

**Institut Limousin de FOrmation
aux MÉtiers de la Réadaptation
Ergothérapie**

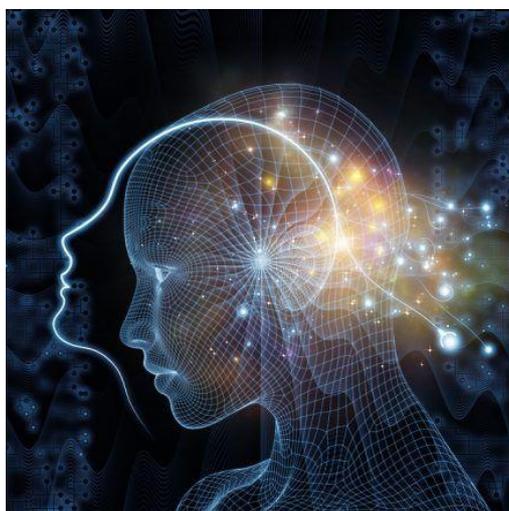
Dépression post-AVC et ergothérapie :

L'accompagnement du patient en hospitalisation dans la perspective du retour à domicile

Mémoire présenté et soutenu par

Floriane Sonnerat

En juin 2021



Mémoire dirigé par

Lydia DARSY

Co-directrice des études de première année d'ergothérapie et ergothérapeute

Membres du jury

M. Thierry SOMBARDIER, référent pédagogique, ILFOMER

M. Lydia DARSY, Co-directrice des études de première année d'ergothérapie et ergothérapeute, ILFOMER

Remerciements

Je tiens à remercier les personnes qui m'ont accompagnée tout au long de la réalisation de ce mémoire.

Tout d'abord, je remercie ma directrice de mémoire, Lydia DARSY, pour sa disponibilité, ses précieux conseils et sa bienveillance. Merci de m'avoir fait confiance, de m'avoir guidée et encouragée durant cette année.

Je remercie également notre référent méthodologique, Stéphane MANDIGOUT, de nous avoir guidés et soutenus mes camarades et moi tout au long de ce travail.

Merci également à toute l'équipe pédagogique de l'ILFOMER, et notamment Thierry SOMBARDIER et Patrick TOFFIN pour leurs enseignements et leur accompagnement pendant ces trois années de formation.

Je voudrais également remercier mes tutrices et tuteurs de stage, qui ont su me rassurer et faire de chaque stage des moments riches en apprentissage et en partage.

Merci à mes camarades de promotion, sans qui ces trois années n'auraient pas eu la même saveur. Je tiens aussi à remercier mes ami(e)s, et plus particulièrement Justine, Laure et Germain. Merci d'avoir été là dans les bons moments comme pendant ceux de doutes, merci pour les rires, les souvenirs et ces si belles rencontres.

Enfin, merci à ma famille, particulièrement à mes parents et ma sœur, pour avoir supporté ma mauvaise humeur et mes coups de stress, mais qui ont toujours été là et m'ont toujours soutenue.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Charte anti-plagiat

La Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes du travail social et des auxiliaires médicaux et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention de ces diplômes.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, l'engagement suivant :

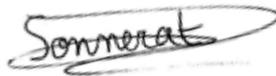
Je, soussigné Floriane Sonnerat

atteste avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat élaborée par la DRDJSCS NA – site de Limoges et de m'y être conformé.

Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, il ne pourra être cité sans respect des principes de cette charte.

Fait à Limoges, Le mardi 25 mai 2021

Suivi de la signature.



Article 2 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source ».

Article 3 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 4 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement intérieur de l'établissement de formation. Celles-ci prévoient au moins sa non-présentation ou son retrait de présentation aux épreuves certificatives du diplôme préparé.

En application du Code de l'éducation et du Code pénal, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Vérification de l'anonymat

Mémoire DE Ergothérapeute
Session de juin 2021
Attestation de vérification d'anonymat

Je soussignée(e) Floriane Sonnerat

Etudiante de 3ème année

Atteste avoir vérifié que les informations contenues dans mon mémoire respectent strictement l'anonymat des personnes et que les noms qui y apparaissent sont des pseudonymes (corps de texte et annexes).

Si besoin l'anonymat des lieux a été effectué en concertation avec mon Directeur de mémoire.

Fait à : Limoges

Le : mardi 25 mai 2021

Signature de l'étudiante

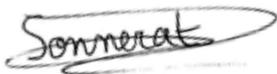
A handwritten signature in black ink, reading "Sonnerat", enclosed within a hand-drawn oval shape.

Table des abréviations

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

AVQ : Actes de la Vie Quotidienne

BASDEC : Brief Assesment Schedule DEpression Cards

BDI : Beck Depression Inventory

DISCS : Depression Intensity Scale Circles

DPAVC : Dépression Post-AVC

GDS : Geriatric Depression Scale

GHQ : General Health Questionnaire

HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale

HAS : Haute Autorité de Santé

HRDS : Hamilton Rating Scale of Depression

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

MCREO : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel

MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

MPR : Médecine Physique et de Réadaptation

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PHQ-9 : Patient Health Questionnaire

RV : Réalité Virtuelle

SADQ-H10 : Stroke Aphasic Depression Questionnaire – Hospital 10 items version

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

Table des matières

Introduction	1
Etat de l'art	3
1. L'accident vasculaire cérébral	3
1.1. Epidémiologie	3
1.2. Définition	3
1.3. Prévention et facteurs de risque	4
1.4. Signes et symptômes	4
1.5. Séquelles et conséquences	5
1.6. Parcours de soins	5
1.7. Handicap invisible	7
2. Dépression post-AVC	8
2.1. Généralités	8
2.2. Prévalence	9
2.3. Facteurs de risque	9
2.4. Conséquences	10
2.5. Période d'apparition et durée de la DPAVC	11
2.6. Symptômes	11
2.7. Dépistage et diagnostic	12
2.8. Prévention	12
3. Prise en soin	13
3.1. Traitements médicamenteux	13
3.2. Prise en charge non médicamenteuse	13
3.3. Modèle conceptuel en ergothérapie	13
3.4. Problématisation	15
Méthodologie	17
1. Choix de l'outil	17
1.1. Etape 1 : Définir l'objectif et la question de recherche	17
1.2. Etape 2 : Identifier les sources d'information pertinentes	18
1.3. Etape 3 : Sélectionner les études	18
1.4. Etape 4 : Analyser les données grâce à une grille	19
1.5. Etape 5 : Rassembler, résumer et présenter les résultats	19
1.6. Etape 6 : Réaliser une consultation auprès d'experts	20
Résultats	21
1. Dépistage	21
1.1. Echelles, évaluations et bilans de dépistage	21
1.2. Pratiques actuelles des évaluations en ergothérapie	22
1.3. Protocoles de dépistage	23
1.4. Interprofessionnalité	24
2. Prise en charge en ergothérapie	25
2.1. Pratiques actuelles en ergothérapie	25
2.2. Thérapie comportementale et cognitive	25
2.3. Réalité virtuelle	26
2.4. Education et formation	26
Discussion	28
1. Hypothèse 1	28

2. Hypothèse 2.....	29
3. Résultats secondaires.....	30
3.1. Prise en soin.....	30
3.2. Prévention	30
3.3. Retour à domicile	31
4. Pratique professionnelle.....	31
4.1. Plan de soins.....	31
4.2. Accessibilité des échelles	32
4.3. Formation initiale et continue.....	32
4.4. Interprofessionnalité	33
4.5. Compétences de l'ergothérapeute.....	33
5. Limites de l'étude	34
6. Perspectives	34
Conclusion	36
Références bibliographiques	
Annexes	

Table des illustrations

Figure 1 : dépression en phase aiguë et subaiguë de l'AVC ischémique.....	11
Figure 2 : Schéma du fonctionnement du modèle MCREO	14
Figure 3 : diagramme de flux appliqué à la sélection des études de ce mémoire.....	20

Table des tableaux

Tableau 1 : application du PICO à la problématique.....	18
Tableau 2 : échelles de dépistage de la DPAVC utilisées en fonction des articles.....	22
Tableau 3 : Freins au dépistage de la DPAVC évoqués dans les articles correspondants....	23

Introduction

L'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) est un problème majeur de santé publique, que ce soit dans le monde ou en France. Avec 6,7 millions de décès dus à un AVC en 2015, cette pathologie est au cœur des problématiques de santé au niveau mondial. En France, le parcours de soin et la prise en charge des personnes victimes d'AVC évoluent peu à peu afin d'accompagner le mieux possible le patient dans cette épreuve. Pour cela, de nombreux professionnels de santé médicaux, paramédicaux ou sociaux interviennent auprès de la personne afin qu'elle ait un suivi le plus complet et complémentaire possible.

