dessous (Fougeyrollas & Noreau, 2014).

Les activités de la vie courantes sont composées :

- de la communication,
- des déplacements,
- de la nutrition,
- des conditions physiques et du bien-être psychologique,
- des soins personnels et de santé,
- de l'habitation.

Les rôles sociaux sont composés :

- des responsabilités,
- des relations interpersonnelles,
- de la vie associative et spirituelle,
- de l'éducation,
- du travail,
- des loisirs.

« La perturbation de la participation après un AVC varie selon les catégories de la MHAVIE, mais est plus importante dans les catégories d'activités quotidiennes ». « Les participants ayant subi un AVC avaient des scores de MHAVIE très faibles dans certaines catégories (loisirs et nutrition) ». Ces domaines montrent une réduction significative de la participation [traduction personnelle] (Desrosiers et al, 2005).

Il existe différentes versions de MHAVIE. Dans le cadre de ma population retraitée il faut prendre la version destinée aux adolescents, adultes et aînés. Il semble pertinent d'utiliser la version 4.0, qui est la plus récente (2014). Elle possède une version en ligne qui permet de choisir des filtres en fonction des questions qui intéressent le thérapeute (RIPPH, 2024).

La MAHVIE évalue les activités de la vie courante et les rôles sociaux de la personne. Il existe différentes formes de passations (Fougeyrollas & Noreau, 2014) :

1. De manière autonome par la personne, un parent ou un proche significatif ;
2. Par la personne avec le soutien d'un parent, d'un proche significatif ou d'un intervenant ;
3. Par un intervenant.

Il faut favoriser la passation de manière autonome quand cela est possible. La littérature met en évidence la difficulté d'utilisation d'un auto-questionnaire chez les personnes souffrant d'anosognosie (les personnes qui n'ont pas conscience de leurs troubles). L'utilisation de l'auto-questionnaire est donc déconseillée dans cette situation (Poncet et al, 2017). « Bien que la MHAVIE ait été conçue pour être auto-administrée, lorsqu'elle est utilisée auprès d'une clientèle victime d'un AVC, elle est principalement utilisée sous une forme administrée par un intervieweur » [traduction personnelle] (Figueiredo, Korner-Bitensky, Rochette & Desrosiers, 2009).

Pour chacune des catégories de la MHAVIE, la personne doit réaliser trois étapes (Fougeyrollas & Noreau, 2014) :

1. Déterminer si l'habitude de vie est réalisée, si elle n'est pas réalisée (passage à l'étape 3) ou si elle ne s'applique pas (passage à l'habitude de vie suivante) ;
2. Déterminer si elle a besoin d'aide et l'intensité de celle-ci ainsi que le niveau de difficulté ;
3. Permettre à la personne de donner son niveau de satisfaction concernant cette activité.

La MHAVIE est utilisée dans l'accompagnement en ergothérapie. « Elle détecte les changements au fil du temps et doit donc être considérée comme un outil précieux lorsque les cliniciens souhaitent mesurer l'impact de ces interventions » [traduction personnelle] (Figueiredo, Korner-Bitensky, Rochette & Desrosiers, 2009).

HYPOTHÈSE

VI. HYPOTHÈSE

L'hypothèse vient répondre la problématique qui est, pour rappel : « de quelles manières l'ergothérapeute améliore la participation sociale des personnes retraitées souffrant d'une dépression post accident vasculaire cérébral ? »

Hypothèse :

À travers la MHAVIE, l'ergothérapeute propose un accompagnement spécifique ciblant les rôles sociaux des personnes retraitées souffrant de dépression post-AVC.

CADRE EXPÉRIMENTAL

VII. ENQUÊTE

VII.1 Objectif d'enquête

Pour pouvoir valider ou invalider l'hypothèse, cinq objectifs d'enquête ont été isolés.

Selon la littérature, la MHAVIE permet d'établir un accompagnement en ergothérapie centré sur les rôles sociaux et les loisirs. À travers ce mémoire, on cherche à déterminer si cet usage de la MHAVIE est pertinent aussi pour la population ciblée : les jeunes retraités présentant une DPAVC. Mon objectif général est :

Identifier si l'utilisation de la MHAVIE permet d'établir un accompagnement en ergothérapie basé sur les rôles sociaux pour les jeunes retraités présentant une DPAVC.

Cet objectif principal se divise en plusieurs objectifs :

- ❖ 1^{er} objectif : Identifier les difficultés de participation sociale rencontrées par les patients à travers le témoignage des ergothérapeutes.
 - Critère d'évaluation : usage de mots spécifiques appuyant ou accentuant les difficultés dans les rôles sociaux y compris les loisirs.
- ❖ 2^{ème} objectif : Déterminer si les ergothérapeutes connaissent la MHAVIE pour évaluer la **participation sociale**.
 - Critère d'évaluation : diriger l'entretien vers une question ouverte pour connaître les outils spontanément employés par les ergothérapeutes.
- ❖ 3^{ème} objectif : Déterminer si les ergothérapeutes utilisent la MHAVIE pour évaluer les **rôles sociaux**.
 - Critère d'évaluation : diriger l'entretien vers une question ouverte pour connaître les outils employés par les ergothérapeutes.
- ❖ 4^{ème} objectif : Repérer si la MHAVIE évalue les rôles sociaux de manière plus pertinente que d'autres outils.
 - Critère d'évaluation : analyse de l'argumentaire des ergothérapeutes sur l'utilisation (ou non) de la MHAVIE dans leur pratique centrée sur les rôles sociaux.

❖ 5^{ème} objectif : Repérer si l’ergothérapeute, après son évaluation des rôles sociaux, réalise un accompagnement spécifique de ceux-ci.

- Critère d’évaluation : analyse du témoignage des ergothérapeutes sur leurs pratiques de l’accompagnement (utilisation d’outils d’accompagnement spécifiques ou autres méthodes).

VII.2 Population cible

La population ciblée ici n’est pas celle des patients retraités et souffrant de DPAVC. Mais celle des participants à l’entretien mené dans le cadre l’enquête du mémoire.

Afin de cibler cette population, un questionnaire préalable est diffusé au moyen des réseaux de professionnels ergothérapeutes et chercheurs (contacts par mail) et des réseaux sociaux (groupes Facebook®). Ce questionnaire préalable (annexe 6) permet notamment de déterminer si le professionnel répondant peut être inclus selon les critères ci-dessous respectant la loi Jardé.

Tableau II : Critères d'inclusion, de non-inclusion et d'exclusion pour la sélection des personnes interviewées lors de l'entretien.

Critères d’inclusion	Critères de non-inclusion	Critères d’exclusion
- Professionnel Ergothérapeute D.E - Plus d’un an d’exercice en SMR - Avoir pris en soin des personnes retraitées post-AVC présentant un syndrome dépressif - Connaissance de l’outil d’évaluation de la participation MHAVIE	- Patients ou professionnels autres qu’ergothérapeute. - Questionnaire préalable incomplet ou négatif. - Réponse au questionnaire préalable après le 31 mars. - Travaille dans le même service du même centre qu’une autre personne répondant aux critères d’inclusion.	- Mauvaise maîtrise de la langue française. - Interruption de l’entretien. - L’entretien est tenu pour un maximum de 5 personnes répondant aux critères d’inclusion, les suivants sont exclus.

VII.3 Outil d'enquête

A. Choix de l'outil

Pour répondre aux objectifs et tenter de valider ou d'invalider l'hypothèse, une enquête peut être menée.

Aux vues des critères d'inclusion sélectifs, l'entretien semblait être l'outil le plus approprié. L'expérience de mes stages (stages réalisés dans quatre SMR neurologiques) m'ont permis d'identifier que la MHAVIE est peu utilisée en France. « L'entretien constitue l'outil de collecte de données le plus utilisé dans le cadre des travaux de recherche menés en sciences de la santé, en sciences humaines et en sciences sociales » (Imbert, 2010).

L'entretien « permet de produire des données à base de discours pour rendre compte du point de vue de l'acteur, de son expérience, de son vécu, ses savoirs, ses savoir-faire, ses croyances, sans porter sur ses discours de jugement de valeur ni d'appréciation normative quant à leur qualité ou leur niveau » (Kivits, Frédéric, Fournier & Winance, 2016). Cela peut permettre de répondre à certains objectifs d'enquête puisque l'on cherche à savoir si l'utilisation de la MHAVIE sur le terrain permettrait d'établir un accompagnement autour des rôles sociaux pour les personnes retraitées présentant une DPAVC. Il serait donc pertinent d'avoir le retour d'expérience d'ergothérapeutes sur l'utilisation de cet outil auprès de la population ciblée. « En demandant à la personne sollicitée de raconter un ou plusieurs fragments de sa vie, de rendre compte d'événements, de pratiques dont elle a été ou est actrice, l'entretien permet d'appréhender et de cerner le rapport que la personne, à partir de son expérience, noue aux faits plus que les faits eux-mêmes » (Kivits, Frédéric, Fournier & Winance, 2016).

« L'entretien est une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives » (Imbert, 2010). L'entretien apporte des informations qualitatives, c'est-à-dire des informations sur la qualité. L'entretien n'apporte pas d'informations quantitatives. « L'objectif est de saisir le sens d'un phénomène complexe tel qu'il est perçu par les participants » (Imbert, 2010).

Le choix s'est porté sur un entretien semi-dirigé, juste milieu entre, d'une part, l'entretien dirigé qui ne permet pas d'inverser les questions et de s'ajuster à l'interviewé et, d'autre part, l'entretien libre qui nécessite des capacités de discours continu de l'interviewé, ajoutant donc une difficulté à l'intervieweur pour rester dans le cadre du sujet (De Ketele & Roegiers, 1996). « L'entretien semi-directif est donc une conversation ou un dialogue qui a lieu entre deux personnes. Il s'agit d'un moment privilégié d'écoute, d'empathie, de partage, de reconnaissance de l'expertise de l'interviewé » (Imbert, 2010).

B. Limites de l'outils

L'entretien, comme tout outil, n'est pas idéal et présente des limites. Tout d'abord, il a un « biais de désirabilité sociale qui consiste à ce que le participant tente de se présenter sous son meilleur jour lorsqu'il remplit un questionnaire ou participe à un entretien » (Tétreault & Guillez, 2014).

De plus, lors d'un entretien semi-directif il y a la « relation de confiance » (Imbert, 2010) qui s'ajoute. « La relation de confiance établie lors de cet échange ou de cette interaction est d'importance fondamentale car elle conditionne la richesse, la densité (qualité, authenticité, pertinence) du matériel collecté » (Imbert, 2010). La relation de confiance lorsqu'elle est établie est un élément facilitateur pour la suite cependant il faut réussir à la construire sur le court moment de l'entretien.

VII.4 Création de l'outil

« L'entretien est structuré par le chercheur qui construit un guide d'entretien à partir d'éléments issus d'une enquête exploratoire, les questions sont ouvertes et les thèmes sont proposés » (Imbert, 2010).

Les objectifs d'enquête ont permis de créer un guide d'entretien (annexe 7). À partir des objectifs, des thématiques de questions ont été déterminées. Par la suite, des questions de relance ont pu être établies pour être sûr d'avoir tous les éléments lors des entretiens.

VII.5 Recherche de contact

Tout d'abord, le réseau international sur le processus de production du handicap (RIPPH) et l'association nationale française des ergothérapeutes (ANFE) ont été sollicités pour leur demander s'il leur était possible de diffuser un questionnaire de présélection (annexe 6) au sein de leurs réseaux. Cela permettrait d'avoir des contacts d'ergothérapeutes qui auront répondu au questionnaire, tout en vérifiant s'ils correspondent bien aux critères du tableau II (page 31). Ils m'ont répondu, et m'ont dirigé vers d'autres personnes. En tout et pour tout, douze personnes différentes ont été contactées par mail, avec des échanges plus ou moins longs. Malheureusement ces démarches n'ont pas abouti.

En parallèle, ma maître de mémoire a contacté une connaissance, qui a accepté de faire un entretien.

Le questionnaire de préenquête a également été diffusé sur dix groupes Facebook® différents. Seize réponses différentes ont été obtenues, dont trois qui correspondaient aux critères de recherche du tableau II. Cela a abouti à deux entretiens.

En parallèle de ces démarches, cinq SMR en France ont été appelés. Malheureusement il n'y a eu que des réponses négatives de leur part puisqu'ils ne connaissaient pas l'outil de MHAVIE.

La connaissance de ma maître de mémoire et les réponses au questionnaire de présélection ont donc abouti à la réalisation de trois entretiens. Ci-dessous, le diagramme de flux qui récapitule les démarches réalisées.

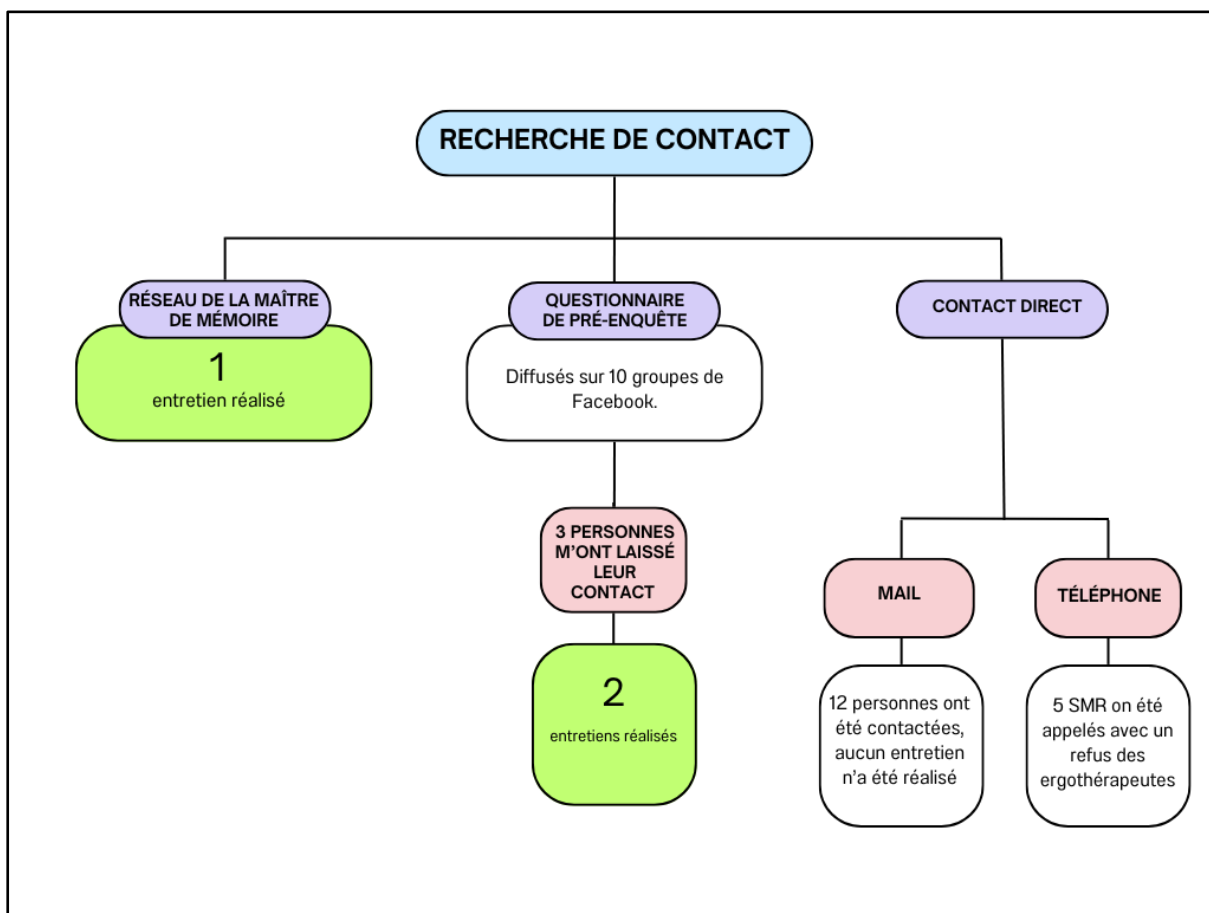


Figure 3: Diagramme de flux des prises de contact pour aboutir aux entretiens.

VII.6 Passation des entretiens

L'outil a été testé en amont auprès d'étudiants en ergothérapie.

Trois entretiens ont été réalisés en visioconférence. Les entretiens se sont déroulés entre le mercredi 3 avril et le lundi 15 avril 2024. Ils ont duré entre 30 et 50 minutes. Seul le temps de réponse aux questions a fait varier la durée des entretiens. Chaque professionnel m'a autorisée à enregistrer et a signé la feuille de consentement.

Les entretiens ont été retranscrits intégralement (exemple de E2 en annexe 8) pour permettre une analyse par thématique. Pour faciliter la lecture, les entretiens ont été numérotés de 1 à 3 avec la lettre E devant, signifiant le mot Ergothérapeute.

VIII. RÉSULTATS BRUTS

VIII.1 Profils des personnes interrogées

Trois ergothérapeutes diplômés entre 1996 et 2021 ont été interviewés. Leur expérience professionnelle en SMR neurologique s'étendait de 18 mois à 19 ans.

Tableau III : Données des ergothérapeutes E1, E2 et E3 interviewés dans les trois entretiens.

	E1	E2	E3
Date de l'entretien	03/04/2024	10/04/2024	15/04/2024
Durée de l'entretien	50 minutes	33 minutes	30 minutes
Année d'obtention du diplôme	1996	2021	2004
Expérience en neurologie	15 ans d'expérience en SMR neurologique	1 an et demi d'expérience en SMR neurologique	19 ans d'expérience en SMR neurologique
Lieu d'exercice actuel	Chercheuse dans un centre de réadaptation	Hôpital avec intervention en SMR gériatrique, service de cardiologie, hôpital de jour	SMR neurologique

VIII.2 Thématiques

Les informations contenues dans les retranscriptions intégrales ont été classées et ordonnées par axe thématique (annexe 9). Ci-dessous la liste des différents axes qui développés dans ce sous-chapitre.