Au cours de mon troisième stage, qui se déroulait dans un service de MPR (Médecine Physique et de Réadaptation), j'ai rencontré Mme C. A la suite d'un AVC, cette patiente a été hospitalisée pendant six semaines dans le service. Lors de la cinquième semaine d'hospitalisation, une réunion a eu lieu avec Mme C, sa fille et l'équipe soignante afin de préparer le retour à domicile à la fin de la semaine suivante. La patiente devait alors aller vivre chez sa fille. C'est pendant cette réunion que Mme C. a compris qu'elle ne pourrait plus remarcher du fait de son hémiplegie, et qu'elle devrait donc rester en fauteuil roulant. Cette prise de conscience a été très dure à vivre pour elle, car elle n'avait pas réalisé auparavant qu'elle ne pourrait pas remarcher. De plus, elle a aussi compris pendant cette réunion que le domicile de sa fille allait nécessiter des aménagements et qu'elle allait devoir changer ses habitudes de vie, ce qu'elle n'avait pas envisagé. Cette réunion a marqué un tournant dans le vécu de l'hospitalisation pour Mme C, car c'est à ce moment qu'elle a pris conscience des changements auxquels elle allait devoir faire face la semaine suivante, à son retour chez elle. Elle est alors devenue réticente à recevoir des soins pendant sa dernière semaine d'hospitalisation, et se rendait à contre cœur à ses séances de rééducation.

Tout d'abord, la situation de Mme C. m'a fait prendre conscience de la difficulté du retour à domicile, et de tous les changements que ce dernier impliquait : les modifications des habitudes de vie, les réaménagements, l'intégration de nouvelles aides techniques ou humaines.

Puis, je me suis aussi questionnée sur les conséquences que l'AVC pouvait avoir sur l'humeur du patient. Dans le cas de Mme C, la prise de conscience de ses troubles physiques a considérablement modifié son approche de la prise en charge et la vision qu'elle avait de son avenir. C'est sa situation qui m'a fait pleinement réaliser l'ampleur que l'AVC pouvait avoir sur l'humeur du patient. Je me suis aperçue que la tristesse et la colère de Mme C. pouvaient influencer tout le reste de sa prise en charge et le vécu de son retour à domicile. Pour beaucoup de patients, la finalité de l'hospitalisation est de retourner chez eux pour reprendre le cours de leur vie. Mais comment intégrer chez soi une nouvelle aide technique aussi prédominante qu'un fauteuil roulant ? Comment accepter qu'un événement aussi soudain que l'AVC puisse aussi nous enlever notre capacité à marcher ?

La difficulté de cette acceptation m'a questionnée sur les troubles de l'humeur après l'AVC. Après plusieurs recherches documentaires, je me suis intéressée à la notion de dépression post-AVC (DPAVC). Elle m'est alors apparue comme un élément central de l'accompagnement des personnes victimes de cette pathologie. Je me suis alors questionnée sur l'intégration de la dépression dans les soins. Le dépistage et la prise en charge de la

dépression pendant l'hospitalisation pourraient non seulement permettre un travail précoce sur ce trouble, mais aussi aider à prévenir son apparition à domicile.

Pendant mon stage, je prenais en soins Mme C. en semi-autonomie, et n'ai pas intégré de composante psychologique dans mon plan de soin. Je me suis demandé si la situation de cette patiente aurait été facilitée si cela avait été fait. Mme C. a peut-être eu un épisode dépressif, et le prendre en charge aurait pu améliorer l'acceptation de son handicap et son retour à domicile.

De ces questionnements a émergé la question de recherche de mon mémoire :

Comment l'ergothérapeute peut-il travailler sur la dépression post-AVC pendant l'hospitalisation afin de permettre une prise en charge précoce et prévenir l'apparition de ce trouble à domicile ?

Dans un premier temps, nous ferons un état de l'art de la littérature relative aux notions principales de la question de recherche. Cela débouchera sur une problématique qui orientera la suite de ce travail. Puis, nous ferons une scoping review qui permettra de mettre en lumière certains éléments de réponse à la problématique, ainsi qu'une discussion pour apporter un éclairage sur les résultats de l'étude.

Etat de l'art

1. L'accident vasculaire cérébral

Les maladies cardio-vasculaires sont présentes dans le monde entier. En effet, elles sont la première cause de mortalité mondiale, et représentent 31% du nombre total de décès chaque année d'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (1). Cette dernière définit les maladies cardio-vasculaires comme un « *ensemble de troubles affectant le cœur et les vaisseaux sanguins* ». Parmi ceux-ci, nous retrouvons notamment les cardiopathies coronariennes, les maladies cérébro-vasculaires, les malformations cardiaques congénitales ou encore les embolies pulmonaires. Cette prédominance des maladies cardio-vasculaires est un problème majeur de santé publique.

Dans le cadre de ce mémoire, nous nous intéresserons plus particulièrement à l'AVC.

1.1. Epidémiologie

Dans le monde en 2015, il y a eu 6,7 millions de décès dus à l'AVC (OMS). Cela montre l'impact très important de cette pathologie autour du globe.

En France, 140 000 personnes en sont victimes chaque année d'après l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, ou Inserm (2). Cela représente environ une personne toutes les quatre secondes.

L'âge moyen de survenue de l'AVC est de 74 ans, mais il peut aussi toucher les plus jeunes : 10% des personnes ayant subi un AVC ont moins de 45 ans, et ce chiffre augmente significativement depuis plusieurs années (Inserm, 2019). C'est la première cause de handicap acquis de l'adulte, et la deuxième cause de démence. Les professionnels de santé rencontrent donc régulièrement cette pathologie.

1.2. Définition

L'AVC est un événement aigu qui résulte de l'arrêt de l'apport en sang vers le cerveau. Il est « *une lésion d'une partie du cerveau à la suite de l'obstruction ou de la rupture d'un vaisseau sanguin* » (3). Cet arrêt de la circulation sanguine dans une zone du cerveau « *provoque la destruction par asphyxie des cellules nerveuses dans la région concernée* ». Les tissus ne sont donc plus alimentés en nutriments et en oxygène pendant une période plus ou moins longue. Cela peut causer des dommages sévères, qui sont aussi liés à la zone et à la gravité de l'atteinte.

Nous pouvons distinguer deux formes d'AVC selon le mécanisme : ischémique ou hémorragique.

L'AVC ischémique, ou infarctus cérébral, représente 80% des AVC. Il est dû à l'occlusion d'une artère cérébrale, généralement par un caillot de sang (Inserm). Quand cette

occlusion touche une veine, nous parlons de thrombose veineuse cérébrale, mais cela est beaucoup plus rare.

Les AVC hémorragiques sont moins fréquents, puisqu'ils concernent 20% des AVC (Inserm). Ce groupe comprend l'hémorragie cérébrale et l'hémorragie méningée. Elles consistent en la rupture d'une artère cérébrale.

Il y a trois phases dans l'AVC, qui se distinguent par le temps écoulé depuis l'accident. Le jour 0 est le jour où l'AVC a lieu. La phase aiguë se situe entre le jour 0 et le jour 14 ; la phase subaiguë entre le jour 14 et 6 mois, et la phase chronique au-delà de 6 mois. Ces trois étapes permettent aux professionnels d'avoir des indications sur la prise en soin la plus adéquate, car elle varie dans chaque période. Cependant, bien que les phases donnent une idée générale de la prise en soin, elles restent des données indicatives. Il convient donc d'adapter les soins à chaque patient.

1.3. Prévention et facteurs de risque

La prévention est un élément essentiel pour lutter contre les AVC. Elle consiste surtout à prévenir la survenue du premier AVC, ce qui s'appelle la prévention primaire. Cela se fait grâce au « *dépistage et à la prévention des facteurs de risque vasculaires* » (Inserm)(2).

Les facteurs de risque de l'AVC sont multiples et peuvent s'additionner entre eux. Le ministère des Solidarités et de la Santé (4) en répertorie dix : les antécédents d'hypertension artérielle, le tabagisme, l'obésité abdominale, une alimentation déséquilibrée, la sédentarité, la consommation d'alcool, la fibrillation atriale, certains facteurs psychosociaux comme le stress ou la dépression, le diabète et un taux élevé de cholestérol. Toujours selon le Ministère, ces facteurs de risque sont liés au mode de vie : ils sont donc potentiellement modifiables, d'où l'intérêt de faire de la prévention.

Il est important de déterminer la cause de l'AVC, notamment pour pouvoir en prévenir la récurrence. Pour cela, un traitement médicamenteux ou chirurgical peut être mis en place (Inserm)(2).

1.4. Signes et symptômes

Les symptômes de l'AVC sont variés car ils dépendent de la zone de la lésion. Cependant, certains signes sont très fréquents. Nous retrouvons notamment une déformation de la bouche, des troubles de la parole et une faiblesse ou une paralysie d'un côté du corps, notamment au niveau des membres ou du visage (ministère des Solidarités et de la Santé)(5). A cela peuvent s'ajouter une perte de sensibilité des membres, une perte de la vision, des difficultés pour parler, des troubles de la coordination et/ou de l'équilibre, des troubles de la vigilance et un mal de tête brutal et intense (Inserm)(2).

1.5. Séquelles et conséquences

D'après les chiffres de l'Inserm, 20% des patients décèdent dans l'année qui suit leur AVC. Chez les autres, environ 40% gardent des séquelles importantes, comme une aphasie ou une hémiplégié, et les trois-quarts reprennent une activité professionnelle (2).

Les séquelles de l'AVC peuvent être variées car elles dépendent de différents paramètres, comme la zone ou l'étendue de la lésion. Cependant, certaines sont fréquentes, comme l'hémiplégié ou l'aphasie. L'hémiplégié est une « *paralysie d'une ou plusieurs parties du corps, affectant un seul côté* » (Inserm). L'aphasie est définie comme étant des « *troubles du langage oral et écrit, affectant l'expression et la compréhension* » (Inserm).

Gallien et al. (6) définit la qualité de vie comme étant « *la perception d'un individu quant à la position qu'il occupe dans la vie, dans le contexte de la culture et des systèmes de valeur dans lesquels il vit et par rapport à ses objectifs, ses attentes, son niveau de vie et ses inquiétudes.* » Gallien et al. montre qu'après l'AVC, l'altération de la qualité de vie est présente chez tous les patients ayant été pris en charge en rééducation, en comparaison des personnes de même âge sans AVC. Il y a également une diminution du nombre de patients exerçant une activité professionnelle, de ceux en capacité de conduire et du nombre de leurs activités de loisirs. L'incontinence urinaire est très fréquente aussi, ce qui engendre une baisse de l'activité physique.

Une étude menée par Tse et al. (7) évalue le niveau de participation chez les patients avant l'AVC, puis 3 mois et 12 mois après. De manière globale, il y a une baisse de participation majeure dans les activités sociales, d'éducation et d'entretien de la maison. La participation diminue principalement jusqu'aux trois mois suivants l'AVC. Il y a une légère augmentation des activités d'entretien de la maison et de loisirs entre le 3ème et le 12ème mois mais cela n'est pas suffisant pour revenir au niveau pré-AVC.

1.6. Parcours de soins

Les filières de prise en soin de l'AVC sont variables selon les régions (plan action AVC 2010-2014). Dans chacune de ces filières, nous retrouvons une unité neurovasculaire, ainsi que différentes structures nécessaires à la prise en charge comme les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) ou les structures médico-sociales.

L'AVC nécessite une prise en soin rapide. En règle générale, le patient est pris en charge dans une unité neurovasculaire, puis selon la gravité de l'accident, il est envoyé à domicile ou transféré dans une autre unité de soins.

La prise en charge débute lorsque le patient ou son entourage donne l'alerte au médecin ou aux urgences. C'est ce qui est appelé phase préhospitalière : elle comporte l'alerte et le transport jusqu'à la structure médicale, avec les soins éventuels.

Les professionnels qui prennent en charge les patients victimes d'un AVC en phase de pré-hospitalisation peuvent être un médecin urgentiste ou les premiers secours. Ils ont alors

des outils, comme l'échelle FAST, pour faire le diagnostic et évaluer la sévérité de l'AVC (HAS). Puis, le patient est orienté en intra-hospitalier, où des examens et la prise en charge sont réalisés (8) .

Une fois la phase aigüe traversée, il y a plusieurs possibilités de parcours selon les difficultés associées à l'AVC. Une partie des patients retourne directement à domicile, avec ou sans soins. Dans le cas avec soins, cela peut se faire sous forme d'hospitalisation à domicile ou d'hôpital de jour. La deuxième partie des patients est prise en charge en hospitalisation complète, dans des services de SSR.

Les patients en SSR peuvent rester plusieurs semaines dans l'unité, où ils bénéficient d'une prise en charge pluridisciplinaire. Puis, lorsque leur état est stabilisé, ils retournent chez eux.

Le document de la Haute Autorité de Santé (HAS) issu des audits de pratique réalisés en 2005 (9) indique qu'il y a sept critères nécessaires à la sortie du patient. Ces différents critères doivent être établis dès l'entrée en hospitalisation. On y retrouve par exemple : « *Les modes de déplacement du patient après son retour au domicile sont organisés* » (critère 7) ou « *Le devenir du patient fait l'objet d'une évaluation régulière entre l'équipe multidisciplinaire et son entourage* » (critère 3).

Enfin, une fois de retour au domicile, le patient peut bénéficier si besoin d'un suivi par une équipe mobile, afin d'apporter un accompagnement post-hospitalisation.

La continuité et la coordination des soins après la sortie de l'hôpital implique généralement la kinésithérapie, l'ergothérapie, l'orthophonie et l'assistance sociale. Au centre de l'accompagnement, on retrouve la gestion des facteurs de risque et les conditions médicales associées comme l'hypertension, le diabète, les maladies cardiaques et la dépression ; ainsi que la réintégration des patients dans leurs environnements social et de travail. Pour cela, différents moyens sont mis en place dont la coordination des soins, les services de support (comme l'éducation, le coaching, l'autogestion et les groupes de support), les appels téléphoniques, les visites à domicile (incluant les soins et les évaluations de la maison) et la télémédecine (10).

L'objectif des équipes mobiles de suivi post-AVC est « *d'améliorer les conditions de retour et de maintien à domicile de patients ayant des séquelles d'accidents vasculaires cérébraux, quelle que soit la date de survenue de celui-ci, et résidant à domicile* ».

Les missions de cette structure sont « *d'être une source d'informations, d'apporter une expertise et une évaluation des situations liées aux séquelles de l'AVC, ainsi qu'une réponse rapide, et de mettre en place une coordination pluridisciplinaire* » (11).

Dans le cadre de ce mémoire, nous nous intéresserons plus particulièrement au patient post-AVC lors de son hospitalisation en SSR.

Dans ce service, les professionnels qui interviennent auprès du patient sont variés. Il s'agit de professionnels médicaux ou de la rééducation. Nous retrouvons par exemple les médecins, les infirmiers, les aides-soignants, les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les

psychologues ou encore les orthophonistes. Ces professionnels ont des missions variées auprès du patient, afin de garantir une prise en charge complète et efficace.

L'ergothérapeute est un « *professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé* ». Selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) (12), l'ergothérapie a pour but de « *maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Elle prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement* ».

Dans le cadre de la prise en soin de l'AVC, l'ergothérapeute a pour objectif d'augmenter ou de maintenir l'indépendance et l'autonomie (13). Pour cela, il utilise des méthodes de rééducation, réadaptation et/ou réinsertion. L'ergothérapeute travaille en ayant une approche centrée sur la personne, ses besoins et ses demandes.

Il peut s'occuper des troubles cognitifs, de la fatigue, de la douleur, de l'héminégligence, des troubles du langage ou de la déglutition, ou encore de la perte de sensibilité. C'est aussi à lui de permettre au patient d'être le plus indépendant possible dans la réalisation des Activités de la Vie Quotidienne (AVQ), comme l'habillage, les déplacements, les repas, la toilette ou les loisirs.