- A. Impact de la DPAVC sur les habitudes de vies des personnes retraitées
- B. Outils d'évaluation
- C. MHAVIE
- D. Accompagnement en ergothérapie des rôles sociaux
- E. Travail en équipe
- F. Place de la famille

A. Impact de la DPAVC sur les habitudes de vies des personnes retraitées

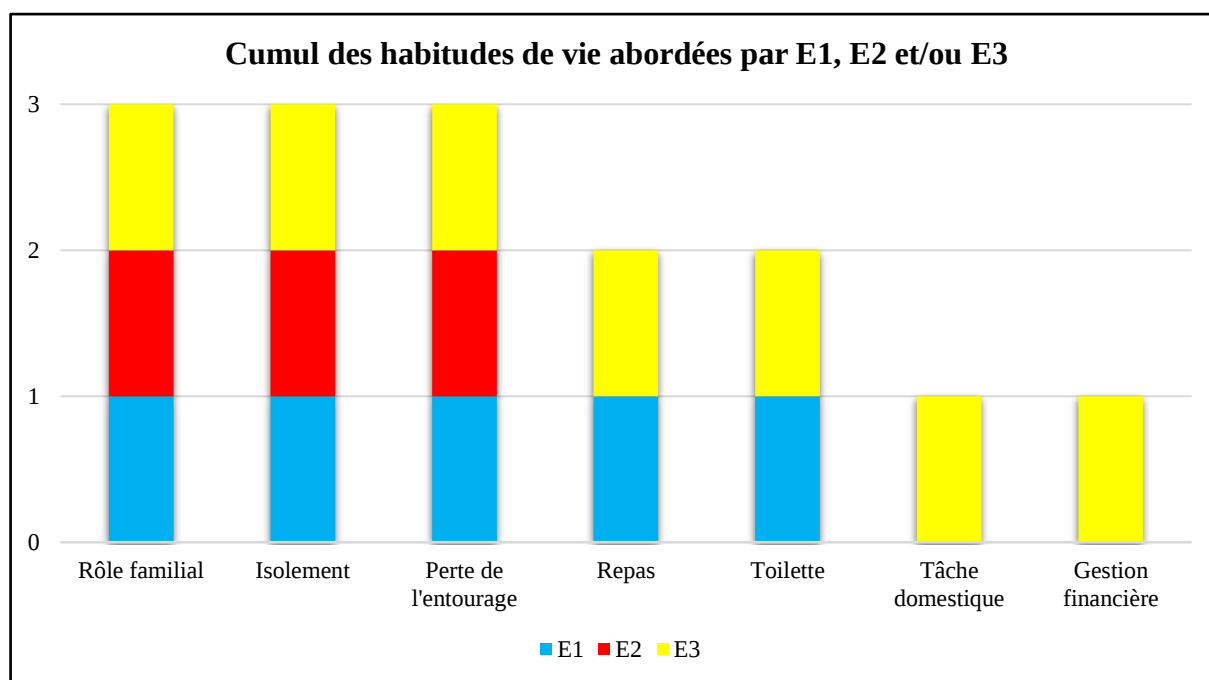


Figure 4 : Nombre d'entretiens où une habitude de vie a été abordée. Il faut lire : « Rôle familial » est une habitude de vie abordée par chaque interviewé, tandis que « Gestion financière » n'a été abordé que par l'interviewé E3.

Les entretiens menés révèlent que la DPAVC exerce un impact significatif sur les habitudes de vie des personnes retraitées. À travers les témoignages des trois participants, il apparaît clairement que la DPAVC entraîne une perturbation dans leur rôle familial, conduisant à un **sentiment d'isolement**. L'interviewé E2 a souligné un lien direct entre le rejet ressenti de la part de la famille et l'isolement qui en découle. L'interviewé E3 a mis en lumière le phénomène de **rôle inversé** entre les enfants et les parents, illustrant ainsi la manière dont la dynamique familiale est bouleversée par la DPAVC.

En ce qui concerne les activités quotidiennes, la DPAVC se répercute également sur les repas, avec des aspects variés. D'une part, l'interviewé E1 a évoqué des troubles alimentaires, dans le sens de ne pas se faire à manger, ne pas avoir envie de manger, tandis que l'interviewé E3 explique des difficultés de préparation des repas.

De plus, les personnes peuvent rencontrer des difficultés pour réaliser leur toilette.

Par ailleurs, les personnes retraitées souffrant de DPAVC présentent des difficultés pour effectuer des tâches domestiques essentielles telles que l'entretien de leur logement, la gestion de leurs comptes. E3 explique que la DPAVC peut arriver au moment du départ à la retraite, ce qui bouleverse la transition occupationnelle.

B. Outils d'évaluation

a. La participation sociale

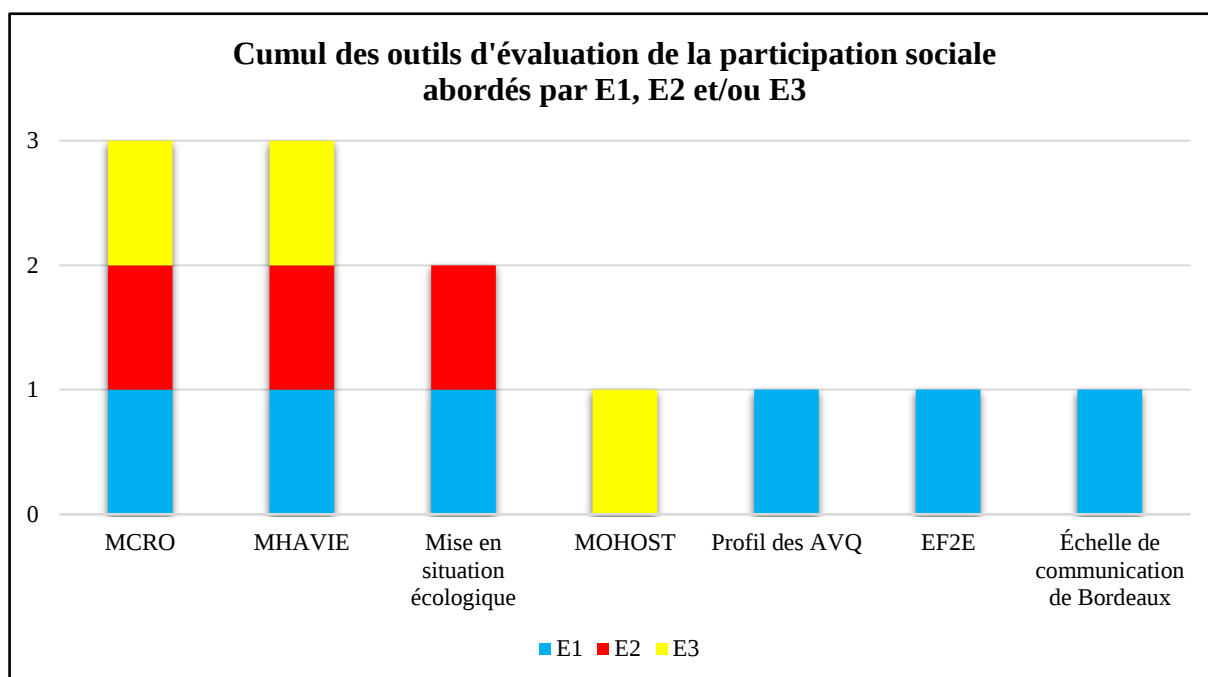


Figure 5 : Nombre d'entretiens où un outil d'évaluation de la participation sociale a été abordé. Il faut lire : « MCRO » est un outil abordé par chaque interviewé, tandis que « EF2E » n'a été abordé que par l'interviewé E1.

Plusieurs outils ont été cités en entretien parmi ceux couramment utilisés en ergothérapie pour évaluer la participation sociale. Parmi eux, la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) et la MHAVIE sont les plus connus et cités par les trois ergothérapeutes interrogés.

Il est intéressant de noter que la MCRO a été mentionnée spontanément lors de la question sur les outils d'évaluation de la participation sociale. Cependant, des nuances sont apparues dans les réponses des praticiens. Par exemple, E3 a souligné que, bien que la MCRO soit utilisée dans sa pratique, elle met davantage l'accent sur les performances occupationnelles que sur les rôles sociaux, ce qui constitue « un manque dans sa pratique ». Cette observation est renforcée par les remarques similaires d'E1, qui exprime également un sentiment de manque dans sa pratique en matière d'évaluation de la participation sociale.

Concernant la MHAVIE, il est à noter que tous les ergothérapeutes interrogés la connaissent. Les expériences individuelles varient cependant : E3 explique l'avoir utilisée lors de l'accompagnement d'étudiants en stages, E1 explique l'avoir utilisée en clinique et en recherche et E2 explique l'avoir utilisée en clinique principalement pour ses critères.

D'autres outils d'évaluation ont été évoqués par les praticiens, tels que les mises en situation écologique, la MOHOST, EF2E et l'échelle de communication de Bordeaux.

b. Les rôles sociaux

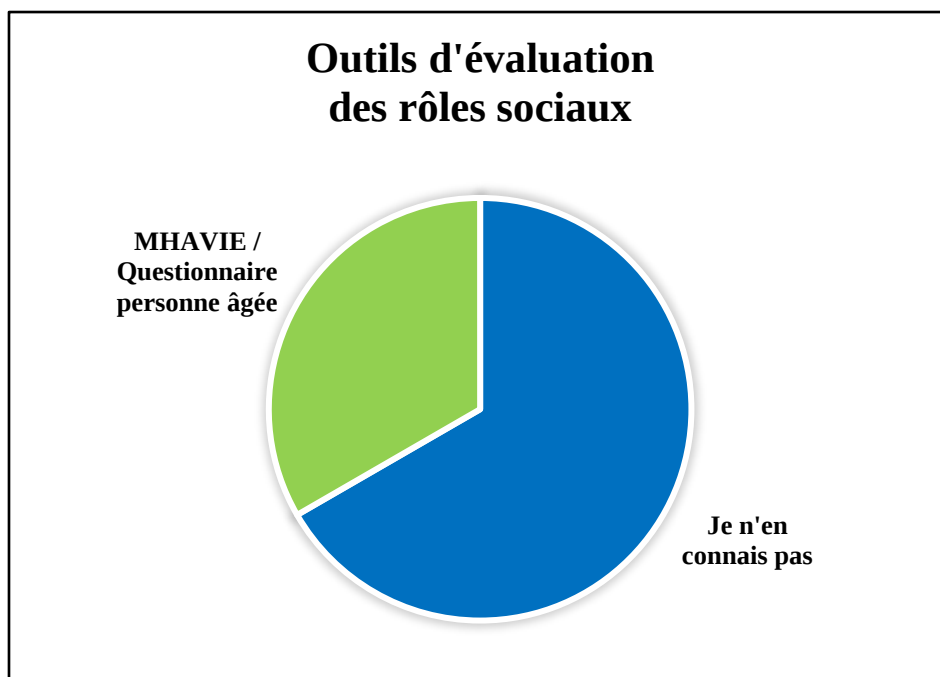


Figure 6 : Évocation spontanée de la MHAVIE pour évaluer les rôles sociaux spécifiquement pour les personnes âgées souffrant de DPAVC.

E3 et E2 m'ont informée ne pas être au courant d'un bilan évaluant les rôles sociaux chez les personnes âgées souffrant de DPAVC. E2 a mentionné un bilan sur l'impact de la douleur chez les personnes souffrant de lombalgie.

Lorsque j'ai ensuite évoqué la MHAVIE, ils ont confirmé sa **pertinence**. E1 a même spontanément abordé la MHAVIE et a noté qu'elle incluait quelques questions à ce sujet. Il a également suggéré la possibilité d'avoir des questionnaires adaptés aux personnes âgées, même s'il n'en connaissait pas spécifiquement.

C. MHAVIE

a. Pratique clinique

E3, bien qu'étant ergothérapeute, n'a jamais utilisé directement la MHAVIE. Son rôle se limitait à accompagner des étudiants lors de la passation de l'évaluation, ne se sentant pas formé pour l'utiliser dans sa pratique.

Tableau IV : Utilisation clinique faite de la MHAVIE à travers les entretiens E1 et E2.

	E1	E2
Passation	En entrevues	En entrevues
Versio	Sélection des questions pertinentes de la version longue	Toutes les questions de la version courte
Temps	20 minutes de passation	Entre 30 minutes et 1 heure de passation découpées sur plusieurs séances
Réévaluation	« Oui, mais à distance »	« On devrait repasser pour l'évolution mais on ne le fait pas »

E1 a l'habitude de sélectionner spécifiquement les questions pertinentes dans la version longue de la MHAVIE, adaptant ainsi l'évaluation en fonction des besoins spécifiques de ses patients.

En revanche, E2 a une approche différente, préférant administrer l'intégralité des questions de la version courte de la MHAVIE, sans faire de sélection préalable.

E1 et E2 sont en accord pour dire qu'il faut réévaluer la MHAVIE. Cependant E2 expose des difficultés temporelles qui l'en empêche.

b. Avantages et Inconvénients

Bien que la MHAVIE offre des avantages indéniables en termes d'organisation, de clarté et de vision holistique, il semble essentiel de prendre en compte ses aspects complexes et les précautions nécessaires lors de son utilisation.

La MHAVIE présente à la fois des avantages et des inconvénients que l'on a répertoriés dans le tableau ci-dessous.

Tableau V : Avantages et inconvénients de la MHAVIE recueillis lors des trois entretiens.

	E1	E2	E3
Avantages	Catégories Structure la pensée Portrait à un moment précis Outil qui facilite la vie	Bilan holistique « le bilan est bien », « un bon outil de travail » Facile à faire passer pour le thérapeute	
Inconvénients	Complexe Payante En auto-questionnaire c'est un bilan faible	Temps de passation « Bilan assez long » Bilan intrusif. « Il faut être prudent, vigilant » Bilan lourd pour le patient	« Je m'enferme dans le tableau » Perte de spontanéité Porte un jugement Met le patient face à ses difficultés

E1 souligne particulièrement l'organisation facilitée par les catégories et dimensions de la MHAVIE, permettant une focalisation précise lors des entretiens. Il apprécie également la capacité de l'outil à structurer ses pensées et à dresser un portrait clair de la personne à un moment donné. Pour lui, la MHAVIE « est un outil qui lui a facilité la vie à un endroit où il n'y avait pas tellement d'outil de mesure ».

En parallèle, E2 exprime sa satisfaction de la MHAVIE en qualifiant de « bon bilan » ou encore de « bon outil de travail ». La MHAVIE offre une vision holistique de la situation, et sa passation est aisée pour les professionnels.

Cependant, la MHAVIE n'est pas sans inconvénients. Sa complexité peut rendre les entretiens difficiles pour les patients, qui peuvent se sentir exposés en évoquant leurs difficultés. E2 met en garde sur la nécessité d'être prudent et attentif lors de la passation de ce bilan, afin de respecter le bien-être des patients.

Le choix des modalités de passation peut également influencer l'expérience de l'utilisateur. E1 souligne une faiblesse lorsque la MHAVIE est administrée en auto-questionnaire, tandis que E2 note la longueur de la MHAVIE. En outre, E1 mentionne que l'accès à la MHAVIE implique un coût financier.

c. Contre-indication

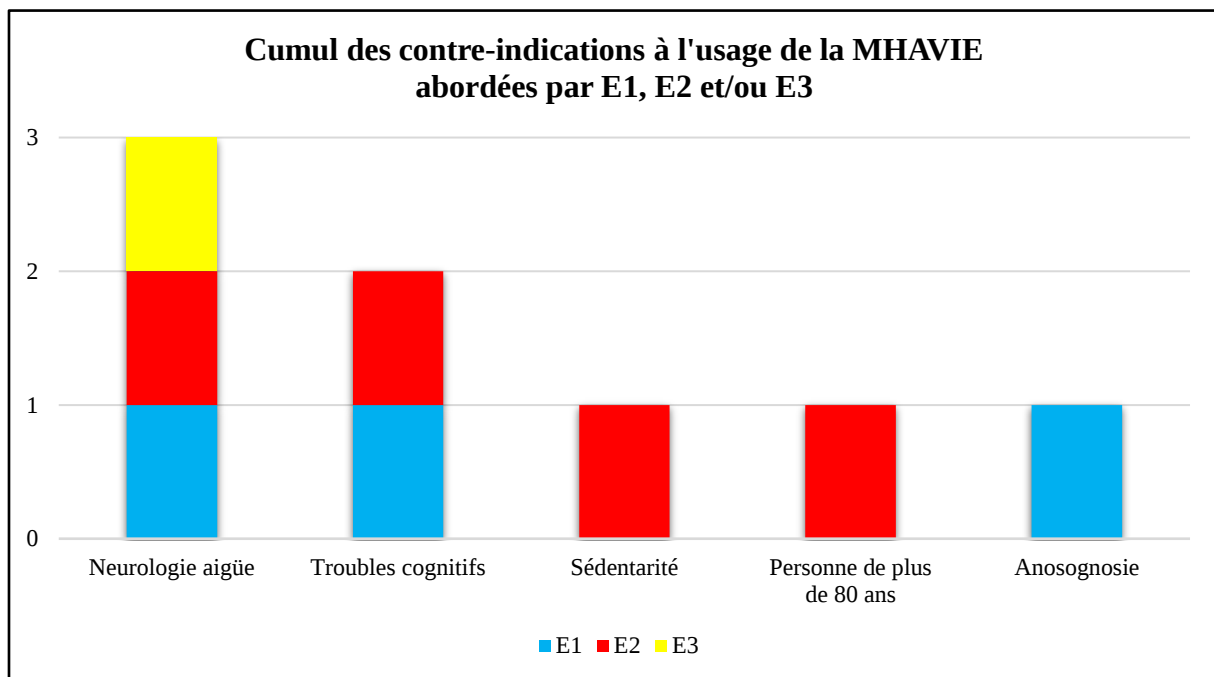


Figure 7 : Nombre d'entretiens où une contre-indication à l'utilisation de la MHAVIE a été abordée. Il faut lire : « Neurologie aiguë » est une contre-indication abordée par chaque interviewé, tandis que « Anosognosie » n'a été abordée que par l'interviewé E1.

Diverses contre-indications à l'utilisation de la MHAVIE chez les personnes retraitées souffrant de DPAVC ont émergé au cours des entretiens. Tout d'abord, il est à noter que les trois ergothérapeutes ont abordé la question de la neurologie aiguë. Selon E3, cela se manifeste par des « difficultés pour se projeter dans des rôles sociaux ». E1 ajoute que « l'accompagnement dans le domaine social, en dehors de l'accompagnement au domicile, prend tout son sens en post-réadaptation, notamment lorsque les patients commencent à fréquenter un hôpital de jour ». Il convient de noter que lorsqu'une personne a subi un AVC depuis un certain temps et que l'on envisage de préparer son retour à domicile, il serait pertinent d'évaluer ses capacités à réinvestir ses rôles sociaux.

D'autres contre-indications sont ressorties comme les troubles cognitifs, la sédentarité, l'âge supérieur à 80 ans et l'anosognosie. E2 explique, que dans le cadre gériatrique, « les patients âgés de 80/90 ans, en dehors de leur participation éventuelle à des activités telles que les clubs de cartes, seront beaucoup moins investies que lorsqu'ils ont 70 ans ».

d. Rôles sociaux

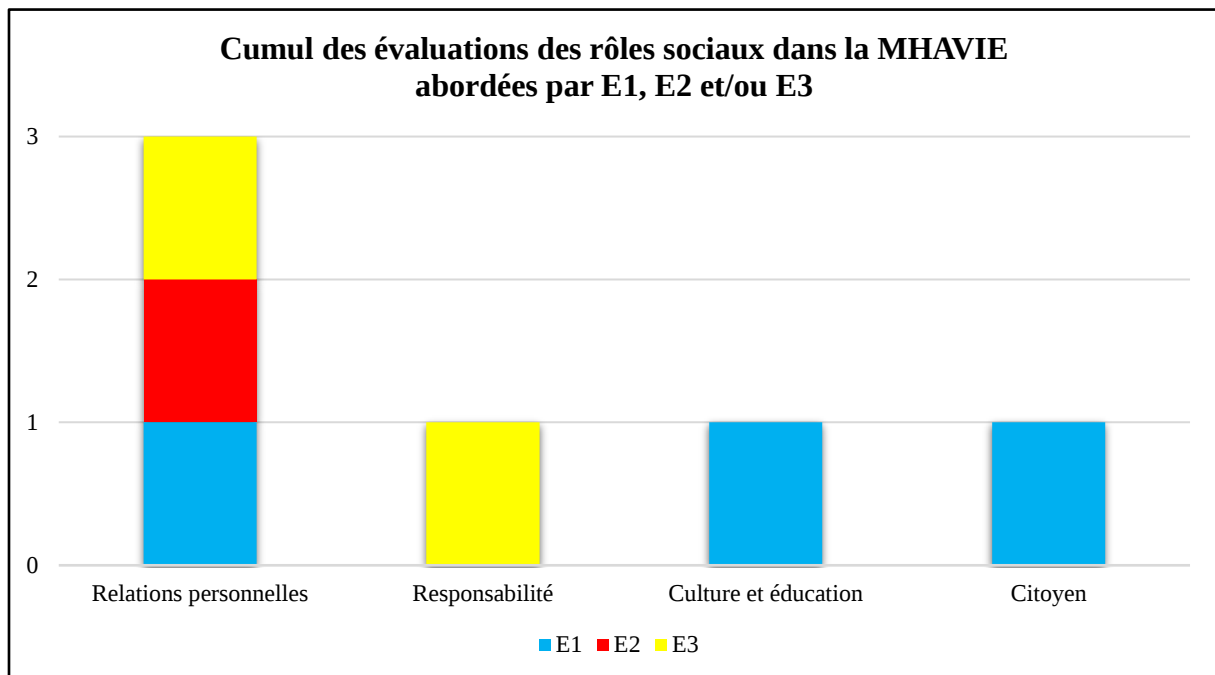


Figure 8 : Nombre d'entretiens où une évaluation des rôles sociaux dans la MHAVIE a été abordée. Il faut lire : « Relations personnelles » est une évaluation abordée par chaque interviewé, tandis que « Responsabilité » n'a été abordée que par l'interviewé E3.