Il peut si besoin conseiller au patient d'utiliser des aides techniques spécifiques, comme un fauteuil roulant par exemple, et guider la personne dans le choix d'une aide appropriée.

Enfin, l'ergothérapeute a pour rôle de rédiger des bilans ou comptes rendus qui serviront d'argumentaires auprès de certaines instances comme la Maison Départementale des Personnes Handicapées, pour permettre au patient d'accéder à certaines aides dont il a besoin.

1.7. Handicap invisible

Les séquelles d'un AVC ne sont pas seulement physiques : elles peuvent être mentales ou cognitives. En effet, une étude menée par Broussy et al. (14) révèle que beaucoup de patients post-AVC souffrent d'un handicap dit « invisible ». On y retrouve la fatigue, l'anxiété, une baisse de la qualité de vie, les difficultés d'intégration sociale, les difficultés de réinvestissement du domicile, la labilité émotionnelle, la labilité de l'humeur ou encore la dépression. Ces handicaps invisibles sont particulièrement présents chez les personnes qui n'ont pas été suivies en unité de soins, ce qui concerne la majeure partie des victimes d'AVC.

La loi du 11 Février 2005 (15) définit le handicap comme « *toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou trouble de santé invalidant* ». Cette définition se généralise à tout type de handicap. Cependant, la notion

de handicap invisible ne concerne qu'une partie de la définition précédente. Il n'y a pas de définition légale du handicap invisible, mais Erving Goffman le définit comme étant un « *handicap qui n'est pas apparent, ce qui revient, pour un individu, au fait d'avoir une limitation durable des possibilités d'interaction sans que l'entourage puisse comprendre qu'il s'agit bien d'un handicap* » (16).

Ainsi, d'après ces deux définitions, les notions qui se rapportent au handicap invisible sont les altérations mentales, cognitives et psychiques. Cela inclus les troubles de l'humeur, qui comprennent la dépression, l'anxiété, l'apathie, l'incontinence émotionnelle, la tendance à la colère et la fatigue (17).

Pour les patients n'ayant pas de troubles moteurs, l'entourage professionnel ou familial n'a pas toujours conscience du handicap invisible qui peut subsister, ce qui est parfois compliqué à vivre pour le patient et ses proches (11).

Dans le cadre de cet écrit, nous nous intéresserons plus spécifiquement à la dépression post-AVC (DPAVC).

2. Dépression post-AVC

2.1. Généralités

La DPAVC est définie comme une « *dépression qui n'existait pas avant l'accident vasculaire cérébral et qui est survenue dans le contexte chronologique d'un accident vasculaire cérébral* » (18). Elle est présente chez 25 à 79% des patients post-AVC (19). Un article de Loubinoux et Al. (20) mentionne qu'au moins un tiers des patients développe une dépression après un AVC. Elle peut persister de manière chronique, notamment chez les sujets âgés. De plus, une étude d'Ibrahimagic et Al. montre que plus de la moitié des cas de dépression post-AVC ne sont ni diagnostiqués ni traités (18).

Le lien de causalité entre l'AVC et la dépression n'est pas établi précisément (19). Cependant, les suppositions faites sont que l'AVC touche certaines structures au sein du cerveau, et a un impact direct sur ces dernières. De plus, les conséquences de l'AVC peuvent accentuer le risque de dépression car elles peuvent être très lourdes. Les patients peuvent alors se sentir impuissants face à la situation, notamment à cause de la réduction de leur indépendance (19).

Le mécanisme pathopsychologique n'est pas bien connu. L'article de Desparrago Llorca G et al. (21) cite différents facteurs biologiques impliqués : « *stroke location, stroke type, neurobiological pathways involved, mechanisms of inflammation and apoptosis, and genetic factors* » (localisation de l'AVC, le type d'AVC, les voies neurologiques impliquées, les mécanismes d'inflammation et d'apoptose et les facteurs génétiques).

Les études d'Ibrahimagic et al. et d'Aribi et al. (22) précisent qu'aucun lien évident n'a été prouvé entre la localisation précise de l'AVC et l'apparition d'une dépression. Au contraire, celle d'Illut et al. indique qu'un AVC dans les noyaux basaux et une atteinte à gauche augmenterait la probabilité de dépression sévère (23). D'après cet article, les patients ayant une dépression sévère étaient deux fois plus atteints en zone frontale. La localisation de l'AVC pourrait donc jouer un rôle dans la gravité de la dépression mais toutes les études ne s'accordent pas sur ce point.

Il est intéressant de noter que d'après l'article de Loubinoux et al (20), l'anosognosie ne protège pas de la dépression post-AVC.

2.2. Prévalence

L'article d'Esparrago Llorca et al. (21) fait le lien entre le taux de prévalence de la dépression et le lieu de vie du patient. Par exemple, il montre que le taux de prévalence est inférieur chez les patients qui vivent dans la communauté, en comparaison de ceux en hospitalisation. A domicile, les pourcentages de patients ayant une dépression sont de 14% pour une DPAVC majeure et 9% pour une DPAVC mineure. A l'hôpital, ces chiffres sont respectivement de 21% et de 20%. Puis, chez les patients ayant été hospitalisés et qui sont ensuite rentrés au domicile, les pourcentages sont de 24% et 23%, jusqu'à trois ans après l'AVC. La prévalence de la dépression post-AVC est majeure dans les 3 à 6 mois suivant l'AVC mais peut aller jusqu'à 3 ans après (24).

2.3. Facteurs de risque

Un article canadien (17) soulève que les deux facteurs de risque les plus importants de dépression post-AVC sont « *une dépendance fonctionnelle accrue et des antécédents de dépression avant l'AVC* », sans parler de classe d'âge particulière. Ils y ajoutent également les déficits de communication (comme par exemple l'aphasie) et l'isolement social.

L'étude d'Aribi et al. (22) montre que chez les sujets âgés, la présence de la dépression est en lien avec la sévérité du handicap moteur, la présence d'une atteinte faciale centrale, de troubles sphinctériens et de troubles cognitifs. Cette étude mentionne également que la baisse de l'estime de soi et la dépression sont liés.

Certains facteurs psychosociaux peuvent contribuer à la DPAVC, comme par exemple des événements négatifs de la vie ou un faible soutien familial (25).

Dans l'étude de Ghaffari et al (26), il n'y a pas de différence significative entre les groupes au regard de l'âge, du temps depuis l'AVC, du sexe, du statut marital, du membre touché, des habitudes de fumeurs, du diabète, de la pression sanguine et des pathologies cardiaques.

Les patients qui ont une éducation du niveau universitaire ont six fois plus de chance d'avoir une DPAVC. De plus, le niveau universitaire et la présence d'une pathologie cardiaque ont été identifiés comme facteurs de risque.

D'après Gurr (27), les spécialistes ne s'accordent pas pour savoir si l'incidence d'un passé de dépression peut influencer une DPAVC. La sévérité de l'AVC est fortement liée à la présence d'une dépression. Le risque est aussi augmenté par des éléments de vie significatifs et des réseaux sociaux appauvris.

2.4. Conséquences

Plusieurs articles montrent que la dépression ralentit le rétablissement des patients après l'AVC. En comparaison avec les patients post-AVC sans dépression, nous pouvons noter un taux de mortalité 50% plus élevé et des capacités cognitives et physiques davantage atteintes (19) et (20). Le taux de morbidité est également accru (18).

Parmi les déficiences physiques les plus courantes après un AVC, nous retrouvons la marche et l'utilisation des membres supérieurs. Les patients déprimés ont une marche plus asymétrique que les patients non déprimés. De plus, l'amélioration de la mobilité est aussi moins bonne (28).

Plusieurs études montrent que le niveau de qualité de vie et le niveau d'indépendance diminuent avec une dépression sévère. Après l'AVC, les deux tiers des patients ont des déficits neurologiques altérant la réalisation de leurs AVQ. Pour la moitié d'entre eux, ils vont devenir dépendants d'autres personnes pour réaliser ces activités (29). Les scores à l'indice de Barthel (évaluation de l'autonomie fonctionnelle), au NIHSS (quantifie la déficience causée par l'AVC) et au MMSE (évaluation des capacités cognitives et mnésiques) sont moins bons.