Au cours des entretiens, les ergothérapeutes ont observé des lacunes concernant l'évaluation des rôles sociaux dans la MHAVIE. Selon leurs observations, la MHAVIE semble ne pas développer les relations personnelles. E2 a souligné l'importance des relations familiales, tandis que E1 a abordé la dimension de la vie en société en posant des questions telles que : « Est-ce que tu es capable d'aller voir ton voisin si tu as un problème ? Est-ce que tu es capable de l'aider ? Est-ce que tu participes aux activités de ta communauté ? ». Selon E3, les relations interpersonnelles englobent les liens familiaux, amicaux et de voisinage. Il a également évoqué les responsabilités associées : « s'occuper de son proche, responsabilité communautaire, les responsabilités familiales ».

En outre, E1 a ajouté la catégorie de citoyenneté, ainsi que celles de culture et d'éducation. Il a noté que la dimension citoyenne de la MHAVIE semblait être relativement faible, illustrant ses propos avec des exemples de questions à ajouter : « Participez-vous aux élections ? » ou « Êtes-vous au fait des nouvelles politiques ? ». Concernant la culture et l'éducation, E1 a observé que la section éducation de la MHAVIE était plutôt axée sur le domaine scolaire. Il a suggéré d'explorer des possibilités d'apprentissage plus variées, telles que des formations pour devenir bénévole ou des cours d'enrichissement personnel, comme ceux offerts par le musée du Louvre.

D. Accompagnement en ergothérapie des rôles sociaux

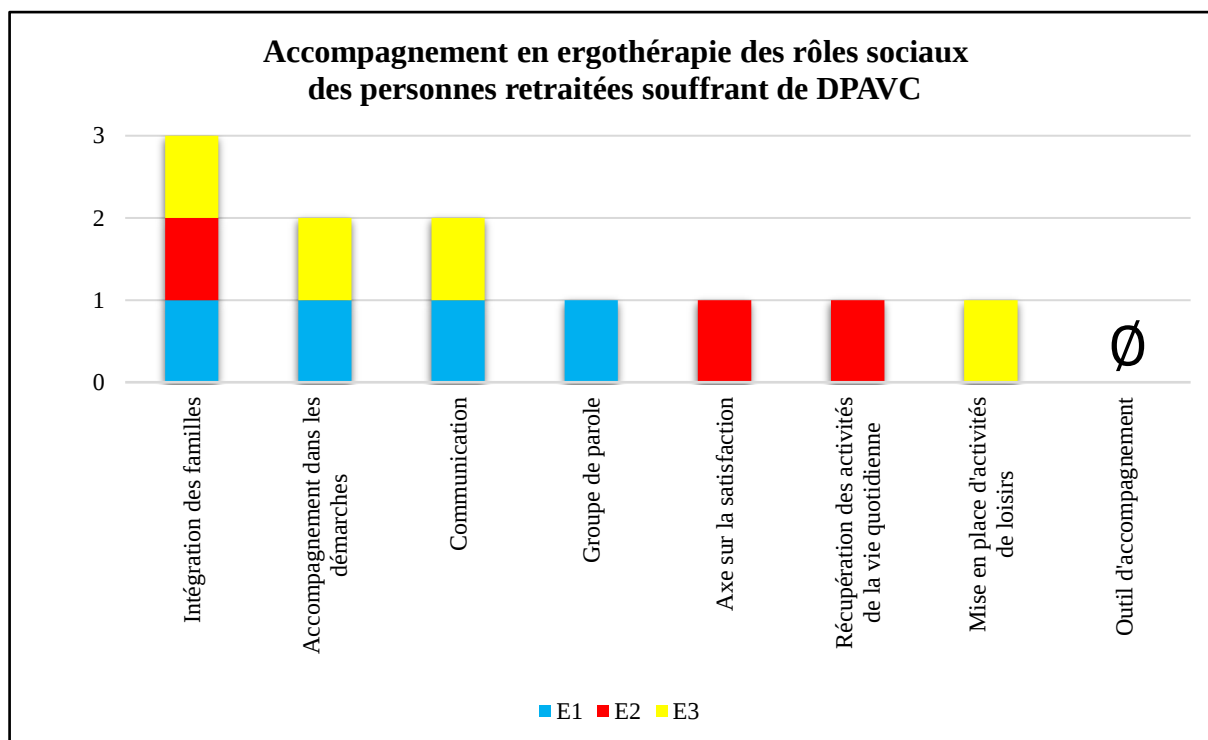


Figure 9 : Formes d'accompagnements des rôles sociaux en ergothérapie abordées lors des entretiens. Il faut lire : « Intégration des familles » est un accompagnement abordé par chaque interviewé, tandis que l'usage d'un « Outil d'accompagnement » n'a été abordé par personne.

Les entretiens ont montré que l'intégration des **familles** dans le processus d'accompagnement en ergothérapie revêt une importance pour la réintégration des individus dans leurs rôles sociaux. E1 souligne que « c'est sa femme que j'accompagne pour pas qu'elle fasse tout à sa place, pour qu'elle donne petit à petit le rôle à son mari ». E2, de son côté, explique qu'il réalise des séances de rééducation avec les familles. Quant à E3, il explique sa méthode de travail avec les proches : « On va travailler avec les proches sur le fait de pouvoir faire des phrases plus courtes ou, au moment de la journée où ils vont être plus concentrés, où ils vont retenir des choses plus facilement ».

E1 parle aussi de la **communication** lors de groupes de parole où les patients discutent de leurs rôles à domicile, ainsi que lors de séances individuelles de discussion, tandis que E3 intègre la communication dans le travail avec les familles.

E1 et E3 ont accompagné des patients dans des **démarches administratives** visant à rétablir leurs rôles sociaux, avec pour objectif ultime de permettre une reprise harmonieuse de leurs activités de loisir à domicile. E3, notamment, met en place des activités de loisirs pour ses patients, évaluant si des adaptations sont nécessaires ou s'il suffit d'un entraînement pour acquérir de nouvelles compétences.

E2, quant à lui, met l'accent sur la satisfaction des patients dans sa rééducation, en travaillant également sur les activités de la vie quotidienne afin de favoriser une réintégration autonome dans leurs rôles sociaux.

Aucun des ergothérapeutes interrogés ne connaissait d'outil d'intervention en ergothérapie spécifiquement conçu pour cibler les rôles sociaux. E3 a exprimé des difficultés concernant le suivi en déclarant : « concrètement, comment mettre en place ces interventions ? »

E. Travail en équipe

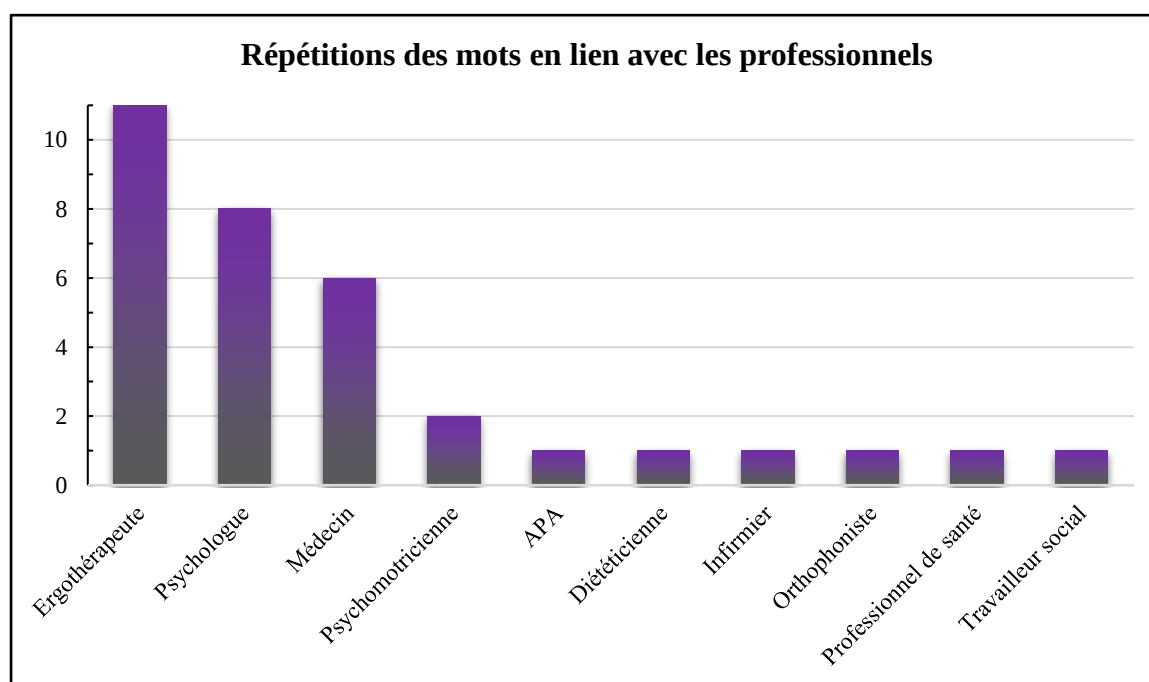


Figure 10 : Nombre de fois qu'une profession de soignant est évoquée à travers l'ensemble des entretiens.

Il ressort clairement de nos entretiens que le travail en équipe est d'une importance cruciale dans l'accompagnement des patients. À divers moments, chaque professionnel évoque ses collègues de santé, soulignant ainsi le travail au sein de l'équipe.

F. Place de la famille

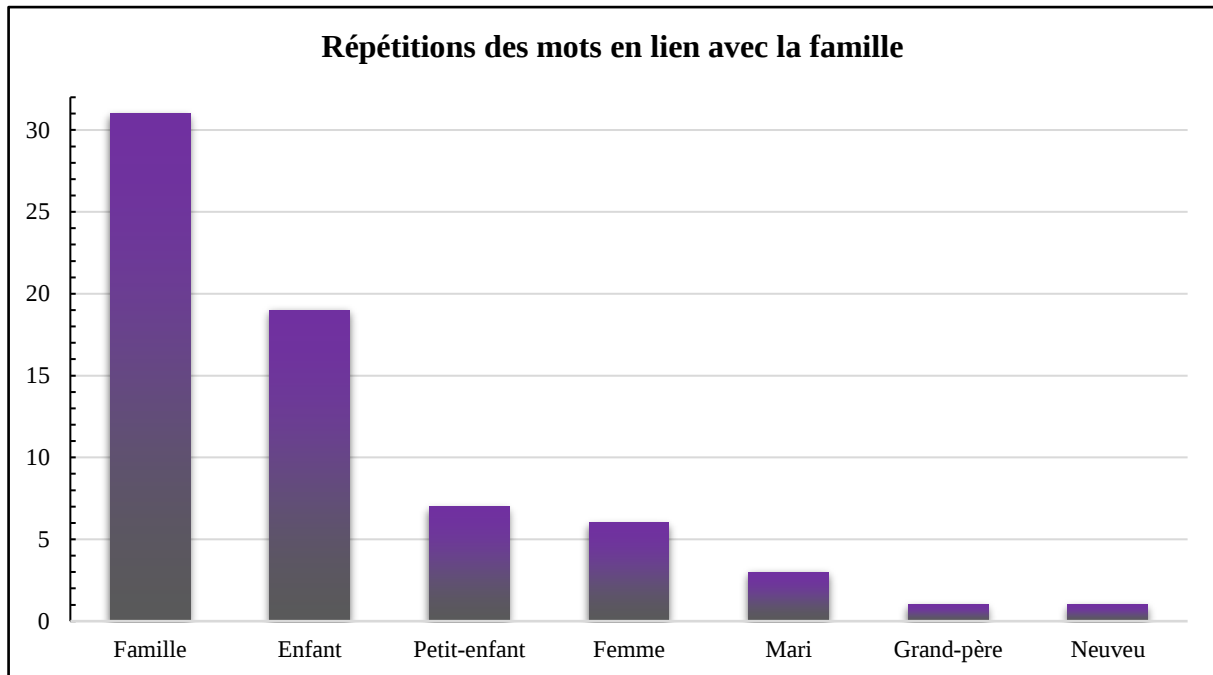


Figure 11 : Nombre de fois qu'une notion liée aux membres d'une famille est évoquée à travers l'ensemble des entretiens.

La famille joue un rôle essentiel dans l'évaluation et l'accompagnement des patients dans leurs différents rôles sociaux. On remarque que, lors des entretiens, les termes les plus fréquemment évoqués en lien avec la famille sont : « famille », « enfant » et « petit-enfant ».

Les entretiens montrent ainsi l'importance d'intégrer les familles dans l'accompagnement en ergothérapie. De plus, E2 ajoute le souhait d'intégrer les familles dans les évaluations.

IX. DISCUSSION

Nous avons émis l'hypothèse qu'à travers la MHAVIE, l'ergothérapeute propose un accompagnement spécifique ciblant les rôles sociaux des jeunes retraités souffrant de dépression post-AVC. Afin d'objectiver de quelles manières l'ergothérapeute améliore la participation sociale des personnes retraitées souffrant d'une DPAVC (cf. page 19), il est crucial de mettre en relation la théorie des parties exploratoire et conceptuelle avec les réponses de la partie exploratoire obtenues lors des entretiens.

IX.1 Confrontation des résultats à la littérature

Trois entretiens ont été menés avec des ergothérapeutes différents mais ayant tous travaillé en SMR neurologique pendant plus d'un an. L'objectif de cette enquête est d'identifier si l'utilisation de la MHAVIE permet d'établir un accompagnement basé sur les rôles sociaux pour les personnes retraitées présentant une DPAVC.

Les résultats indiquent que l'utilisation de la MHAVIE peut être bénéfique pour accompagner la reprise des rôles sociaux en ergothérapie, sous certaines conditions. La confrontation des résultats s'articulera autour de trois axes : l'isolement des jeunes retraités et celui provoqué par la DPAVC, l'utilisation de la MHAVIE pour évaluer les rôles sociaux des personnes retraitées souffrant de DPAVC et l'accompagnement en ergothérapie des rôles sociaux des personnes retraitées souffrant de DPAVC.

A. Isolement des jeunes retraités et DPAVC

Les ergothérapeutes interrogés ont expliqué que les jeunes retraités souffrant de DPAVC souffrent souvent d'isolement (figure 4). Cet isolement entraîne une perte de l'entourage et impacte négativement les rôles familiaux des jeunes retraités.

La littérature montre que les personnes âgées, même sans parler de DPAVC, sont particulièrement à risque d'isolement (Blanché, 2022) : le passage à la retraite entraîne une modification des habitudes de vie, pouvant être source d'isolement et de dépression (Bourrellis & Bazerolles, 2012).

De plus, la dépression post-AVC, sans parler de passage à la retraite, peut provoquer un isolement social (Lenzi, Altieri, & Maestrini, 2008). Cette dépression peut exacerber les sentiments de solitude et de désespoir, rendant encore plus difficile la réinsertion sociale et le maintien des rôles sociaux.

Il est donc crucial de bien préparer ce passage afin d'éviter ce double risque d'isolement.

B. L'utilisation de la MHAVIE pour évaluer les rôles sociaux

Selon les entretiens, la MHAVIE est un outil pertinent pour évaluer les rôles sociaux (cf. page 38). La littérature confirme que la MHAVIE est validée pour les personnes souffrant d'AVC (Figueiredo, Korner-Bitensky, Rochette & Desrosiers, 2009), ainsi que pour les personnes âgées (Fougeyrollas & Noreau, 2014). Cependant, la MHAVIE n'a pas été validée pour la population cible de ce mémoire : les jeunes retraités souffrant de DPAVC. Et il n'a pas été possible, lors des entretiens, de différencier l'usage de la MHAVIE visant la participation sociale de celui visant les rôles sociaux, sans doute à cause du lien très fort entre les deux dans la pratique.

Selon les entretiens, il est essentiel d'utiliser la MHAVIE dans un contexte où le patient est à domicile ou en préparation pour un retour à domicile (contre-indication : neurologie aiguë). De plus, les ergothérapeutes doivent avoir une connaissance approfondie des modalités de passation, des avantages, des inconvénients, des indications et des contre-indications. La MHAVIE est un outil payant nécessitant une formation pour son utilisation (Fougeyrollas & Noreau, 2014). On peut alors supposer que les ergothérapeutes qui l'utilisent connaissent les modalités, ainsi que les contre-indications à l'utilisation de la MHAVIE.

Les ergothérapeutes interrogés n'utilisent pas le score de la MHAVIE. Cependant les études ont montré que « c'est lorsqu'une personne obtient un score modéré en termes de participation sociale sur l'échelle de la MHAVIE que l'intervention devient particulièrement pertinente et intéressante. La mise en place d'une intervention peut alors avoir un véritable impact pour faire pencher la situation de la personne vers la participation sociale, et ainsi éviter de basculer dans la situation de handicap » (Boucher, Beaudoin, Fougeyrollas, Hazard & Vincent, 2017).

Il peut être intéressant d'associer la MHAVIE à d'autres outils. Les entretiens ont indiqué que la MHAVIE est souvent combinée avec des mises en situations écologiques. Un ergothérapeute a soumis l'idée d'associer la MHAVIE avec la MCRO. La littérature suggère également l'utilisation de la Mesure de la Qualité de l'Environnement (MQE) en complément de la MHAVIE. « L'utilisation combinée de la MHAVIE et de la MQE est fort pertinente, considérant que l'évaluation de l'environnement ouvre naturellement un dialogue sur les habitudes de vie de la personne ou d'un groupe de personnes, et vice-versa » (Boucher, Beaudoin, Fougeyrollas, Hazard & Vincent, 2017).