Dans leur étude, Badaru et al. (30) observent les conséquences de la DPAVC sur les AVQ. Ils montrent que les patients avec une dépression ou une dépression associée à une fatigue avaient moins d'indépendance fonctionnelle dans les AVQ que les patients non déprimés ou avec seulement une fatigue. Cela concorde avec les conclusions de l'étude de Ezema CI et al. (29).

Dans l'étude de Tse et al. (7), la relation entre les activités de participation et la dépression à 3 et 12 mois après l'AVC est significative, c'est-à-dire que quand la participation diminue, la dépression augmente. Cependant, cela était moins marqué au bout d'un an après l'AVC, ce qui suggère que la relation entre les symptômes dépressifs et la participation est moins forte au fil du temps.

Les chercheurs n'ont pas prouvé que la DPAVC peut être attribuée à un type particulier d'AVC ou à une sévérité particulière (31). Une hypothèse est que la relation entre les déficiences fonctionnelles et la dépression se fait par le biais de la signification que le patient

attribue à ses déficiences. La DPAVC pourrait alors être vue comme le résultat d'un ajustement inadéquat aux conséquences de l'AVC.

2.5. Période d'apparition et durée de la DPAVC

Le graphique suivant est tiré de l'étude d'Ibrahimagic et al (18).

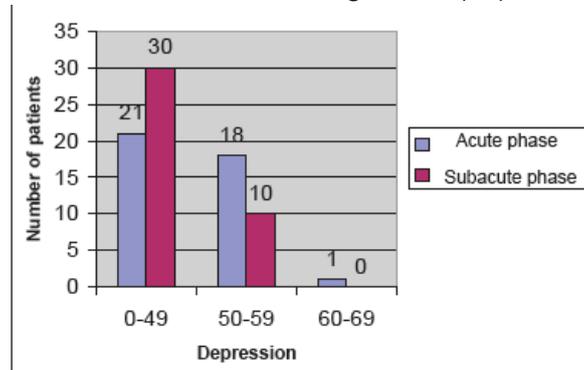


Figure 1. Depression in acute and subacute phase of ischemic stroke. 0-49: normal; 50-59: minor to moderate depression; 60-69: moderate to severe depression

Figure 1 : dépression en phase aiguë et subaiguë de l'AVC ischémique

Cette étude est portée sur 40 patients âgés de 65 ± 10 ans. Le graphique montre l'importance de la dépression en phase aiguë (bleu) et subaiguë (violet). Un score entre 0-49 signifie « pas de dépression », 50-59 une « dépression mineure à modérée » et 60-69 une « dépression modérée à forte ». Il montre qu'en phase aiguë, 21 patients n'avaient pas de symptômes de dépression, 18 avaient une dépression mineure à modérée, et un avait une dépression sévère. En phase subaiguë, 30 patients n'avaient pas de signes de dépression et 10 avaient une dépression mineure à moyenne.

Cela montre que pour cet échantillon, le nombre de personnes atteintes de dépression a diminué entre la phase aiguë et la phase subaiguë, et cela indépendamment de la sévérité de la dépression.

Par ailleurs, l'étude de Tse et al. montre que la prévalence de l'AVC est élevée 3 mois après l'AVC puis diminue au fil des mois (32). Les symptômes de la dépression peuvent s'aggraver pendant la phase chronique. Chez 34% des patients âgés de l'étude, la DPAVC persiste au-delà de 20 mois après l'accident (20).

2.6. Symptômes

Les symptômes de la DPAVC sont : l'humeur du patient qui se sent triste ou qui peut avoir des douleurs, la perte d'attrait pour certaines de ses activités préférées, une perte de plaisir, une baisse d'énergie et d'élan vital (25). Un sentiment de désespoir est également courant. Ces signes sont les principaux, mais nous pouvons également relever d'autres signes moins spécifiques de la dépression, comme des troubles du sommeil, une perte de poids ou

d'appétit, des douleurs, de la nervosité ou de l'anxiété. On note également une perte de l'estime de soi et une anhédonie, voire des pensées et comportements suicidaires. On peut également retrouver les troubles psychotiques, comme des hallucinations ou un délire.

Les symptômes sont donc variés et peu spécifiques de la DPAVC, ce qui complique le diagnostic.

2.7. Dépistage et diagnostic

Le dépistage peut être réalisé à plusieurs étapes après l'AVC, notamment pendant les périodes de transition (17). En effet, le moment où la personne entre en dépression varie selon chacun, il n'y a donc pas de temps déterminé. L'article d'Esparrago Llorca et al. (21) explique que le dépistage est complexe, notamment car les symptômes de la dépression ne sont pas spécifiques à celle-ci, comme par exemple l'apraxie, l'aphasie ou la négligence visuelle. Il y aurait donc un risque de surestimer la DPAVC ou au contraire de ne pas la dépister ou de la sous-estimer.

Les outils de diagnostic utilisés sont les échelles. Elles ont chacune leurs avantages et inconvénients. Dans l'article d'Esparrago Llorca et al, il est mentionné que l'échelle la plus fiable serait le Questionnaire sur la santé du patient en 9 points et en 2 points (PHQ-9 et PHQ-2).

D'après un article de la revue médicale Suisse (33), la dépression post-AVC se présente de la même manière qu'une dépression sans atteinte neurologique. Toujours selon cet article, comme les symptômes de la dépression ne sont pas spécifiques, il est plus intéressant d'observer en priorité les signes cliniques majeurs de la dépression.

L'étude de Ghaffari et al (26) montre que les AVQ basiques et le contrôle moteur du tronc sont deux facteurs pour distinguer les patients avec et sans DPAVC. La dépression rend les patients plus dépendants dans leurs AVQ, car elle a un effet sur la volition et la motivation. De plus, le contrôle du tronc est plus faible chez les patients avec DPAVC que chez ceux qui n'en n'ont pas.

Le dépistage de la dépression est donc complexe car elle peut survenir à n'importe quel moment et les signes cliniques ne sont pas spécifiques.

2.8. Prévention

Dans une étude d'Allida S. et al (34), plusieurs tests sont menés afin d'évaluer l'impact de différentes interventions pour prévenir la dépression après un AVC. Les techniques testées sont la stimulation cérébrale pharmacologique, psychologique, non invasive ou des combinaisons de ces différentes interventions. Les résultats montrent que ces méthodes peuvent réduire le risque de dépression post-AVC.

3. Prise en soin

3.1. Traitements médicamenteux

Le traitement typique de la DPAVC est la médication et la psychothérapie (24). Les traitements médicamenteux principalement utilisés sont les anti-dépresseurs. Il y a différents types d'antidépresseurs, dont l'efficacité varie. Cependant, tous les effets de ces traitements ne sont pas démontrés : ils pourraient influencer les fonctions motrices ou cognitives par exemple, et donc jouer sur la récupération (21).

De plus, certains traitements peuvent mener à des symptômes dépressifs, comme les antihypertenseurs ou les sédatifs. Une hyperthyroïdie ou une infection sous-jacente peut également créer des symptômes de dépression (35).

3.2. Prise en charge non médicamenteuse

En SSR, le patient est pris en charge par une équipe pluridisciplinaire. Tous les professionnels qui la composent peuvent être à même de repérer des signes de dépression chez le patient post-AVC, et peuvent intervenir à leur façon pour la prévenir ou la diminuer. De plus, certaines équipes pluridisciplinaires disposent d'un psychologue. Ce dernier aura probablement un rôle important à jouer dans la prise en charge de la dépression post-AVC.

Dans l'étude de Chang et al, un psychologue prodigue une intervention basée sur la théorie comportementale et sur l'éducation à propos de la santé mentale et de la récupération post-AVC. Les résultats montrent une amélioration de la dépression dans le groupe contrôle (n'ayant eu ni thérapie comportementale, ni éducation) et dans le groupe de l'intervention. Cependant, l'amélioration est supérieure chez le groupe d'intervention. Les psychologues peuvent donc mettre en place certaines interventions de prise en charge de la DPAVC, comme le montre cette étude (36).

3.3. Modèle conceptuel en ergothérapie

L'ergothérapeute pourrait lui aussi intervenir auprès du patient post-AVC afin de travailler sur la dépression.