Les entretiens ont révélé un manque de prise en compte des rôles familiaux dans la MHAVIE. Pourtant, la MHAVIE comprend une sous-catégorie intitulée « responsabilités familiales », qui regroupe douze questions sur les rôles familiaux (Fougeyrollas & Noreau, 2014). Il pourrait être intéressant de sensibiliser davantage les ergothérapeutes à cette sous-catégorie pour améliorer l'évaluation des rôles familiaux. De plus, il est important de rappeler qu'il est possible de faire passer la MHAVIE à une personne de la famille du patient (Fougeyrollas & Noreau, 2014).

L'utilisation de la MHAVIE pour évaluer et accompagner les rôles sociaux des personnes retraitées souffrant de DPAVC présente des avantages considérables, à condition de bien comprendre ses modalités et ses limites. La prise en compte des rôles familiaux et l'association avec d'autres outils d'évaluation comme la MQE peuvent enrichir l'accompagnement en ergothérapie et favoriser une meilleure participation sociale de cette population.

C. Accompagnement en ergothérapie

Concernant la MHAVIE, les entretiens n'ont pas permis d'observer une tendance dans le choix des rôles sociaux évalués. En effet, E1 sélectionne des items de la version complète de la MHAVIE en fonction du patient et E3 ne fait tout bonnement pas de passation. Seul E2 emploie une méthode reproductible qui consiste à passer l'entièreté de la version courte de la MHAVIE. Les résultats traitent donc de l'accompagnement des rôles sociaux de manière plus générale que faisant suite à une évaluation.

L'accompagnement des rôles sociaux en ergothérapie se fait tout de même après la phase d'évaluation. Les entretiens ont montré l'importance de l'intervention en ergothérapie en axant sur l'intégration des familles dans les séances d'ergothérapie. D'autant plus que la littérature souligne la préférence quant à la conservation des liens familiaux comparé aux liens d'amitiés (Hilari & Northcott, 2006). L'étude « dépression après un accident vasculaire cérébral chez le sujet âgé : étude transversale à propos de 40 cas » montre l'importance du **soutien familial** (Lobna et al, 2013). Lors des recherches d'accompagnement en ergothérapie des rôles sociaux en SMR, il n'y a pas d'article s'appliquant à ce mémoire.

Les entretiens ont mis en évidence le manque d'outil d'accompagnement spécifique aux rôles sociaux pour les ergothérapeutes. La littérature ressent aussi ce manque puisqu'aucun outil n'existe pour accompagner les rôles sociaux spécifiques à l'ergothérapie pour les personnes retraitées.

IX.2 Limites de l'enquête

L'étude réalisée dans le cadre de ce mémoire d'initiation à la recherche présente certaines limites, au-delà du soin pris pour éviter les biais attendus (cf. page 33) pour lesquels la mise en confiance et le côté convivial ont été choisis.

Tout d'abord, il faut garder à l'esprit que ce mémoire, et donc les entretiens, est réalisé par une étudiante en licence d'ergothérapie. De ce fait, la compétence de direction d'un entretien ne peut pas être optimale.

Puis, l'échantillon est restreint, avec seulement trois ergothérapeutes interrogés. L'enquête apporte des données qualitatives. Pour pouvoir standardiser les résultats et obtenir des données quantitatives, il serait nécessaire d'interroger un bien plus grand nombre d'ergothérapeutes.

Le niveau d'expertise des ergothérapeutes était variable. Un ergothérapeute avait une connaissance approfondie de la MHAVIE, tant au niveau clinique que de la recherche. Un autre avait une connaissance clinique, et le dernier avait une connaissance réduite, se limitant à l'accompagnement d'étudiants lors de la passation de la MHAVIE. Il aurait été pertinent d'ajouter comme critère d'inclusion une connaissance clinique de la MHAVIE. Cependant, les critères d'inclusion actuels ont permis d'interroger un plus grand nombre d'ergothérapeutes, offrant ainsi une diversité d'opinions. Si les critères d'inclusion étaient restreints aux ergothérapeutes ayant une connaissance clinique de la MHAVIE, il aurait été difficile de trouver des ergothérapeutes à interroger.

Ce mémoire respecte la loi Jardé en n'interrogeant que des ergothérapeutes. Il aurait été intéressant d'interroger également des patients et des familles, au-delà des aspects fonctionnels ou cognitifs, pour approfondir les difficultés persistantes après le retour à domicile et déterminer s'il s'agit principalement de difficultés dans les activités courantes ou dans les rôles sociaux.

IX.3 Axes de poursuite de recherche

Lors de l'analyse des entretiens, trois axes de poursuite pour cette étude ont été identifiés.

Il serait intéressant de combiner la MHAVIE et la MCRO. La MHAVIE donne une vue d'ensemble de la personne, tandis que la MCRO aide à hiérarchiser les priorités du patient. Pour cela, il faudrait former les ergothérapeutes à l'utilisation des deux outils pour éviter des biais liés à des niveaux d'expertise différents.

Il serait utile de créer et tester un outil d'accompagnement des rôles sociaux pour les jeunes retraités souffrant de DPAVC. Cette étude devrait être réalisée en collaboration avec plusieurs ergothérapeutes afin de confronter leurs avis lors de la création de l'outil. Les ergothérapeutes devraient être formés à cet outil, puis le tester avec des patients. Leurs impressions ainsi que celles des patients seraient ensuite recueillies pour évaluer l'efficacité de l'outil.

Enfin, il serait pertinent de questionner les patients et leurs familles sur les rôles sociaux. Cela permettrait de comprendre les difficultés les plus courantes après un AVC et de déterminer quels rôles sociaux sont à travailler plus intensément en ergothérapie.

Ces axes de recherche aideraient à améliorer l'accompagnement des jeunes retraités souffrant de DPAVC, en tenant compte de leurs besoins spécifiques et de leur environnement social.

IX.4 Réflexion personnelle

La question des rôles sociaux chez les personnes retraitées me semble particulièrement intéressante. La retraite implique une modification des habitudes de vie. Les rôles sociaux deviennent alors cruciaux pour ces personnes, qui vont s'investir davantage dans des associations ou au sein de leur famille. Ces rôles sont particulièrement importants pour les retraités souffrant de DPAVC. La dépression

pouvant entraîner un isolement. Je pense que l'ergothérapeute doit accompagner les jeunes retraités souffrant de DPAVC dans leurs rôles sociaux afin de prévenir cet isolement, qui devient de plus en plus fréquent chez les personnes âgées.

L'accompagnement des rôles sociaux ne se fait pas immédiatement après un AVC. Dans un premier temps, le patient se concentre sur la récupération physique et cognitive. Ce n'est que dans un second temps que le travail autour des rôles sociaux peut débuter. Pour évaluer ces rôles, j'envisage d'utiliser la MHAVIE. Je sélectionnerais des questions dans la version longue, en fonction des besoins spécifiques du patient, et j'associerais cette méthode à des mises en situation. Si nécessaire, pour hiérarchiser les objectifs et comprendre les priorités du patient, j'utiliserais également la MCRO.

Pour accompagner les patients, je les mettrais en situation réelle lorsque cela sera possible. Par exemple, si un patient souhaite reprendre son activité dans un club de cartes, j'essaierais de l'inclure dans un groupe de cartes au sein de l'hôpital. Pour les rôles sociaux où les mises en situation ne sont pas réalisables, je les orienterais vers des groupes de parole dédiés aux rôles sociaux ou je prendrais le temps de discuter avec eux pour trouver des solutions adaptées. Dans ces groupes de parole, il serait intéressant de favoriser la communication autour des rôles sociaux. L'idée est de créer de l'entraide entre les patients afin qu'ils puissent trouver des solutions. Il serait intéressant de faire intervenir des patients experts pour qu'ils témoignent de leur parcours et des stratégies qu'ils ont mises en place. Le travail en équipe est essentiel : en fonction des difficultés, il est possible d'organiser des séances de groupe avec des éducateurs en activité physique adaptée (APA), des orthophonistes, des assistants sociaux ou encore des diététiciens.

Il est également intéressant d'organiser des séances avec la famille en fonction des difficultés rencontrées par les patients. Par exemple, si le patient éprouve des difficultés dans son rôle familial, notamment concernant la répartition des tâches depuis sa DPAVC, une séance avec sa famille pourrait être bénéfique. Lors de cette séance, il serait pertinent d'inclure un psychologue pour aborder les aspects émotionnels et relationnels liés à ces changements.

L'accompagnement des rôles sociaux est un aspect essentiel du soutien aux retraités, notamment ceux souffrant de DPAVC, pour favoriser leur bien-être et prévenir l'isolement social.

CONCLUSION

Les rôles sociaux des jeunes retraités souffrant de DPAVC sont particulièrement importants. Cette population est à risque accru d'isolement social en plus des diminutions fonctionnelles et cognitives. Ce qui peut entraîner une perte de l'entourage et une diminution des rôles sociaux, principalement familiaux. L'ergothérapeute joue un rôle crucial dans l'accompagnement de la reprise des rôles sociaux des jeunes retraités souffrant de DPAVC.

La problématique de savoir de quelles manières l'ergothérapeute améliore la participation sociale des personnes retraitées souffrant d'une DPAVC, a mené à une hypothèse de recherche centrée sur la MHAVIE, l'accompagnement en ergothérapie, les rôles sociaux et les jeunes retraités souffrant de DPAVC.

Les parties théorique et exploratoire ont permis d'identifier que la MHAVIE est un bon outil d'évaluation des rôles sociaux pour les jeunes retraités souffrant de DPAVC. Cependant, il est crucial que les ergothérapeutes qui l'utilisent connaissent bien ses modalités de passation ainsi que ses contre-indications. De plus, il semble important d'associer la MHAVIE à d'autres outils d'évaluation tels que des mises en situation, le MQE ou la MCRO. Enfin, la MHAVIE est particulièrement utile lorsque le patient prépare son retour à domicile ou lorsqu'il est déjà retourné à domicile, car ce contexte permet au patient de prendre conscience de ses difficultés.

Les résultats obtenus invitent à conclure que l'accompagnement en ergothérapie des rôles sociaux implique l'intégration des familles. Les ergothérapeutes interrogés ainsi que la littérature ne connaissent pas d'outil d'accompagnement spécifique des rôles sociaux adapté à cette population de jeunes retraités souffrant de DPAVC.

L'hypothèse, selon laquelle, à travers la MHAVIE, l'ergothérapeute propose un accompagnement spécifique ciblant les rôles sociaux des personnes retraitées souffrant de DPAVC, est partiellement validée. En effet, l'ergothérapeute peut proposer un accompagnement ciblant les rôles sociaux grâce à la MHAVIE. Cependant, cette évaluation seule n'est pas suffisante et doit être associée à d'autres outils d'évaluation. De plus, il est important d'utiliser la MHAVIE dans une structure où le patient est déjà retourné à son domicile ou prépare son retour à domicile.

Cette recherche a mis en évidence le manque d'outils d'accompagnement des rôles sociaux en ergothérapie. Il serait intéressant de développer, en collaboration avec plusieurs ergothérapeutes, un outil d'accompagnement des rôles sociaux basé sur une évaluation de MHAVIE.

La MHAVIE et la MCRO sont deux bilans d'évaluation différents basés sur des modèles conceptuels distincts. Ces deux évaluations sont-elles complémentaires ? Pourquoi ne pas les associer pour évaluer les rôles sociaux de la personne et, par la suite, déterminer ses priorités ?

BIBLIOGRAPHIE

- Adoukonou, T, Kossi, O, Yamadjako, D. & Agbétou, M. (2018). Restrictions de participation à la vie sociale après un accident vasculaire cérébral chez les sujets âgés au Bénin. *Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 18(105), pp. 140-8. doi:10.1016/j.npg.2018.03.005
- AgréÂge. (2024). *Chaque moment est à vivre*. Récupéré sur <https://agreage.fr/>
- American Heart Association, Inc. (2019). *Life after stroke*. Récupéré sur https://www.stroke.org/-/media/Stroke-Files/life-after-stroke/Life-After-Stroke-Guide_7819.pdf
- APHP. (2017, juin 28). *Conséquences et retentissements suite à un AVC*. Récupéré sur AVC Paris Sud: <https://hopitaux-paris-sud.aphp.fr/avcparissud/consequences-retentissements-suite-a-avc/>
- APHP. (2017, mai 16). *Qu'est-ce qu'une unité neuro-vasculaire ?* Récupéré sur AVC Paris Sud: <https://hopitaux-paris-sud.aphp.fr/avcparissud/quest-quune-unite-neuro-vasculaire/>
- APHP. (2017, mai 16). *Rôle de l'ergothérapeute*. Récupéré sur AVC Paris Sud: <https://hopitaux-paris-sud.aphp.fr/avcparissud/role-de-lergotherapeute/>
- Association Nationale Française des Ergothérapeutes. (2023). *Qu'est-ce que l'ergothérapie*. Récupéré sur ANFE: https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/
- Assurance Maladie. (2023, août 23). *Comprendre l'accident vasculaire cérébral et l'accident ischémique transitoire*. Récupéré sur Accident vasculaire cérébral (AVC): <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/accident-vasculaire-cerebral-avc/avc-comprendre#:~:text=Un%20accident%20vasculaire%20c%C3%A9r%C3%A9bral%20ou,l'accident%20vasculaire%20c%C3%A9r%C3%A9bral%20isch%C3%A9mique>
- Assurance Maladie. (2023, août 25). *Le quotidien après un accident vasculaire cérébral*. Récupéré sur Accident vasculaire cérébral (AVC): <https://www.ameli.fr/oise/assure/sante/themes/accident-vasculaire-cerebral-avc/avc-apres>
- Assurance Maladie. (2023, mars 15). *Maintien à domicile*. Récupéré sur Seniors, accomplir les bons gestes: <https://www.ameli.fr/oise/assure/sante/bons-gestes/seniors/maintien-domicile>
- Blanché, A. (2022). La retraite comme Odyssée. *Cahiers jungiens de psychanalyse*, 155(1), 133-51. doi:doi.org/10.3917/cjung.155.0135
- Bleton, J.-P. (2001, 09). Les douleurs d'origine centrale dans l'hémiplégie. *Kinésithérapie Scientifique*(414), p. 55.

- Bleton, J-P. (2008, 04). Réflexions sur les troubles proprioceptifs du membre supérieur dans l'hémiplégie vasculaire. *Kinésithérapie Scientifique* (487), p. 53.
- Boucher, N, Beaudoin, R, Fougeyrollas, P, Hazard, D. & Vincent, P. (2017, 11). *Guide méthodologique pour la planification et l'évaluation des actions de promotion des droits des personnes en situation de handicap*. (C. Cloutier, Éditeur) Consulté le 05 21, 2024, sur Firah: https://www.firah.org/upload/activites-et-publications/programmes-thematiques/afrique-page-generale/guide_methodologique_inclusif_francais_nboucher_cc_28-11-2017_final.pdf
- Bourrellis, C. & Bazerolles, M. (2012). Ergothérapie en gériatrie: Approches cliniques. *La filière gérontologique et gériatrique : parcours de vie/parcours de soins*, 39-62. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur. doi:10.3917/dbu.trouv.2012.01.0039
- Capron, J. (2015). Retentissement psychiatrique de l'AVC. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 15(90), pp. 253-8. doi:doi.org/10.1016/j.npg.2015.04.003
- Centre de référence du modèle de l'occupation humaine. (2024). *MOHOST*. Récupéré sur <https://crmoh.ulaval.ca/outils-devaluation/mohost/>
- Charfi, N, Trabelsi, S, Turki, M, Mâalej Bouali, M, Zouari, L, Dammak, M. et al. (2017). Impact du handicap physique et des troubles émotionnels concomitants sur la qualité de vie en post-AVC. *L'Encéphale*, 43(5), pp. 429-34. doi:doi.org/10.1016/j.encep.2016.05.014
- Daviet, J, Compagnat, M, Bernikier, D. & Salle, J-Y. (2022). Réadaptation après accident vasculaire cérébral : retour et maintien à domicile, vie quotidienne. *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 206(5), pp. 616-22. doi:10.1016/j.banm.2022.02.015
- De Ketele, J-M. & Roegiers, X. (1996). *Méthodologie du recueil d'informations : fondements des méthodes d'observation, de questionnaires, d'interviews et d'étude de documents* (Vol. 3ème). Bruxelles, Belgique: De boeck.
- Desrosiers, J, Bourbonnais, D, Noreau, L, Rochette, A, Bravo, G. & Bourget, A. (2005, Nov). Participation after stroke compared to normal aging. *J Rehabil Med*, 37(6), pp. 353-7. doi:10.1080/16501970510037096
- Desrosiers, J, Robichaud, L, Demers, L, Gélinas, I, Noreau, L. & Durand, D. (2009). Comparison and correlates of participation in older adults without disabilities. 49(3), pp. 397-403. doi:10.1016/j.archger.2008.12.006
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2022). *Les motivations de départ à la retraite*. Drees. Récupéré sur https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-05/19-Les_motivations_de_d%C3%A9part_%C3%A0_la_retraite.pdf

- Enjalbert, M. (1997). Reprogrammation sensorimotrice. *Kinésithérapie Médecine Physique Réadaptation*.
- FHP Syndicat des Soins de Suite et de Réadaptation. (2010). *Les SSR, c'est quoi ?* Récupéré sur Les cliniques de SSR: <https://www.fhp-ssr.fr/les-ssr-c-est-quoi>
- Figueiredo, S, Korner-Bitensky, N, Rochette, A. & Desrosiers, J. (2009, 10 08). Use of the LIFE-H in stroke rehabilitation: A structured review of its psychometric properties. *Disability and rehabilitation*, pp. 705-712.
- Fondation pour la Recherche sur les AVC. (2023). *Les AVC*. Récupéré sur Fondation pour la Recherche Médicale: <http://www.fondation-recherche-avc.org/qu-est-ce-qu-un-avc>
- Fougeyrollas, P. & Noreau, L. (2014, 01). *La mesure des habitudes de vie - guide d'utilisation*. Consulté le 01 22, 2024, sur MHAVIE: https://ripph.qc.ca/wp-content/uploads/2017/10/3_Adulte_Guide-dutilisateur_francais.pdf
- Giroux, C. & Perrault, A. (2024). *Utilisation de OT'hope A*. Récupéré sur <http://www.ot-hope.com/Info%20othope%20A.html>
- Haute Autorité de Santé. (2009). *Accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce (alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse)*. Saint-Denis La Plaine: Service communication et information des publics. Récupéré sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-07/avc_prise_en_charge_precoce_-_recommandations.pdf
- Hilari, K. & Northcott, S. (2006). Social support in people with chronic aphasia. *Aphasiology*, 20(1), pp. 17-36. doi:10.1080/02687030500279982
- Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soin infirmiers*, 102, pp. 23-34. Consulté le 02 26, 2024
- INSERM. (2017, juin 13). *Accident vasculaire cérébral (AVC) : La première cause de handicap acquis de l'adulte*. Consulté le mai 19, 2023, sur Dossiers: <https://www.inserm.fr/dossier/accident-vasculaire-cerebral-avc/>
- Institut National de la Statistique et des Études Économiques. (2023, 07 25). *Âge conjoncturel moyen de départ à la retraite selon le sexe*. Récupéré sur Statistiques et études: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5209769#:~:text=graphique%C3%82ge%20conjoncturel%20moyen%20de%20d%C3%A9part%20%C3%A0%20la%20retraite%20selon%20le%20sexe&text=Femmes%20Hommes%20Ensemble-,Lecture%20%3A%20en%202021%2C%20l%27%C3%A2ge%20conjoncturel%20moy>

- Institut National de la Statistique et des études économiques. (2023, 12 12). *Davantage de personnes âgées en perte d'autonomie à domicile dans les départements les plus pauvres*. Récupéré sur Statistiques et études: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7716002>
- Institut National de la Statistique et des Études Économiques. (2013, 10 23). *15 millions de grands-parents*. Récupéré sur Statistiques et Études: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281390>
- Institut Nationale de la Jeunesse et de l'Éducation Populaire. (2020). *Les chiffres clés de la vie associative 2019*. Paris. Récupéré sur <https://www.calameo.com/read/00475588059d7ba5e1283>
- Institut Nazareth et Louis-Braille. (2024). *Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO) – Canadian Occupational Performance Measure (COPM)*. Récupéré sur Répertoire ORVIS: <https://extranet.inlb.qc.ca/recherche-et-innovation/orvis/mcro-fiche-orvis/>
- Khawla, B. Y, Jamoussi, H, Ben, A, Mariem Safia, B. M, Fray, S. & Fredj, M. (2022). Dépression et accidents vasculaires cérébraux ischémiques. *Revue Neurologique*, 178, p. S52. doi:doi.org/10.1016/j.neurol.2022.02.238
- Kivits, J, Frédéric, B, Fournier, C. & Winance, M. (2016). *Les recherches qualitatives en santé*. (A. Colin, Éd.) Consulté le 02 20, 2024, sur <https://www-cairn-info.ezproxy.u-pec.fr/les-recherches-qualitatives-en-sante--9782200611897.htm>
- Larousse. (2024). *Vieillesse*. Récupéré sur Dictionnaire en ligne: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/vieillesse/81927>
- Laurent, K, De Sèze, M.-P, Delleci, C, Koleček, M, Dehail, P, Orgogozo, J.-M. & Mazaux, J.-M. (2011). Assessment of quality of life in stroke patients with hemiplegia. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 54(6), pp. 376-90. doi:doi.org/10.1016/j.rehab.2011.06.002
- Légifrance. (2024). *Article R. 6123-118 du code de la santé publique*. Récupéré sur https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000044965151?init=true&page=1&query=R.+6123-118&searchField=ALL&tab_selection=all
- Légifrance. (2024). *Article R6123-121 du code de la santé publique*. Récupéré sur https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000044965140
- Lenzi, G, Altieri, M. & Maestrini, I. (2008). Post-stroke depression. *Revue Neurologique*, 164(10), pp. 837-40. doi:doi.org/10.1016/j.neurol.2008.07.010
- Lobna, A, Imen, B, Mariem, D, Lotfi, G, Chokri, M. & Othman, A. (2013, 10). Dépression après un accident vasculaire cérébral chez le sujet âgé : étude transversale à propos de 40 cas. *L'information psychiatrique*, 89, pp. 843-50.

- Mbelesso, P, Tabo, A, Junior Kponsere, A, De Paul Senekian, V, Yangatimbi, E, Caleb Kette, G. & Oundagnon, B. (2014). Dépression post accident vasculaire cérébral à Bangui : forces et faiblesses du traitement efficace. *Revue Neurologique*, 170, pp. A87-8.
doi:doi.org/10.1016/j.neurol.2014.01.645
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Modèles conceptuels en ergothérapie: introduction aux concepts fondamentaux* (éd. 2^e édition). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur. Récupéré sur <https://www.furet.com/media/pdf/feuillette/9/7/8/2/3/5/3/2/9782353273775.pdf>
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2009, janvier 1). *L'ergothérapie et les accidents vasculaires cérébraux (AVC)*. Récupéré sur Chroniques de l'ergothérapie: <https://www.oeq.org/publications/chroniques-de-l-ergotherapie/6-l-ergotherapie-et-les-accidents-vasculaires-cerebraux-avc-.html#:~:text=Dans%20ce%20cas%2C%20l'ergoth%C3%A9rapeute,fauteuil%20%C3%A0%20un%20autre%20fauteuil.>
- Organisation Mondiale de la Santé, Région Méditerranée orientale. (2024). *Accident vasculaire cérébral*. Récupéré sur Thèmes de santé: <https://www.emro.who.int/fr/health-topics/stroke-cerebrovascular-accident/index.html>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2001). *Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé*. Genève.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2022, octobre 1). *Vieillesse et santé*. Récupéré sur Principaux repères: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Ossou-Nguet, P, Mouanga, A. & Ngouma Youmbert, A. (2017). Dépression post Accident Vasculaire Cérébral au CHU de Brazzaville. *Revue Neurologique*, 173, pp. S171-2.
doi:doi.org/10.1016/j.neurol.2017.01.330
- Poncet, F, Swaine, B, Migeot, H, Lamoureux, J, Picq, C. & Pradat, P. (2017, 04 04). Effectiveness of a multidisciplinary rehabilitation program for persons with acquired brain injury and executive dysfunction. *Disability and Rehabilitation*, pp. 2-14. doi:10.1080/09638288.2017.1300945
- Réseau international sur le Processus de production du handicap. (2024). *Le modèle*. Récupéré sur Modèle MDH-PPH: <https://ripqh.qc.ca/modele-mdh-pph/le-modele/>
- RIPPH. (2024). *Versions disponibles et spécimens de la MHAVIE*. Récupéré sur <https://ripqh.qc.ca/documents/mhavie/specimens/>
- Santé Publique France. (2012, janvier 10). *Prévalence des accidents vasculaires cérébraux et de leurs séquelles et impact sur les activités de la vie quotidienne : apports des enquêtes déclaratives Handicap - santé - ménages et Handicap - santé - institution, 2008-2009*. Récupéré sur

Maladies cardiovasculaires et accident vasculaire cérébral:

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/accident-vasculaire-cerebral/documents/article/prevalence-des-accidents-vasculaires-cerebraux-et-de-leurs-sequelles-et-impact-sur-les-ac>

Santé Publique France. (2019, juin 17). *Accident vasculaire cérébral*. Récupéré sur Maladies cardiovasculaires et accident vasculaire cérébral:

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/accident-vasculaire-cerebral/la-maladie/#tabs>

Santé Publique France. (2022, novembre 30). *Bien vieillir*. Récupéré sur Dossier thématique:

<https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age/la-sante-a-tout-age/bien-vieillir>

Société Anonyme LNA SANTÉ. (2024). *LNA Santé, Soigner & prendre soin*. Récupéré sur

<https://www.lna-sante.com/soins-de-suite-et-readaptation/>

Starksteina, S. & Lischinskyb, A. (2002, Mar). Diagnosis, phenomenology and treatment of poststroke depression. *Braz. J. Psychiatry*, 24(1), pp. 44-9. doi:10.1590/S1516-44462002000100011

Tétreault, S. & Guillez, P. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*.

doi:<https://doi.org/10.3917/dbu.guill.2014.01>

Urbanski, M, Monfumat, C, Carbonel, V, Cazeilles, V, Gibassier, C, Cools, N. & Bonneau, G. (2017).

Les difficultés après un accident vasculaire cérébral. Saint-Maurice: Hôpitaux de Saint-Maurice. Récupéré sur https://www.hopitaux-saint-maurice.fr/Ressources/FCK/livretapresavc_2017_web.pdf

Von Lennep, F. (2015). *Soins de suite et de réadaptation : les personnes de 70 ans ou plus effectuent la moitié des séjours*. Lens: Drees : Études & Résultats. Récupéré sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er943.pdf>

Younes-Mhenni, S, Daoussi, N. & Mokni, N. (2012). Facteurs prédictifs de dépression dans l'AVC ischémique : étude descriptive de 50 patients. *Revue Neurologique*, 168, pp. A99-100.

doi:[doi:10.1016/j.neurol.2012.01.253](https://doi.org/10.1016/j.neurol.2012.01.253)

Zeltzer, L, Salter, K. & McDermott, A. (2018, 06 26). *Stroke Impact Scale (SIS)*. Récupéré sur Info AVC: <https://strokengine.ca/fr/assessments/stroke-impact-scale-sis/>

ANNEXES

ANNEXE 1 : ALGORITHME DE PRISE EN CHARGE PRÉCOCE DES PATIENTS AYANT UN AVC	I
ANNEXE 2 : DIFFICULTÉS DES PERSONNES AVEC ANTÉCÉDENTS D’AVC POUR LES ACTIVITÉS ÉLÉMENTAIRES DE LA VIE QUOTIDIENNE ET COMPARAISON AVEC LA POPULATION SANS ANTÉCÉDENT D’AVC.....	II
ANNEXE 3 : INJEP, « LES CHIFFRES CLÉS DE LA VIE ASSOCIATIVE 2019 », P. 20	III
ANNEXE 4 : MDH-PPH.....	IV
ANNEXE 5 : MDH-PPH 2.....	V
ANNEXE 6 : QUESTIONNAIRE DE PRÉ-ENQUÊTE.....	VI
ANNEXE 7 : GUIDE D'ENTRETIENS	VII
ANNEXE 8 : ENTRETIEN DE E2	X
ANNEXE 9 : GRILLE D’ANALYSE	XVIII

Annexe 1. Algorithme de prise en charge précoce des patients ayant un AVC

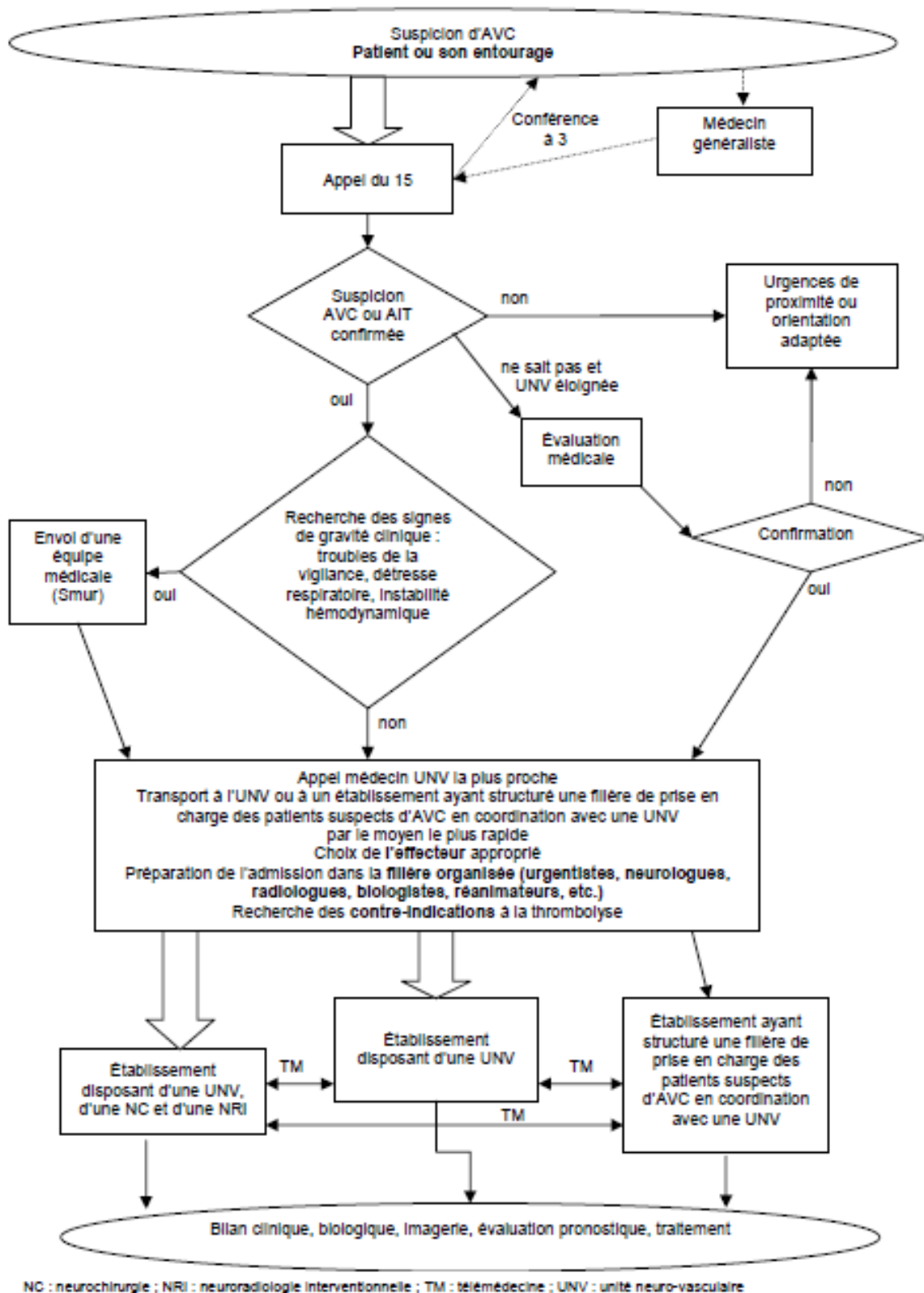


Figure 12 : HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / Mai 2009

Annexe 2 : Difficultés des personnes avec antécédents d’AVC pour les activités élémentaires de la vie quotidienne et comparaison avec la population sans antécédent d’AVC

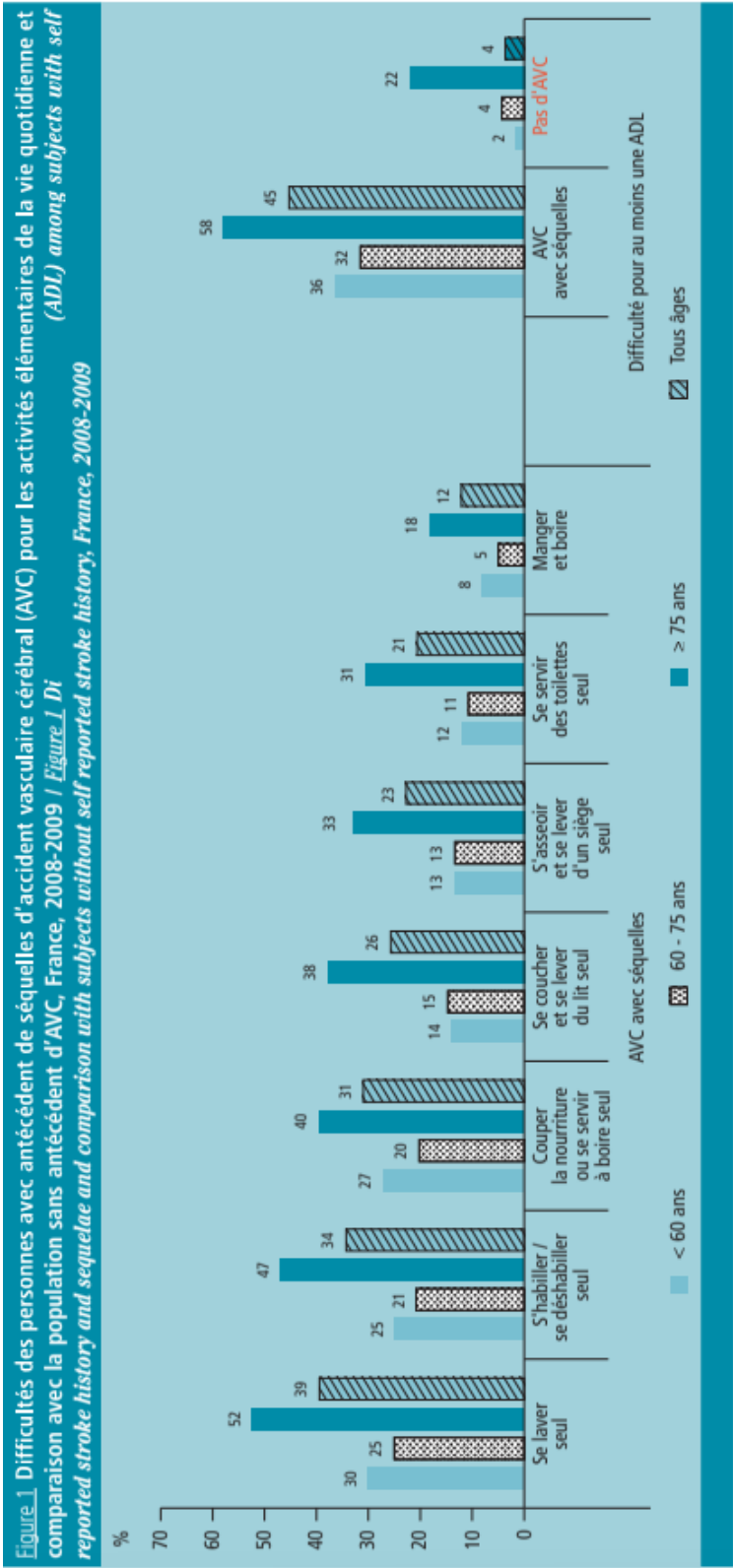


Figure 13: Source - Peretti C, Grimaud O, Tuppin P, Chin F, Woimant F Bulletin (2012) Epidémiologie Hebdomadaire, n°. 1, p. 1-6