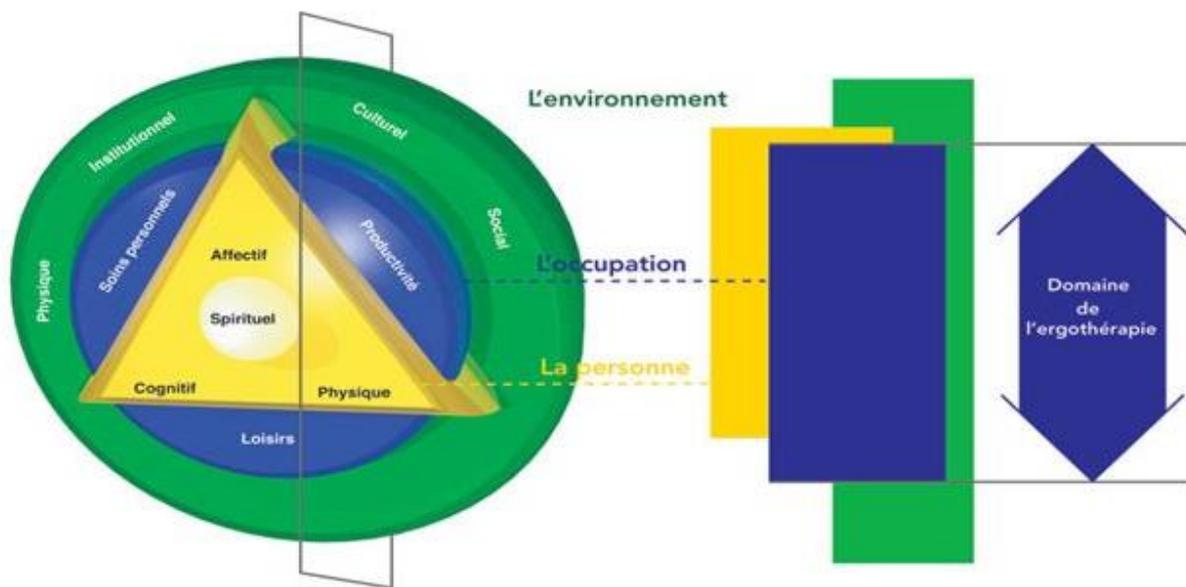
L'ergothérapie s'appuie sur la science de l'occupation. Cette dernière est définie comme « *une discipline scientifique dont l'objet d'étude est l'occupation humaine et dont le but est de faire progresser les savoirs sur celle-ci en rapport avec la santé, la qualité de la vie et le bien-être* » (37). Les objectifs de la science de l'occupation sont de « *soutenir la pratique des ergothérapeutes, améliorer les services existants et développer de nouvelles approches, comprendre les humains en tant qu'être occupationnels, expliquer les relations entre l'occupation et la santé, différencier l'ergothérapie d'autres professions, accroître les services en dehors des frontières, [...] élaborer des cadres conceptuels et fabriquer des instruments d'évaluations* ». (37)

Dans son livre « La science de l'occupation pour l'ergothérapie », Doris Pierce définit l'occupation comme « *une expérience spécifique, individuelle, construite personnellement et qui ne se répète pas* » (38).

La science de l'occupation et l'occupation sont donc prépondérants dans la pratique de l'ergothérapie. C'est sur ces deux notions que s'appuie l'un des modèles conceptuels qui peut être utilisé en ergothérapie : le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO).

Le postulat à la base du modèle MCREO est que les humains ont besoin d'occupation, et que cette occupation peut avoir un potentiel thérapeutique. Le but est d'atteindre un équilibre occupationnel, c'est-à-dire un agencement idéal des occupations d'une personne.

Dans le modèle MCREO, nous retrouvons trois dimensions principales : la personne, ses occupations et son environnement. Ces trois dimensions comprennent elles-mêmes d'autres sous-parties. Pour la personne, nous retrouvons l'aspect spirituel, qui est un aspect central, ainsi que le cognitif, le physique et l'affectif. La dimension des occupations comprend les soins personnels, la productivité et les loisirs. Enfin, l'environnement est utilisé au sens large car il intègre l'environnement culturel, institutionnel, social et physique. Ces aspects sont repris dans la figure 2 suivante.



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

Figure 2 : Schéma du fonctionnement du modèle MCREO

La mise en application du modèle MCREO se fait avec la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) (cf. Annexe I). C'est un document à compléter pendant un entretien avec le patient, qui reprend de façon concrète les différents points clés du MCREO. Le but est de mettre en évidence les différents secteurs occupationnels

problématiques, et d'évaluer le rendement et la satisfaction du patient face à ces secteurs. Grâce à ce bilan, l'ergothérapeute détermine des objectifs et des moyens d'intervention pour la prise en charge de la personne. Puis, il peut refaire un entretien avec la MCRO au cours de la prise en soin ou à la fin, pour mesurer le changement.

La MCRO est principalement centrée sur la composante occupationnelle : les soins personnels, la productivité et les loisirs. Elle tient compte de l'avis du patient sur ses activités, la façon dont il les réalise et son niveau de satisfaction. C'est la personne elle-même qui va déterminer les occupations qui lui posent un problème au quotidien, ce qui en fait un modèle centré sur le patient. Elle permet aussi à la personne d'exprimer ses attentes.

L'avantage de la MCRO est qu'elle s'applique à tout le monde, peu importe l'âge, la pathologie ou le lieu de résidence actuel (à l'hôpital ou à domicile par exemple).

Dans le cadre de la dépression post-AVC, la MCRO est intéressante à utiliser car elle peut permettre au patient de retrouver des occupations ou de les faire de manière plus satisfaisante pour lui. En effet, la DPAVC peut avoir un impact sur les AVQ en les diminuant, ce qui va influencer sa qualité de vie et son rétablissement. La MCRO peut donc permettre à l'ergothérapeute de mieux cerner les occupations importantes pour le patient, et ainsi de travailler sur leur reprise.

3.4. Problématisation

L'AVC touche un nombre très important de personnes dans le monde. En France, les parcours de soins sont variés, mais tous ont en commun une volonté de soins continus et de qualité pour le patient. Parmi ces parcours, nous retrouvons la prise en charge en Soins de Suite et de Réadaptation. Dans ce service, une équipe pluridisciplinaire est présente pour prodiguer au patient l'accompagnement nécessaire pour qu'il puisse avoir la meilleure récupération possible. On y trouve entre autres l'ergothérapeute, dont le rôle sera centré autour de l'indépendance et de l'autonomie.

L'une des conséquences de l'AVC est le handicap invisible, dont la dépression. Cette dernière est présente chez un nombre important de patients post-AVC, et son dépistage est difficile. Des traitements médicamenteux existent et une prise en charge de la dépression peut également se faire. Lors de l'hospitalisation mais également lors du retour à domicile, la dépression post-AVC a un impact important sur la récupération et sur la réinsertion du patient dans son quotidien.

Il est donc intéressant de se demander comment la dépression peut être dépistée, prise en charge et prévenue par l'ergothérapeute lors de l'hospitalisation, afin de limiter ses effets à l'hôpital mais également pour prévenir son apparition lors du retour à domicile du patient. Cela nous amène donc à nous poser la question suivante :

En quoi l'ergothérapeute exerçant en SSR peut-il participer au dépistage, à la prise en charge et à la prévention de la dépression post-AVC afin d'en limiter l'impact en hospitalisation en prévision du retour à domicile ?

Nous pouvons faire plusieurs hypothèses afin de répondre à cette problématique :

- 1) L'ergothérapeute peut dépister la DPAVC à l'aide d'échelles de dépistage.**
- 2) L'ergothérapeute peut réduire la dépression en travaillant sur les Activités de la Vie Quotidienne du patient.**

Méthodologie

1. Choix de l'outil

Le choix de l'outil s'est fait à la suite de recherches bibliographiques sur la prise en charge, la prévention et le dépistage de la dépression post-AVC en ergothérapie. Peu d'articles ont été trouvés, mais ces derniers avaient des approches différentes du sujet. Une scoping review a donc été faite, afin de produire un état des lieux des pratiques actuelles autour de la DPAVC en ergothérapie. Le but était d'avoir une idée globale de la littérature pouvant répondre à la problématique, pour obtenir une approche de prise en charge pertinente au regard des articles à ce sujet.