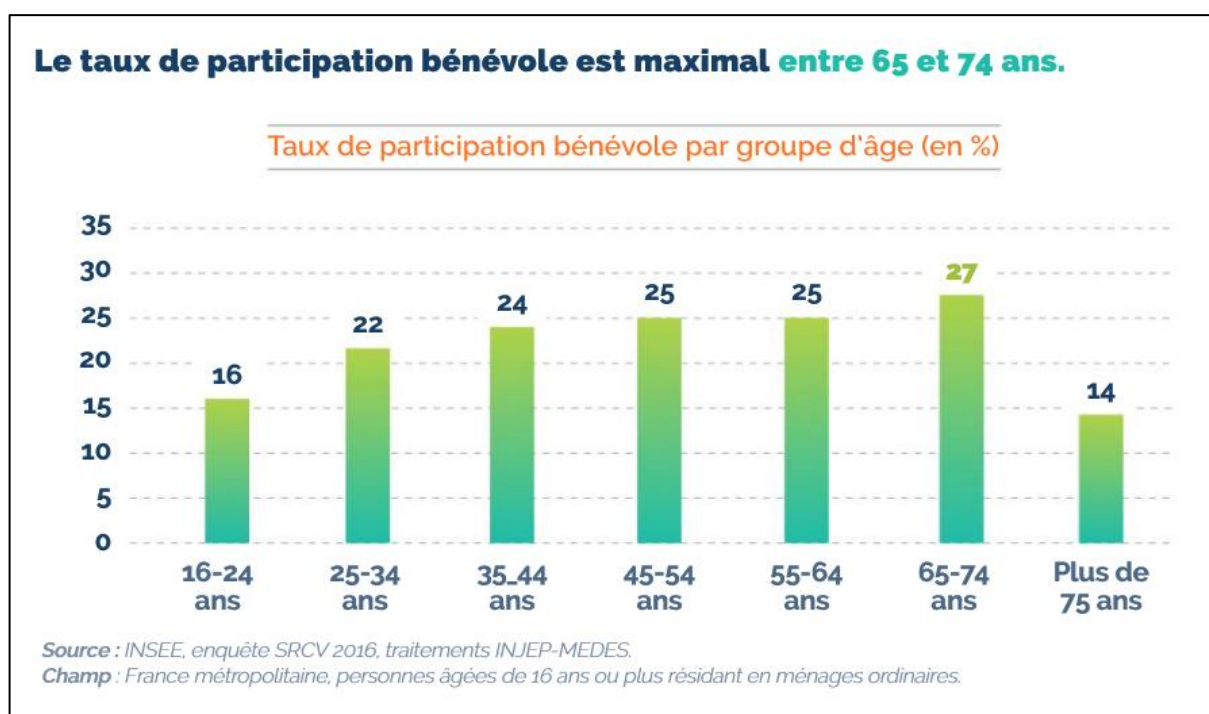


Figure 14 : Enquête INSEE 2016, traitement INJEP-MEDES

Annexe 4 : MDH-PPH

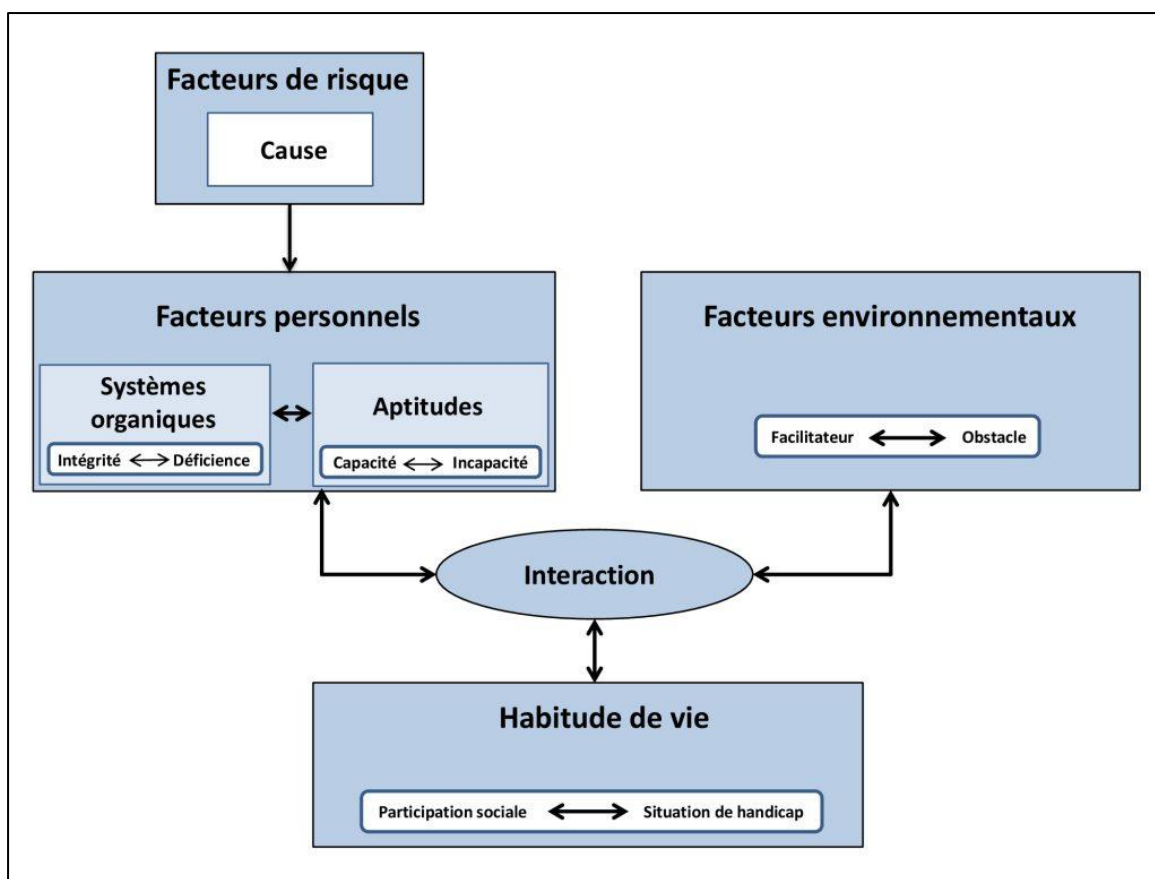


Figure 15 : Schéma du Modèle de développement humain – Processus de production du handicap.

Annexe 5 : MDH-PPH 2

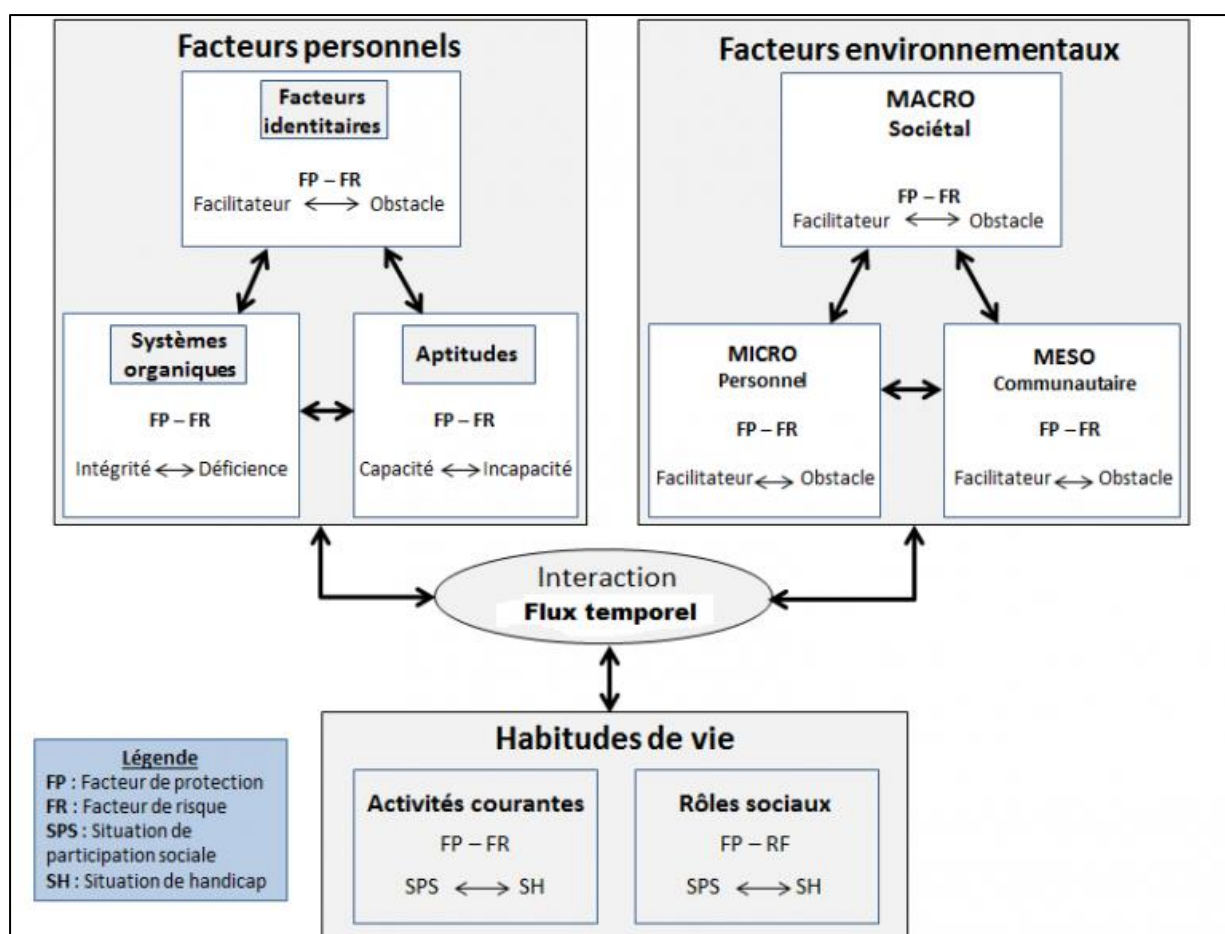


Figure 16 : Schéma de la version 2 du Modèle de développement humain – Processus de production du handicap.

Annexe 6 : Questionnaire de pré-enquête

Outil de participation sociale en ergothérapie

Ce questionnaire a pour objectif de recenser les différents outils de participation sociale connus des ergothérapeutes travaillant avec des jeunes retraités souffrant de dépression post-AVC.

1 Consentez-vous à répondre à ce questionnaire ?*

Vos informations personnelles ne seront pas diffusées et elles seront traitées uniquement dans le cadre de ces travaux en ergothérapie, puis supprimées.

☐

Oui

☐

Non

2 Avez-vous plus d'un an d'expérience en tant qu'ergothérapeute en SSR neurologique ?

☐

Oui

☐

Non

3 Avez-vous plus d'un an d'expérience en tant qu'ergothérapeute en HAD-R neurologique ?

☐

Oui

☐

Non

4 Dans quelle Région exercez-vous ?

5 Avez-vous suivi des patients souffrant de dépression post AVC ? (même non diagnostiqués)

☐

Oui

☐

Non

6 Quels outils spécifiques à l'évaluation de la participation connaissez-vous ?

7 Quelles coordonnées puis-je utiliser pour vous recontacter afin de programmer un entretien ?

Merci infiniment d'avoir pris le temps de répondre à ces questions. J'espère avoir le plaisir de vous contacter bientôt.

Bien cordialement,

Lucile Reppel - lucile.reppel@outlook.fr

Annexe 7 : Guide d'entretiens

Bonjour, merci d'avoir accepté de réaliser un entretien pour enrichir ma recherche. Je vais commencer par me présenter. Je suis Lucile Reppel, 21 ans, étudiante en 3^{ème} année d'ergothérapie à l'IFE de Créteil. J'espère être diplômée cet été, et travailler par la suite dans un centre de rééducation neurologique.

Si cela vous convient, j'aimerais enregistrer notre discussion pour l'analyser ultérieurement dans le cadre de mon mémoire. L'enregistrement se fait à l'aide d'un dictaphone dédié et sera stocké dans un répertoire informatique sous mot de passe. Lors de notre entretien, n'hésitez pas à parler le plus naturellement qui soit. Ensuite, je vous demanderai de signer un formulaire de consentement de participation.

Mon mémoire porte sur la participation sociale chez les personnes présentant une DPAVC. Il est important de noter que cela inclut aussi les personnes non-diagnostiquées mais qui présentent des signes dépressifs à la suite d'un AVC.

Tableau VI : Guide pour mener les entretiens de façon reproductible.

Objectifs	Thèmes	Questions	Relances
Établir les profils des ergothérapeutes	Parcours professionnel	Quel a été votre parcours professionnel depuis l'obtention de votre diplôme d'ergothérapeute ?	Dans quelle école avez-vous été diplômé ? Dans quel type d'établissement travaillez-vous ? Depuis combien de temps y travaillez-vous ? Avez-vous travaillé dans d'autres structures auparavant ? Lesquelles ?
Définition de la participation sociale : « réalisation des habitudes de vie, c'est-à-dire les activités de la vie courantes et les rôles sociaux d'une personne » (Fougeyrollas & Noreau, 2014).			
1	Difficultés de participation sociale	Selon vous, quelles sont les difficultés de participation sociale des personnes retraitées souffrant de DPAVC ?	Pouvez-vous décrire leurs difficultés dans les activités de la vie courantes ? Est-ce que les difficultés sont plus sur la toilette – l'habillage – les repas – les déplacements – les soins personnels ? Pouvez-vous décrire leurs difficultés dans les rôles sociaux ? Pensez-vous que les difficultés de participation sociale chez les personnes souffrant de DPAVC sont plutôt dans

Objectifs	Thèmes	Questions	Relances
			les activités courantes de la vie ou plutôt dans les rôles sociaux ? Est-ce que les difficultés sont plus dans les responsabilités, les relations, la vie associative et spirituelle, les loisirs ?
2	Outils d'évaluation de participation sociale	Quels sont les outils que vous connaissez pour évaluer la participation sociale ? Lesquels utilisez-vous dans votre pratique au quotidien ?	Si la réponse est imprécise : Pouvez-vous dresser une liste des outils que vous connaissez pour évaluer la participation sociale ? Voici une liste d'outil : MCRO Mesure Canadienne du Rendement Occupationnelle – MHAVIE Mesure des Habitudes de VIE – RNLI Reintegration to Normal Living Index – SATIS-Stroke – SIS Stroke Impact Scale Est-ce que vous en utilisez un ou plusieurs dans votre pratique professionnelle
Les rôles sociaux sont classés selon différentes catégories : responsabilité, relations interpersonnelles, vie associative et spirituelle, éducation, travail et loisirs.			
3	Outils d'évaluation des rôles sociaux	Quels sont les outils que vous connaissez pour évaluer les rôles sociaux ? Lesquels utilisez-vous dans votre pratique au quotidien ?	Pour plus de précision : Pouvez-vous dresser une liste des outils que vous connaissez pour évaluer les rôles sociaux ? Comment utilisez-vous ces outils dans votre pratique ? En quoi trouvez-vous l'utilisation de ces outils pertinente ?
3-4	MHAVIE et rôles sociaux	Pouvez-vous me dire si selon vous la MHAVIE est pertinente dans l'évaluation des rôles sociaux ?	Pour quelles raisons utilisez-vous, ou pas, la MHAVIE pour évaluer les rôles sociaux ? Quels sont les avantages et limites de la MHAVIE pour évaluer les rôles sociaux des personnes DPAVC Pour plus de précision, est-ce que les catégories de rôles sociaux de la MHAVIE sont pertinentes ? Est-ce que vous trouvez que la MHAVIE est plutôt facile ou plutôt difficile à faire passer ? Est-ce que vous trouvez qu'elle est plutôt coûteuse pour le thérapeute ou non ? Est-ce que vous trouvez que la MHAVIE est coûteuse pour le patient ou non ?

Objectifs	Thèmes	Questions	Relances
			Pour vous aider, voici une partie de la MHAVIE traitant de la vie associative et spirituelle dans les rôles sociaux. Pouvez-vous me dire, après lecture, ce que vous en pensez ?
5	Accompagnement des rôles sociaux	Selon vous, qu'est-ce qui ferait dire que la MHAVIE est suffisante ou insuffisante pour l'élaboration d'un accompagnement en ergothérapie autour des rôles sociaux ?	Pour vous, l'évaluation MHAVIE permet-elle d'établir un suivi en ergothérapie sur les rôles sociaux ? Utilisez-vous exclusivement la MHAVIE en ciblant les rôles sociaux pour le suivi des personnes retraités souffrant de DPAVC (évaluation initiale, intermédiaire et finale) ? Prenez-vous en compte l'évolution du niveau de satisfaction de la personne pour ce domaine ?
		Comment accompagnez-vous les personnes après la passation de la MHAVIE ?	Qu'est-ce que vous entreprenez comme moyen d'intervention pour cibler les rôles sociaux ? Est-ce que vous utilisez des outils d'accompagnement spécifiques sur les rôles sociaux ?

Merci infiniment d'avoir pris le temps de cet échange. J'espère qu'il n'a pas été trop long pour vous. Si cela vous intéresse, je pourrais vous envoyer mon mémoire une fois terminé. N'oubliez pas de remplir le formulaire consentement que vous recevrez par mail. Avez-vous des questions avant de clore l'enregistrement ?

[Blablabla]

Si c'est tout bon pour vous, nous allons pouvoir nous arrêter là. Bonne fin de journée et merci encore !

Annexe 8 : Entretien de E2

Moi : Est-ce que je peux enregistrer l'entretien ?

Ergo : Oui, bien sûr. Est-ce que ça te dérange si tu me tutoies ?

Non, du tout.

Parce que je ne me sens pas encore vieux, je ne te cache pas. Bon, dans quelque mois tu seras ma collègue donc... euh moi je ne vouvoie jamais mes collègues je t'avoue.

Pas de souci. Du coup, pour me présenter. Déjà, merci d'être là et de m'accorder du temps.

Pas de souci.

Moi, je suis Lucile, j'ai 21 ans, je suis étudiante en dernière année d'ergothérapie à l'IFE de Créteil.

OK

J'espère être diplômée cet été.

Bien-sûr.

Pour, par la suite, travailler en centre de rééducation neuro.

OK, c'est intéressant.

Voilà. C'est aussi pour cela que mon mémoire parle de neurologie.

Cela semble logique.

Mon mémoire parle de la participation sociale chez les personnes souffrant de dépression post-AVC.

OK

Cela inclut les personnes non-diagnostiquées. Parce que la dépression post-AVC est sous diagnostiquée. Cela peut être des personnes présentant des signes ressemblant à de la dépression. Voilà pour la présentation.

Est-ce que je peux vous demander quel a été votre parcours professionnel depuis l'obtention de ton diplôme ?

Euh, alors moi, je suis diplômée depuis 3 ans... du coup... de l'école de Berck-sur-mer. Euh donc... depuis que je travaille, donc ça fait 3 ans, je suis passée beaucoup par... j'ai bossé essentiellement en gériatrie, avec une population gériatrique.

OK

Eum... Pas mal en EHPAD au début de mon diplôme pour me former un peu plus. Euh j'ai bossé quelques temps en centre de rééducation pendant 1 ans et demi. Donc centre de rééducation ortho et neuro. J'ai bossé en neurologie aiguë dans un hôpital aussi. Donc les personnes venaient juste de faire un AVC et on les recevait dans le service euh neuro aiguë et ce qu'on appelle aussi la neuro froide. Donc ce sont des patients qui, je te dis : ils arrivent, ils

ont des gros problèmes neuro. Alors ça peut être AVC, ça peut être trauma crânien, ça peut être cirse d'épilepsie. Beaucoup de choses différentes. Et là, actuellement, je travaille en hôpital gériatrique. Euh notamment dans un SSR, service de cardiologie, et hôpital de jour gériatrique.

OK

Voilà. J'ai pas mal bougé. Après je suis dans la région de Dijon. À côté de Dijon.

OK. Pour définir un peu la participation sociale. Pour être sûres que l'on parle de la même chose...

Yes

... la participation sociale c'est la réalisation des habitudes de vie, que ce soit les activités de la vie courante ou les rôles sociaux d'une personne. Je me base sur la définition du MDH-PPH.

OK

Selon vous, quelles sont les difficultés de participation sociale pour une personne retraitée souffrant de dépression post-AVC ?

Alors eum. Il peut y avoir plusieurs choses.

Eum déjà la première difficulté c'est qu'on va avoir une perte d'autonomie, donc les habitudes de vie vont être impactées. Eum perte d'autonomie dit perte de eum notion de eum comment dire ça. Eum La personne, en fait, elle va être eum très souvent euh vraiment focalisée sur son problème de santé, ce qui peut être logique et understandable. Et parfois oublier complètement eum ce qui se passe autour d'elle, souvent, c'est des personnes qui vont soit s'isoler, soit ne plus vouloir voir personnes. En tout cas je parle pour mon expérience personnelle, avec les patients que j'ai eus, qui avait une dépression post-AVC. Euh qui ont rejeté totalement leur famille.

Le rôle social va être difficile dans le sens où, par exemple, un Monsieur (je pense à un Monsieur qui a eu un AVC que j'ai suivi récemment), eum il rejetait complètement sa femme. Il ne voulait pas que sa femme vienne le voir. Il ne voulait pas que ses enfants viennent le voir. Il ne voulait pas que ses enfants le voient dans son... dans un fauteuil roulant... dans son état de santé. Et, du coup le rôle social a été perdu, forcément, puisque bah, il n'avait plus son rôle de père, de grand-père, de mari.

Ça faisait beaucoup souffrir sa famille qui l'a forcé... enfin, ils l'ont, ils se sont « imposés » dans la chambre entre guillemet. On est là, on s'en fiche que tu sois en fauteuil. Mais forcément les personnes vont être très focalisées sur leur état de santé. Et ça ils le font autant ressentir à leur famille qu'aux professionnels de santé puisque, forcément, nous, quand on va les voir, la première chose qu'ils nous disent : oui ! pourquoi mon bras il ne bouge plus, pourquoi ma jambe elle ne bouge plus, pourquoi je ne peux pas marcher, pourquoi est-ce que je n'arrive plus à réfléchir, pourquoi est-ce que je ne peux plus faire telle ou telle activité, pourquoi est-ce que je ne peux pas me laver tout seul, pas me lever tout seul, je ne peux pas manger comme avant, je suis obligé de manger de la purée alors qu'avant je mangeais des gros steaks. Euh voilà. Il y a toute ces choses-là qui vont rentrer en ligne de compte. Je ne sais pas si cela répond à ta question ?

Si, si si. Donc du coup beaucoup de questionnements auprès des équipes finalement.

Ouais, beaucoup de questionnements auprès des équipes. Sachant que... alors après je ne sais pas euh est-ce que c'est de l'AVC aiguë ou est-ce que c'est des personnes qui ont un AVC déjà depuis un certain temps ? Parce que cela ne va pas être forcément la même chose.

Honnêtement je traite des deux.

OK, les deux. Parce que tu vois, par exemple, je ne vais pas rentrer... parce que tu aurais probablement d'autres questions... mais une personne qui vient juste de faire un AVC elle est complètement déphasée de la réalité. C'est-à-dire que, pour elle, voilà... il faut se mettre aussi à la place des personnes. Tu fais un AVC, tu as une partie de ton corps qui ne bouge plus, on va parler de l'hémiplégie eum bah forcément tu te dis : pourquoi ça m'arrive, pourquoi je n'arrive pas à bouger les doigts et j'y arrivais très bien hier, pourquoi je n'y arrive plus, pourquoi je n'arrive pas à bouger les orteils, les genoux... enfin le genou ?

C'est des personnes qui vont tout de suite être très très inquiètes. Après, la dépression elle peut prendre plusieurs formes, si elle est diagnostiquée, forcément. Il y a les psychologues qui vont rentrer en jeu, des professionnels qui vont intervenir. Si elle n'est pas forcément diagnostiquée, on va se poser des questions, donc, la personne, on ne va pas trop arriver à la cerner. Ça peut être des gens qui cachent aussi leur dépression, euh qui vont essayer de camoufler entièrement leur état psychique, qui vont... voilà, ils vont toujours dire que ça va bien, alors que ça ne va pas du tout et qu'ils pleurent tous les soirs en se couchant etc. Donc ouais cela dépend de si... Puis chaque personne est différentes face à la maladie. C'est délicat de rendre vraiment quelque chose de général. Donc euh. Il ne faut pas trop que je divague. Tu m'arrêtes si je pars trop loin.

Non mais c'est très bien au contraire.

Du coup, est-ce que tu utilises des outils pour évaluer la participation sociale ?

Alors euh, on devrait. Moi j'utilise... En ce moment, je n'utilise pas de bilan. Enfin, dans l'hôpital où je travaille, on est en sous-effectif. Ça c'est une réalité que tu apprendras dans quelques temps, quand tu travailleras. Euh on n'a pas le temps de faire des évaluations. Maintenant, moi j'ai beaucoup bossé avec la MCRO. La MCRO c'est un bilan que j'ai beaucoup fait passer. MCRO, le MHAVIE aussi, je sais pas si tu connais ?

Oui.

Le MHAVIE, je l'ai fait passer aussi un petit peu. Après, des fois j'avais... on avait... enfin, je ne parle pas forcément de là où je bosse, je parle dans les autres centres où j'ai bossé... On avait des bilans un petit peu... c'est pas des bilans validés. C'était des bilans propres au centre euh qu'on faisait passer au patient. Alors il y avait des évaluations, euh des mises en situations, pardon, euh écologiques. On allait voir les patients vraiment euh pour la toilette, pour l'habillage. On faisait des mises en situations cuisine, ça pouvait arriver. Donc ça c'était vraiment propre au centre. Ce n'était pas vraiment des bilans validés.

Après plus sur la MCRO et le MHAVIE eum j'ai pas fait beaucoup d'autres bilans pour les AVC. Ouais c'était surtout ces deux-là.

OK, parfait. Je tourne les pages en même temps.

Vas-y, vas-y.

Est-ce que tu connais des outils qui évaluent les rôles sociaux ?

Non, je t'avoue qu'à chaque fois c'est la psychologue qui s'occupait plus de cet aspect-là. Soit la psychologue, soit la psychomotricienne. Euh c'est vrai que nous, en tant qu'ergo, j'ai pas

beaucoup beaucoup d'évaluation. Alors je l'ai évalué sur d'autres pathologie mais pas sur l'AVC.

Et sur d'autres pathologies, qu'est-ce que tu utilisais ?

Pareil, c'était des bilans... Je pense notamment à la lombalgie parce que j'ai beaucoup bossé dans l'école du dos. Et les rôles sociaux on l'évaluait sur un bilan euh sur l'impact en fait, de la douleur sur le rôle social. Par contre, le nom, je ne m'en rappelle plus. Je t'avoue que ça fait un petit moment. Euh mais oui c'était un bilan qui évaluait surtout au niveau de la douleur.

OK, la MHAVIE évalue les rôles sociaux.

Oui, c'est vrai. Ça fait tellement longtemps que je les ai fait passer ces bilans que, tu vois... C'est vrai, c'est vrai. Effectivement.

Et comment vous utilisiez la MHAVIE avant ? Ou même maintenant quand vous l'utilisez. Sous quelles modalités ?

Euh, bonne question. J'essaie de me souvenir. Ça fait longtemps. Franchement ça fait plus de deux ans que je ne l'ai pas utilisé ce bilan-là. Euh bonne question, bonne question. Ah je veux pas te dire de bêtise, franchement je m'en rappelle pas du tout. Le MCRO j'arrive encore à me souvenir mais la MHAVIE euh c'est loin tout ça.

Pour t'aider, il y a deux formes de MHAVIE. Il y a la courte et la développée. La courte, il y a peu de questions. La développée, elle est assez longue je crois que...

On fait que la courte. La longue tu l'as fait rarement quand tu bosses.

Et tu posais toutes les questions de la courte ?

Ouais, toutes les questions.

En auto-questionnaire ?

Non, jamais en auto-questionnaire, parce qu'on considère que l'aspect cognitif peut être un biais. Donc euh moi, je posais les questions. Après on faisait comme ça, nous. Je dis pas que c'est forcément la seule manière.

C'est bien de savoir, OK. Est-ce que ça vous arrivait de la faire passer aux familles ?

Non, jamais les familles. Bon, après, c'est triste à dire mais j'ai été diplômé pendant le C.O.V.I.D. donc les familles n'allaient plus voir le patient. C'est aussi pour ça que... Après, sûrement qu'on aurait pu la faire passer si le contexte sanitaire était différent. Mais là euh avec le C.O.V.I.D. les familles, on les voyait pas trop.

Et pourquoi le choix de la faire passer avec un thérapeute ?

Tu disais « les troubles cognitifs ». Est-ce qu'il y a autre chose qui vous poussait en général en tant qu'équipe vers ce choix-là ?

Non c'était les modalités du centre qui étaient... En fait, on avait des bilans imposés par les médecins notamment Euh qui nous obligeaient à faire passer ces bilans-là. C'était des choix qui étaient définis depuis X temps. On n'avait pas forcément notre mot à dire. Après, on pouvait remettre en question certains choix de bilan. Par exemple si on avait un médecin qui nous demandait de faire un bilan moteur, peu importe box and bloc ou n'importe quoi, euh tu avais

toujours moyen de dire : bah là, c'est pas nécessaire, le patient ne peut pas faire, il peut pas faire. Enfin on va pas lui faire faire un box and bloc s'il bouge pas du tout son membre sup. Euh mais après en fait, on avait des batteries de bilan à faire passer. On prenant bien 1h30, 2h. On avait deux séances à chaque fois et voilà, pour faire des comptes rendus après au médecin.

OK. Et quel temps de passation pour la MHAVIE justement à peu près ?

Je pense qu'on était entre une demi-heure et une heure. Je pense à peu près. Après ça dépend des patients. Il y en a qui parlaient bien et vite, d'autres où il fallait déchiffrer un peu les hiéroglyphes.

OK. Donc la MHAVIE évalue les rôles sociaux et moi, ça, ça m'intéresse.

(Si je vous montre, j'espère que ça va marcher. Est-ce que vous voyez mon écran ?)

Oui je vois.

Donc la MHAVIE, ce sont les activités de la vie courante et les rôles sociaux. Dans les rôles sociaux la MHAVIE évalue les responsabilités, les relations interpersonnelles, la vie associative et spirituelle, l'éducation, le travail et les loisirs. Est-ce que tu peux me dire si la MHAVIE évalue de manière pertinente les rôles sociaux ?

Alors pour moi oui. Pour moi c'est pertinent parce que ça... ça euh enveloppe la majorité de ce qu'un patient / une patiente peut avoir dans sa vie notamment sur la... (Il n'y a pas que le côté familial. Il y a des bilans qui évaluent que le côté familial.) La MHAVIE, elle essaie vraiment d'englober la totalité, surtout sur des personnes qui n'ont pas forcément de famille, mais qui ont des rôles sociaux important que ce soit associatif, que ce soit au niveau des loisirs... Je pense que... moi je pense que oui, c'est un bon bilan qui évaluent bien la totalité des rôles que peut avoir un patient.

OK

C'est aussi pour ça qu'on l'utilise d'ailleurs.

Et est-ce que vous pouvez me donner un peu les avantages et les inconvénients de la MHAVIE ?

Alors les avantages, comme je te dis, c'est euh c'est euh un bilan qui reste assez holistique dans sa vision des choses. Euh après, les inconvénients, c'est pas forcément... le bilan est bien.

Maintenant l'inconvénient, en fait tout bilan est bien si on a le temps de les faire passer. Le problème de la MHAVIE, je trouve, c'est quand même un bilan qui est assez long, assez intrusif. Les patients, ils ont pas forcément envie de parler de leurs rôles sociaux. Ce que je peux comprendre. Parce que, bah voilà, il y a des choses qu'on n'a pas forcément envie de dire. Un truc tout bête, mais si on commence à évoquer la religion, et bah il y a des patients qui ne veulent pas parler de religion, qui veulent pas évoquer ce qu'ils font dans leur communauté. Ou il y a des problèmes familiaux. Et vous dire qu'ils ont des enfants : bah oui j'ai 3 enfants mais il y en a deux qui sont décédés et ma fille je ne lui parle plus. Euh donc il y a des éléments qu'on va pas forcément vouloir nous communiquer. C'est là un peu la limite. Après c'est pas forcément que la MHAVIE. Ça peut être n'importe quel bilan mais ça reste intrusif. Quand on évalue les rôles sociaux ce reste intrusif. Donc il faut être prudent vigilant parfois. Moi je sais que c'est un bilan que je faisais passer. De ce que je me rappelle, je mettais pas forcément tout sur la même séance, parfois je posais des questions à chaque séance qui me faisait remplir un peu le questionnaire.

OK. Et elle est plutôt facile ou difficile à faire passer (que ce soit pour le thérapeute ou le patient) ?

Pour le thérapeute, je pense que ce n'est pas un bilan difficile à faire passer. Après pour le patient, euh ça peut être quelque chose d'assez lourd. Et en plus c'est des questions.

Et, enfin... il faut se rendre compte que y'a pas que nous qui travaillons avec le patient. Il voit le kiné, il voit l'APA, il voit le médecin, le psychologue, des fois la psychomotricienne, des fois la diététicienne. Ça fait beaucoup de questions qu'on lui pose. Si, nous, on est le dernier à passer pour X raisons, euh forcément, il va être très réticent à notre bilan. Donc je pense que c'est un bon outil de travail mais peut-être pas pour tous les patients.

Et qu'est-ce qui seraient les critères d'inclusions ou d'exclusions des patients ?

Troubles cognitifs. Critère d'exclusion, eum inclusion je dirais.

Euh forcément les aphasiques parce que c'est compliqué. Après, on peut mettre des choses en place mais je pense qu'un bilan sans pouvoir parler ça peut être compliqué, surtout la MHAVIE.

Euh après critères d'inclusion ça serait, je pense, des patients où ce serait pertinent d'aller voir les rôles sociaux. Parce que y'a des personnes... parce que si la personne elle n'a pas de famille... moi, ça m'arrive d'avoir des patients qui sont sédentaires, qui font rien de la journée, rien du tout : télé, télé, dodo, télé, dodo. Bon je vais pas aller m'intéresser à leur rôles sociaux clairement. Parce qu'ils ont pas d'enfants, pas de famille. La seule famille qu'ils ont c'est le vieux neveu qui traîne dans la région et qui s'occupe un peu de son tonton. euh bon voilà je vais pas m'y intéresser beaucoup. Ça ne va pas mon...

Sachant qu'il faut bien comprendre que si je te parle en neurologie aigue, je fais pas passer la MHAVIE. Parce que c'est pas notre objectif premier. Notre objectif premier c'est la récupération motrice et on sera que là-dessus.

Maintenant si c'est une personne qui a son AVC depuis un certain temps et qu'on commence à parler d'un retour à domicile, là par contre ça peut être intéressant, parce qu'on peut s'intéresser à son environnement personnelle, son environnement culturelle. Savoir un petit peu si qu'il ou elle fait dans son quotidien. Et s'il y a une vie associative, s'il y a une vie culturelle ou une vie de loisir, on va essayer d'appuyer là-dessus.

Maintenant, moi, j'ai bossé surtout en gériatrie. Et je t'avoue qu'en gériatrie quand les patients ils ont 80 / 90 ans, à part faire partie de l'association du club de carte, ils vont être beaucoup moins... beaucoup moins investis que quand ils ont 70 et qu'ils sont en début de retraite. Tu as beaucoup plus d'activités tu vois. C'est mon avis personnel. Je ne dis pas que c'est toujours le cas. Très souvent les personnes qui ont 90 / 95 ans, elles se disent : bon, franchement, si je n'arrive pas à récupérer, je sais pas quand je serais mort, mais je serai mort dans pas trop longtemps ; voilà ce n'est peut-être plus utile d'aller retrouver mes loisirs d'avant ; si je peux au moins faire ma toilette et voir mes petits-enfants et bah ça sera déjà bien.

OK. Est-ce que l'utilisation uniquement de la MHAVIE est suffisante pour l'élaboration d'un accompagnement en ergothérapie autour des rôles sociaux ?

Est-ce qu'on peut utiliser que ça ? Eum, moi je pense que oui. Moi je pense que oui. Après, si on avait vraiment les objectifs sur les rôles sociaux, il serait intéressant d'autres évaluations pour le faire. Euh moi, ça m'est jamais arrivé parce que j'ai jamais eu les patients aussi

longtemps après un AVC. Mais effectivement ça peut être. Après, je pense que la MHAVIE c'est déjà un très bon début pour aller évaluer ça.

Est-ce qu'il y aurait besoin d'un complément d'autre chose pour faire un bon plan de traitement et un bon suivi derrière ?

Toujours sur les rôles sociaux ?

Toujours sur les rôles sociaux.

Moi, j'aurais quand même questionné les familles. J'irais peut-être aller juste questionner les familles. Sachant, encore une fois, que si le patient il a fait un AVC, on sait qu'il peut avoir des troubles cognitifs qui se développent. Il n'a pas forcément notion. C'est un truc tout bête, mais il va pas forcément se souvenir de combien il a d'enfant ou dire j'ai 4 enfants alors qu'il en a qu'un seul, parce qu'il confond, les petits-enfants et les enfants tu vois. Si on va pas questionner les familles, le simple fait de poser les questions au patients, bah voilà : quelle est votre place dans votre famille, qu'est-ce que vous faites dans la famille ou dans votre vie autre. Euh le patient il va peut-être te répondre des choses qui sont... Toi tu peux pas savoir, tu ne le connais pas. Donc c'est pas forcément suffisant. Après, tout dépend de tes objectifs derrière.

Et vous prenez en compte l'évolution du niveau de satisfaction de la personne dans la MHAVIE ?

Oui.

Et vous la faites repasser pour voir l'évolution ? Comment tu l'intègres dans le suivi ?

On devrait le faire repasser pour voir l'évolution mais on le fait pas. En théorie on devrait, en pratique c'est pas possible. Déjà si on arrive à le faire une fois c'est très très bien. C'est déjà pas mal.

Et après, comment tu l'intègres dans ton suivi ? Qu'est-ce qui te fait dire que la satisfaction est importante dans le bilan et comment tu vas dans le suivi après en ayant ça en tête ?

Euh, bah tu axes ta rééducation sur la satisfaction de ton patient. C'est-à-dire qu'il y a des activités que tu vas plus appuyer que d'autres choses. C'est pour ça notamment que j'aime la MCRO. Parce que tu... Les personnes, elles peuvent... c'est elles-mêmes qui font leurs objectifs. Et il y a des activités que tu vas aller travailler et d'autres que tu vas moins t'intéresser. Mais si ça peut être important pour la personne. En fait tu peux pas tout faire, tu n'as pas qu'un patient à t'occuper. C'est ce que je dis à chaque fois, j'aimerais bien pouvoir faire énormément de choses avec tout le monde mais une journée, il n'y a que 7h et en 7h j'ai facilement une vingtaine ou une trentaine de patients à voir. Donc si je commence à m'intéresser à tous les objectifs de tout le monde, j'ai pas fini ma journée. Et je ne te parlerais pas à 18h.

Comment vous accompagnez les personnes après la passation de la MHAVIE pour travailler les rôles sociaux justement ?

Euh et bah ça, par contre, on le fait en lien avec les familles. On intègre complètement les familles dans la rééducation. Ça peut être notamment des séances où la famille est présente. Ça peut être des... alors ce que les psychologues faisaient dans un centre où j'ai bossé, elles organisaient des Skype® avec les familles. Des fois il y a des familles qui ne pouvaient pas se déplacer, encore une fois en période de C.O.V.I.D. c'était souvent compliqué. Donc c'était plus de l'accompagnement sur le fait que la personne elle garde le plus possible contact avec sa famille et qu'elle ait encore une possibilité d'être intégrée dans sa famille, notamment dans les

périodes de fêtes. Quand les personnes, elles viennent de faire un AVC avant Noël, bon bah tu peux pas passer Noël avec ta famille, ni le jour de l'an et donc là forcément il faut mettre des choses en place pour que soit les familles viennent soit la personne elle puisse peut-être sortir en permission juste au moins le jour de Noël aller avec la famille. Alors c'est pas forcément le rôle de l'ergothérapeute. Nous on a plus un rôle de récupération des activités de la vie quotidienne pour que les personnes puissent récupérer un rôle social... le plus, de façon le plus autonome possible. C'est-à-dire que si c'est un père de famille qui a toujours été responsable de sa grande famille et que, du jour au lendemain, c'est ses enfants qui doivent faire sa toilette, ça devient compliqué. Il va pas du tout accepter que ce soient ses enfants, parce que c'est le père de famille et personne ne s'occupe du père de famille. C'est le père qui doit s'occuper des autres. Donc ça, ça peut être compliqué. C'est des comportements qui peuvent être contreproductifs sur la rééducation, parce qu'ils vont tout refuser : vous faite pas ma toilette, c'est moi qui fait tout seul ! Malgré que c'est pas possible qu'elle fasse toute seule. Donc ça peut être compliqué. Maintenant, on n'est pas tout seul à agir. Il y a aussi le psychologue. Le psychologue a un rôle énorme à jouer là-dessus. Et puis les médecins, les infirmiers aussi pour retravailler là-dessus. Donc c'est vrai que l'ergothérapeute n'a pas un rôle premier sur ces choses-là mais on peut faire partie de l'accompagnement du retour à la vie sociale en autonomie.