D'après le site de la bibliothèque de Montréal (39), la scoping review établit « *l'étendue de la recherche effectuée dans un domaine ou sur un sujet spécifique* ». De plus, elle « *recense souvent les organisations, individus et publications pertinents à ce domaine, tout en identifiant les écarts de savoirs* ».

D'après Arksey et O'Malley (40), la scoping review comprend six étapes, qui sont :

1. Définir l'objectif et la question de recherche
2. Identifier les sources d'information pertinentes
3. Faire la sélection des études
4. Analyser les données à l'aide d'une grille
5. Rassembler, résumer et présenter les résultats
6. Optionnel : réaliser une consultation auprès d'experts

1.1. Etape 1 : Définir l'objectif et la question de recherche

La question de recherche est établie grâce la méthode PICO (41). L'objectif de cette méthode est de déterminer quatre éléments qui permettront de détailler et préciser au mieux la question de recherche. Ils sont : Population ou Problème, Intervention, Comparaison, et Outcome (ou résultats).

Dans la Population ou le Problème, nous avons déterminé la population d'étude précise ou le problème rencontré. L'Intervention se réfère au moyen qui est étudié afin de pallier le problème. La Comparaison est utile si, dans l'étude, un élément est comparé à un autre. Enfin, dans la partie Outcome, nous avons indiqué les résultats que nous souhaitions atteindre et le but de faire cette étude.

Le tableau 1 reprend la méthode PICO en l'appliquant au sujet du mémoire.

Population/problème	Patient présentant une dépression post-AVC ou un risque de dépression post-AVC
Intervention	Dépistage, prise en charge et prévention de la dépression post-AVC par l'ergothérapeute

Comparaison	Pas de comparaison
Outcome/Résultats	Augmentation du dépistage et de la prévention de la DPAVC Déterminer les méthodes de prise en charge possibles de la DPAVC en ergothérapie

Tableau 1 : application du PICO à la problématique

1.2. Etape 2 : Identifier les sources d'information pertinentes

Dans cette partie, nous devons définir les sources fiables sur lesquelles les articles pouvaient être utilisés. Dans le cas de ce mémoire, les bases de données utilisées étaient :

- Pubmed
- Scopus
- Google scholar
- Science Direct
- Cairn

Les mots-clés recherchés étaient :

En français : ergothérapie, dépression post-AVC, prise en charge, dépistage, prévention

En anglais : occupational therapy, post-stroke depression, care, screening, prevention.

1.3. Etape 3 : Sélectionner les études

Pour une recherche plus précise, deux équations de recherche ont été utilisées, l'une en anglais et l'autre en français :

((depression) AND (stroke)) OR (poststroke depression)) AND ((occupational therapy) OR (occupational therapist)) AND ((screening) AND (care) AND (prevention))

((dépression) AND (AVC)) OR (dépression post AVC)) AND ((ergothérapie) OR (ergothérapeute)) AND ((dépistage) AND (prise en charge) AND (prévention))

À la suite de l'utilisation de ces équations de recherches dans les cinq bases de données, 346 977 résultats étaient affichés. Le choix a donc été fait de mettre en place des critères d'inclusion afin de diminuer le nombre d'articles sélectionnés. Ils sont :

- L'article doit avoir été publié en 2010 ou après,
- Il devait avoir été rédigé en français ou en anglais,
- Son format devait être du type : revue, article de recherche, mini revue ou guide de pratique.

Une première sélection d'articles basée sur le titre a été effectuée. Le nombre d'études sélectionnées était alors de 228. Parmi elles, il y avait 44 doublons, ce qui laissait 184 articles

pour la partie suivante. Les abstracts des 184 articles ont été lus, et 44 ont été gardés pour la suite. Enfin, ces articles ont été lus en entier afin de voir s'ils correspondaient au sujet attendu. Finalement, 8 articles ont été sélectionnés pour être étudiés dans la scoping review.

Une recherche a été faite dans la littérature grise. Cette dernière est définie comme tout ce qui concerne « *des rapports techniques ou de recherche, des thèses de doctorat ou des rapports de maîtrise, des actes de congrès, des publications gouvernementales, etc, tout ce qui n'est pas publié dans une revue scientifique avec comité de pairs* » (42).

La littérature grise a été sélectionnée grâce à la base de données Google Scholar notamment, et par des recherches annexes. Deux études ont été sélectionnées.

Un diagramme de flux (cf. Figure 3, page 20) a été réalisé, à partir de la méthode expliquée dans l'article de Gedda (43). Le diagramme de flux permet de reprendre les différentes étapes de la sélection d'articles pour la scoping review, et d'indiquer le nombre de documents sélectionnés à chaque étape.

1.4. Etape 4 : Analyser les données grâce à une grille

Une grille a été créée en fonction des critères du « *JBI manual for evidence synthesis* » (44). Elle est présentée en Annexe II. Elle comprend :

- Auteur
- Année de publication
- Pays d'origine
- But
- Population/échantillon
- Méthodologie
- Type d'intervention et détails, durée de l'étude
- Résultats et détails

1.5. Etape 5 : Rassembler, résumer et présenter les résultats

La cinquième étape de la scoping review consiste à faire une présentation des résultats obtenus grâce à la grille précédente, et à les présenter. Le but est d'avoir une vision globale de l'état de la littérature sur un sujet afin de pouvoir mettre en évidence les résultats les plus pertinents et d'en identifier les divergences ou les lacunes.

Cette présentation des résultats et la discussion autour de ces derniers a été rédigée dans les deux parties suivantes.

1.6. Etape 6 : Réaliser une consultation auprès d'experts

Cette dernière étape est facultative, mais permet d'ajouter de la rigueur scientifique. Son rôle est de « *valider les sources documentaires, d'en rajouter d'autres ou encore de leur présenter les résultats préliminaires ou en cours de rédaction* » (42). Le choix des experts devra être encadré afin d'assurer « *l'exactitude de leurs commentaires* ». Dans ce mémoire, le choix a été fait de ne pas réaliser cette étape facultative, par manque de temps et de moyens.