Est-ce que vous utilisez des outils d'intervention ?

Non, ça ne se faisait plus dans la rééducation. Non... j'ai pas d'outil en tête. Il y a peut-être d'autres ergos qui en utilisent, moi, j'avoue que c'est pas quelque chose sur lequel j'ai beaucoup travaillé. Ça se faisait surtout dans la rééducation des activités.

Enfin les rôles sociaux étaient inclus parmi pleins d'autres objectifs de toilette, d'habillage, de repas, etc.

Oui, c'était un peu notre objectif final pour le retour au domicile. Après avoir récupéré sur l'aspect moteur, après avoir récupéré sur l'aspect cognitif. On repassait la personne dans sa vie sociale. C'était plus quelque chose comme ça.

Et bah c'est parfait ! Je t'ai posé toutes mes questions. Est-ce que tu as quelque chose à rajouter ?

Euh non pas spécialement.

[fin d'entretien]

Annexe 9 : Grille d'analyse

Tableau VII : Grille d'analyse des entretiens retranscrits.

Thèmes	Sous thèmes	E1	E2	E3
Impact sur la vie quotidienne		« Lenteur, perte d'envie, une lenteur de réalisation » « Pas être engagé dans l'activité » « Sa mise en route n'est pas forcément là » « des troubles alimentaires dans le sens ne pas se faire à manger, ne pas avoir envie de manger c'est même pas il mangerait, c'est même pas dire il va manger de manière non équilibrée c'est que même il pourrait ne pas manger » « se laisser aller au niveau de l'hygiène eum au niveau aussi du rangement chez eux, euh du ménage » « des gens qui auraient de l'argent mais qui n'auraient pas forcément payé leurs factures » « il y a des personnes qui ne vont pas faire leurs courses parce	« Perte d'autonomie » « La personne, en fait, elle va être eum très souvent euh vraiment focalisée sur son problème de santé, ce qui peut être logique et entendable. » « c'est des personnes qui vont soit s'isoler soit ne plus vouloir voir personne » « il rejetait complètement sa femme » « Il ne voulait pas que ses enfants viennent le voir » « le rôle social a été perdu » « il n'avait plus son rôle de père, de grand-père, de mari » « Ça faisait beaucoup souffrir sa famille »	« elles s'isolent » « elles ne veulent pas, à participer à des activités de loisirs » « elles se retrouvent plutôt isolées chez elles » « elles ne peuvent plus ne serait-ce que faire du jardinage » « impact des habitudes de vie » « difficultés cognitives ou motrices » « Elles peuvent avoir, justement, un jugement défavorable de leurs performances » « se laver » « préparer des repas »

Thèmes	Sous thèmes	E1	E2	E3
		qu'elles restent clouée chez elles » « perdre leur entourage, leurs amis »	« pourquoi mon bras il ne bouge plus, pourquoi ma jambe elle ne bouge plus, pourquoi je ne peux pas marcher, pourquoi est-ce que je n'arrive plus à réfléchir, pourquoi est-ce que je ne peux plus faire telle ou telle activité, pourquoi est-ce que je peux pas me laver tout seul, pas me lever tout seul, je peux pas manger comme avant, je suis obligé de manger de la purée alors qu'avant je mangeais des gros steaks. » « déphasé de la réalité » « Ça peut être des gens qui cachent aussi leur dépression euh qui vont essayer de camoufler entièrement leur état psychique » « Il va pas du tout accepter que ce soit ses enfants, parce que c'est le père de famille et personne ne s'occupe du père de famille. C'est le père qui s'occupe des autres »	« des gens qui doivent peut-être des fois renoncer à garder leurs petits-enfants ou à les avoir en vacances, les amener en vacances. » « rôles inversés » « le médecin, des fois, va dire : "bah moi je ne vous sens pas très bien, est-ce que vous voulez bien que je vous mette un antidépresseur ?" Et le patient ne va pas accepter, disant que "c'est juste de la fatigue, c'est tout" » « Des fois c'est aussi un moment, ça arrive régulièrement, juste après le départ en retraite par exemple. Et du coup ça se mélange avec le fait que les occupations changent au moment où l'on quitte le travail » « Transition occupationnelle »

Thèmes	Sous thèmes	E1	E2	E3
Outils d'évaluation	Participation sociale	« aurait le profil des activités de la vie quotidienne » « la mesure des habitudes de vie avec des gros guillemets » « j'ai beaucoup utilisé la MHAVIE pour, un peu, les critères » « échelle de communication de Bordeaux » « MCRO » « j'utilisais EF2E pour aller regarder pour la cuisine » « simplement de mettre la personne en activité »	« En ce moment, je n'utilise pas de bilan » « moi j'ai beaucoup bossé avec la MCRO » « la MHAVIE » « des mises en situations écologiques » « on allait voir les patients pour la toilette, pour l'habillage » « on faisait des mises en situation cuisine »	« Dans la pratique j'utilise plutôt le MCRO » « c'est un manque dans ma pratique » « MOHOST » « J'accompagne les étudiants quand ils essayent de faire passer la MHAVIE. Je ne la trouve pas si simple. » « Je pense que c'est une bonne ouverture, pour après essayer plus, par exemple avec la MCRO, à cibler les objectifs et un niveau de performance sociale »
	Rôle sociaux	« La mesure des habitudes de vie » « tu as peut-être des questionnaires chez les personnes âgées »	« c'est vrai que nous, en tant qu'ergo, j'ai pas beaucoup beaucoup d'évaluation » « un bilan qui évaluait surtout au niveau de la douleur »	Temps
MHAVIE	Utilisation Clinique	« Avec les AVC et les TCC en entrevus »	« On fait la courte. La longue, tu l'as fait rarement quand tu bosses »	« Je n'ai pas été formée »

Thèmes	Sous thèmes	E1	E2	E3
MHAVIE	Utilisation Clinique	« La version longue pouvait me prendre une heure à la faire passer » « En post réadaptation elle était beaucoup plus courte, je pense qu'en 20 minutes tout était rempli » Sélection des questions pertinentes, « en fait je découpais » « si je veux voir sur leur rôle sociaux bah je prendrais que les questions sur les rôles sociaux. » « Je l'utilisais pas de tout pour la coter » Réévaluation mais à distance	« On posait toutes les questions » « Moi je posais les questions » « Je pense qu'on était entre une demi-heure et une heure » « Je posais des questions à chaque séance qui me faisait remplir un peu le questionnaire » « On devrait repasser pour voir l'évolution mais on le fait pas »	
	Avantages	« l'avantage d'avoir des catégories, des dimensions c'est par exemple la dimension de tout ce qui est autour de la cuisine, je vais regarder que la cuisine, et donc j'interview que sur le domaine cuisine » « Structurer ma pensée »	« un bilan qui reste assez holistique dans sa vision des choses » « le bilan est bien » « Ce n'est pas un bilan difficile à faire passer pour le thérapeute » « un bon outil de travail »	

Thèmes	Sous thèmes	E1	E2	E3
MHAVIE	Avantages	« ça te donne un portrait de la personne à un moment précis » « c'est un outil qui m'a facilité la vie à un endroit où il n'y avait pas tellement d'outil de mesure »		
	Inconvénients	« complexe » « Juste l'histoire de ces trois colonnes, c'est compliqué » « elle est longue » « La version courte est effectivement beaucoup plus courte mais elle est frustrante parce que si tu veux aller regarder les effets de je sais pas... de ta réadaptation sur telle ou telle chose, bah tu ne vas pas le voir » « il faut la payer, la MHAVIE » « Alors on va le voir si la personne n'est pas satisfaite, tu vas lui demander pourquoi, mais logiquement c'est un auto-questionnaire donc tu ne devrais même pas à avoir à lui demander pourquoi et dans ces cas-là c'est faiblard »	« le temps de les faire passer » « Le problème de la MHAVIE je trouve c'est quand même un bilan qui est assez long, assez intrusif » « Il faut être prudent, vigilant » « ça peut-être quelques choses d'assez lourd »	« m'enferme dans le tableau » « Je perds la spontanéité » « assez difficile à la retranscrire » « porter un jugement sur la personne » « il y a des choses qui peuvent être de l'ordre de l'intime » « compliqué » pour le patient de le mettre face à ses difficultés

Thèmes	Sous thèmes	E1	E2	E3
MHAVIE	Contre-indication	« Euh puis cela me pose un super problème, la MHAVIE particulièrement, avec les AVC et les TCC, parce que si ils sont dans le déni ou dans l'anosognosie » « Troubles cognitifs » « L'accompagnement aux rôles sociaux, à part l'accompagnement au domicile, j'aurais envie de dire que c'est en post réadaptation. En tout cas quand les personnes commencent en hôpital de jour »	« l'aspect cognitif » « Les aphasiques » « des patients qui sont sédentaires » « en neurologie aigue, je fais pas passer la MHAVIE parce que ce n'est pas notre objectif premier » « En gériatrie quand les patients ils ont 80/90 ans, à part faire partie de l'association du club de carte, ils vont être beaucoup moins investis que quand ils ont 70 ans »	« En centre de rééducation, les patients, ils arrivent quand même souvent en mettant de côté leurs rôles sociaux. Ce qu'ils veulent c'est récupérer leurs fonctions » « un retraité va plutôt nous dire qu'il veut d'abord récupérer et après on verra » « difficultés pour se projeter en fait dans des difficultés des rôles sociaux »
	Indication		« des patients où se serait pertinent d'aller voir les rôles sociaux » « Si la personne a son AVC depuis un certain temps et qu'on commence à parler d'un retour à domicile, là par contre ça peut être intéressant »	
	Rôles sociaux	« Je pense que par exemple tu n'as pas : "est-ce que vous allez voter" »	« Il n'y a pas le côté familial »	« Je pense que dans les relations interpersonnelles,

Thèmes	Sous thèmes	E1	E2	E3
MHAVIE	Rôles sociaux	« Est-ce que tu te tiens au courant des nouvelles ou de la politique par exemple » « Je pense qu'au niveau citoyen c'est un peu faible » « Je pense qu'au niveau associatif tu dois quand même avoir des choses au niveau du bénévolat » « puis éducation, peut-être tout ce qui est autour de la formation au bénévolat » « Tu peux très bien prendre des formations pour devenir bénévole ou même pour, dans ton loisir, prendre des cours au Louvre ou quelques choses comme ça » « Pour moi le mot éducation est mal choisi, ça devrait être culture et éducation ou éducation et connaissance culturelle » « Est-ce que tu es capable d'aller voir ton voisin si tu as un problème, est-ce que tu es capable de l'aider, est-ce que tu participes aux activités de ta communauté ».	« un bon bilan qui évalue bien la totalité des rôles que peut avoir un patient »	il y a même aussi les relations personnelles » « Les relations interpersonnelles, je les diviserais en : relations familiales, amicales, de voisinage » « Et sur les responsabilités, c'est plus de l'ordre de s'occuper de son proche, la responsabilité communautaire, les responsabilités familiales »

Thèmes	Sous thèmes	E1	E2	E3
MHAVIE	Rôles sociaux	« Pour moi ça fait partie de ta vie en société » « tu pourrais avoir des ergothérapeutes, qui travaillent par exemple dans des associations AVC qui pourraient travailler avec les rôles sociaux » « La personne soit déjà au domicile »		
	MHAVIE et accompagnement en ergothérapie	« Pas du tout » « En auto-questionnaire, la personne, elle répond ce qu'elle veut et donc tu ne sais pas pour autant si elle est capable de réaliser les activités » « évaluation écologique » « il faut faire une évaluation écologique si tu veux évaluer les aides humaines »	« Moi je pense que oui » l'utilisation uniquement de la MHAVIE est suffisante pour l'élaboration d'un accompagnement en ergothérapie « il serait intéressant d'intégrer d'autres évaluations pour faire un suivi uniquement sur les rôles sociaux » « Moi ça m'est jamais arrivé parce que j'ai jamais eu les patients aussi longtemps après un AVC » « Questionner les familles »	

Thèmes	Sous thèmes	E1	E2	E3
Accompagnement en ergothérapie	Pratique clinique	« Un programme où il y avait un groupe de parole [...] il parlait beaucoup de leurs rôles à domicile » « ça passe beaucoup par de la discussion et de la métacognition. Sur comment vous fonctionniez avant, par exemple sur votre rôle à la maison. Qu'est-ce qui a changé ? Pourquoi ? Comment vous pourriez reprendre ? Mais tu n'as pas de solution A + B, c'est à eux de trouver leurs solutions » « ça m'est arrivé d'aller chez eux pour faire les démarches avec eux » (dans la reprise des activités de loisirs ou de bénévolat). « J'accompagne davantage sa femme que la personne. C'est sa femme que j'accompagne pour pas qu'elle fasse tout à sa place. Pour qu'elle donne petit à petit le rôle à son mari » « Non » « Moi j'en connais pas »	« Tu axes ta rééducation sur la satisfaction de ton patient » « il y a des activités que tu vas plus appuyer que d'autres choses » On accompagne en « lien avec les familles ». « On intègre complètement les familles dans la rééducation. Ça peut être notamment des séances où la famille est présente » « Donc c'était plus de l'accompagnement sur le fait que la personne elle garde le plus possible contact avec sa famille et qu'elle ait encore une possibilité d'être intégrée dans sa famille, notamment au moment des fêtes » « Nous, on a plus un rôle de récupération des activités de la vie quotidienne pour que les personnes puissent récupérer un rôle social le plus... de façon le plus autonome possible »	« Un suivi, pas spécialement » « Alors, un suivi des rôles sociaux, pas spécialement » « on peut travailler la vie associative, les loisirs ou les relations interpersonnelles » « pouvoir réussir à exprimer certaines choses de la bonne façon ou de pouvoir dire avec mon proche quand je suis trop fatigué » « éviter d'avoir certains conflits ou isolements » « On va travailler avec les proches sur le fait de pouvoir faire des phrases plus courtes ou, au moment de la journée où ils vont être plus concentrés, où ils vont retenir des choses plus facilement. » « Travail de la communication »

Thèmes	Sous thèmes	E1	E2	E3
			« objectif final pour le retour au domicile » « Non, çane se faisait plus dans la rééducation » « Non, j'ai pas d'outil en tête » « Ça se fait surtout dans la rééducation des activités »	« mettre en œuvre les loisirs qui leur tiennent à cœur, de voir s'il y a besoin d'adaptation ou pas, ou juste d'acquisition, de l'entraînement et d'acquisition de l'activité » « les accompagner pour qu'ils refassent des démarches pour qu'à la sortie du centre de rééducation ils puissent reprendre les activités qui leur tiennent à cœur » « Peut-être que l'outil permettrait de cibler plus de choses » « mon plan d'intervention ne va pas forcément être plus aiguillé » « Mais derrière, comment mettre en place les choses ? »
Travail en équipe		Travailleur social (x1) Ergothérapeute (x7)	Professionnelles de santé (x1) Psychologue (x7) Ergo (x4) Psychomotricienne (x2)	Psychologue (x1) Orthophoniste (x1) Équipe (x1) Médecin (x1)

Thèmes	Sous thèmes	E1	E2	E3
			Médecin (x5) Kiné (x1) APA (x1) Diététicienne (x1) Infirmiers (x1)	
Place de la famille		Femme (x6) Mari (x3) Enfant (x1)	Famille (x30) Neveux (x1) Petits-enfants (x1) Enfants (x12) Père (x5) Grand-père (x1) Questionner les familles « combien il a d'enfants ou dire, j'ai 4 enfants alors qu'il en qu'un seul, parce qu'il confond les petits-enfants et les enfants » « père de famille » « responsable de sa grande famille »	« Rôle de parent » (x1) « S'occuper des enfants et des petits-enfants » « relations familiales » « responsabilités familiales » « famille » (x1) Enfants (x6) Petits-enfants (x 3)

RÉSUMÉ

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est souvent accompagné de comorbidités, la dépression étant la plus fréquente. Cette dernière affecte significativement la participation sociale des individus touchés, d'autant plus lorsque ces individus opèrent une transition de la vie active à la vie de retraité. Leur participation sociale est ainsi doublement perturbée dans les activités de la vie quotidiennes ainsi que dans les rôles sociaux. Ces derniers sont définis par catégories : les responsabilités, les relations interpersonnelles, la vie associative et spirituelle, l'éducation, le travail, et les loisirs. La diminution de l'investissement des rôles sociaux notamment dans vie associative et familiale est particulièrement préoccupante pour cette population âgée car cela impacte leurs habitudes de vie.

Le but de cette étude est d'évaluer l'efficacité de la « Mesure de l'Habitude de Vie » (MHAVIE) pour guider l'accompagnement en ergothérapie des personnes retraitées souffrant de dépression post-AVC, en mettant l'accent sur les rôles sociaux. Pour ce faire, trois entretiens semi-directifs ont été menés auprès d'ergothérapeutes spécialisés dans la rééducation et la réadaptation post-AVC, afin d'explorer l'utilisation de la MHAVIE dans cette perspective. Les entretiens ont été analysés par thématique après retranscription intégrale.

Les résultats confirment les difficultés de participation sociale rencontrées par les personnes retraitées après un AVC, en particulier celles souffrant de dépression. Ils suggèrent également que la MHAVIE peut être un outil utile pour évaluer les rôles sociaux. Les entretiens soulignent l'importance de son utilisation une fois que le patient est retourné au domicile. Ils mettent en lumière le rôle crucial de la famille dans l'accompagnement des rôles sociaux en ergothérapie.

Mots-clés : Dépression post-AVC, participation sociale, retraités, rôles sociaux, MHAVIE

ABSTRACT

Title: Social participation among young retired people suffering from post-stroke depression.

Stroke is often accompanied by comorbidities, with depression being the most common. The latter significantly affects the social participation, especially when affected individuals make a transition from working life to retired life. Their social participation is thus doubly disrupted, in daily life activities as well as in social roles. These are defined by categories: responsibilities, interpersonal relationships, associative and spiritual life, education, work, and leisure. The reduction in investment in social roles, particularly in associative and family life, is particularly worrying for this elderly population because it impacts their lifestyle habits.

The aim of this study is to evaluate the effectiveness of the “Assessment of Life Habits” (LIFE-H) to guide occupational therapeutic support for retired people suffering from post-stroke depression, with emphasis on the social roles. To do this, three semi-structured interviews were conducted with occupational therapists specializing in rehabilitation and post-stroke rehabilitation, to explore the use of the LIFE-H from this perspective. The interviews were analysed thematically after full transcription.

The results confirm the social participation difficulties encountered by people retired after a stroke, particularly those suffering from depression. The results also suggest that the LIFE-H may be a valuable tool for assessing social roles. The interviews emphasize the importance of its use once the patient returns home. The results highlight the crucial role of the family in supporting social roles in occupational therapy.

Keywords: Post-stroke depression, social participation, retirees, social roles, LIFE-H