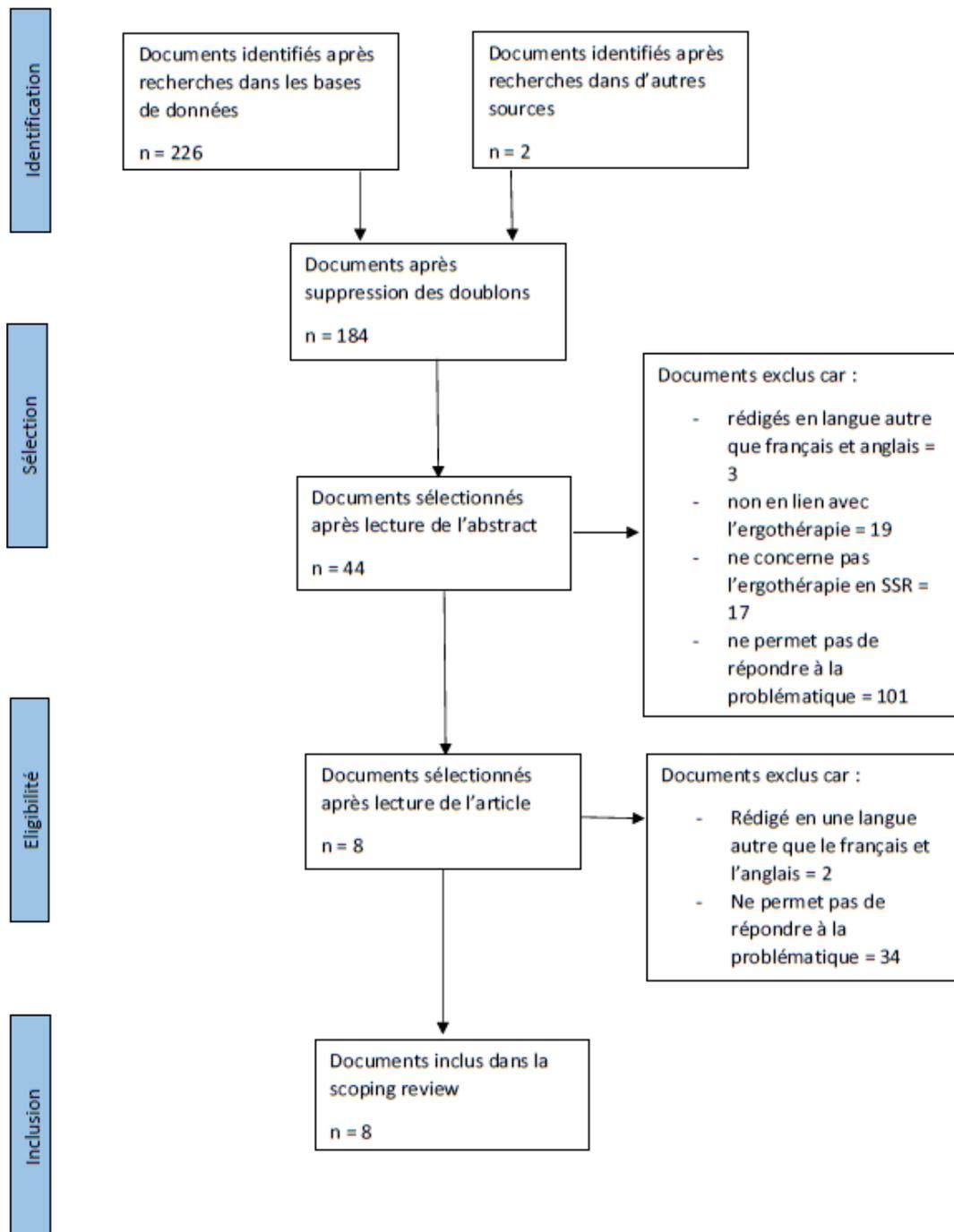


Figure 3 : diagramme de flux appliqué à la sélection des études de ce mémoire

Résultats

La présentation des résultats correspond à l'étape 5 de l'élaboration d'une scoping review selon Arksey et O'Malley (40). Le classement des résultats sera fait selon les thématiques abordées.

La table d'extraction (cf. Annexe II) a servi de support à la rédaction des résultats. Les résultats obtenus ont pu être regroupés en deux grandes parties : le dépistage et la prise en charge.

1. Dépistage

1.1. Echelles, évaluations et bilans de dépistage

Dans les articles relatifs au dépistage de la DPAVC, différentes échelles sont évoquées. Elles sont présentées dans la partie « Annexes » de ce mémoire. Elles peuvent être utilisées par les professionnels de santé en rééducation fonctionnelle auprès des patients ayant fait un AVC. Elles ne sont pas spécifiques à l'ergothérapeute même si ce dernier peut les utiliser dans sa pratique. Le tableau 2 reprend l'ensemble des échelles de dépistage de la DPAVC en fonction des articles dans lesquels elles sont mentionnées.

<i>Etudes Echelles</i>	<i>Etude de Kneebone et al.</i>	<i>Etude de Lees et al.</i>	<i>Etude de Morris et al.</i>	<i>Etude de Gurr</i>	<i>Guide de Myers et al.</i>
<i>BASDEC (Brief Assesment Schedule DEpression Cards)</i>	X			X	
<i>BDI (Beck Depression Inventory)</i>					X
<i>DISCS (Depression Intensity Scale Circles)</i>	X	X	X	X	
<i>GDS (Geriatric Depression Sclale)</i>		X			
<i>GHQ (General Health Questionnaire)</i>		X			
<i>HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)</i>	X	X		X	X
<i>HRDS (Hamilton Rating Scale of Depression)</i>		X			

<i>PHQ-9 (Patient Health Questionnaire)</i>		X			
<i>SADQ-H10 (Stroke Aphasic Depression Questionnaire – Hospital 10 items version)</i>	X		X		

Tableau 2 : échelles de dépistage de la DPAVC utilisées en fonction des articles

1.2. Pratiques actuelles des évaluations en ergothérapie

Plusieurs études font un état des lieux des pratiques actuelles des ergothérapeutes concernant le dépistage des troubles de l'humeur après un AVC.

Dans l'étude de Lees et al (45), 27 ergothérapeutes répondent au questionnaire relatif au dépistage des troubles de l'humeur chez les patients post-AVC en établissement de réadaptation. Sur ces 27 professionnels, 20 font passer régulièrement des bilans pour les troubles de l'humeur. Le protocole le plus commun est de choisir l'échelle en fonction du patient. La HADS est très majoritairement utilisée, mais certains ergothérapeutes utilisent la DISCS, le PHQ-9 ou le GDS. D'autres professionnels de santé utilisent le HRSD dans l'étude mais ce n'est pas le cas des ergothérapeutes.

L'un des bilans utilisés est la Geriatric Depression Scale ; cependant cette échelle n'a pas été validée spécifiquement pour les patients post-AVC. La HADS, majoritairement utilisée par les ergothérapeutes, n'a pas été validée pour être utilisée en phase aiguë de l'AVC.

Cette étude montre aussi que la diversité des échelles utilisées auprès des patients avec des troubles du langage était plus importante que pour les patients sans ce type de trouble.

L'étude de Lees (45) révèle un manque de recherche des troubles de l'humeur dans la phase aiguë de l'AVC. L'évaluation des troubles de l'humeur est faite principalement pendant la phase de rééducation, donc entre la phase aiguë et la sortie du service. En revanche, dans l'étude de Kneebone et al, le protocole est fait entre 5 et 15 jours après l'arrivée dans le service, afin de laisser un temps d'ajustement au patient mais aussi pour que l'évaluation de la dépression se fasse en même temps que les autres bilans. Il est cependant mentionné dans l'étude que la dépression peut se manifester à n'importe quel moment et qu'il convient donc d'être attentif aux signes même en dehors de cette période. Enfin, d'après l'étude de Gurr, la période idéale pour tester la dépression serait de deux semaines après l'AVC.

Dans plusieurs études, les ergothérapeutes mentionnent des freins qui les empêchent de faire le dépistage de la DPAVC. Ces freins sont reportés dans le tableau 3.

<i>Freins</i>	<i>Etudes</i>	<i>Kneebone et Al (46)</i>	<i>Morris et al (47)</i>	<i>Gurr (27)</i>
<i>Pression de temps sur l'équipe</i>		X	X	
<i>Manque de temps lié à la sortie du patient du service</i>				X

<i>Impression d'un manque de connaissances et/ou de compétences</i>	X	X	
<i>Manque d'entraînement</i>		X	
<i>Questionnement sur le professionnel qui doit dépister</i>	X	X	
<i>Manque de protocoles de dépistage disponibles</i>	X		
<i>Dépistage non inclus dans les pratiques habituelles</i>	X		
<i>Patient ne souhaitant pas être dépisté</i>			X
<i>Le changement de lieu de vie peut provoquer des symptômes similaires à ceux de la dépression sans qu'il s'agisse réellement d'une dépression</i>			X
<i>Difficultés de différenciation des signes cliniques de l'AVC et ceux de la dépression</i>			X

Tableau 3 : Freins au dépistage de la DPAVC évoqués dans les articles correspondants

Dans l'étude de Kneebone et al (46), après avoir mis en place le protocole, les professionnels soulèvent que l'utilisation des instruments est facile, il n'y a pas de difficultés pour trouver le résultat, les patients acceptent facilement le dépistage et cela ne prend pas beaucoup de temps.

1.3. Protocoles de dépistage

Les études de Kneebone et al. (46) et de Gurr (27) mettent toutes deux en place un protocole de dépistage de la DPAVC dans lequel les ergothérapeutes interviennent. Le protocole de Kneebone et al. est présenté en annexe XI et celui de Gurr en annexe XII.

L'étude de Kneebone (46,48) se divise en deux articles : l'un reprenant la création du protocole de dépistage et l'autre son application pratique. Il repose sur quatre échelles : DISCS, HADS, BASDEC et SADQ-H10. Deux protocoles différents émergent de la première étude : l'un pour les personnes de plus de 65 ans et l'autre pour les moins de 65 ans. L'utilisation des différents bilans dans ces protocoles varie selon la présence ou non de troubles cognitifs ou de la communication importants.

Dans la deuxième étude, le protocole précédent est mis en place, et l'objectif est de voir si les ergothérapeutes peuvent effectuer le protocole dans la période donnée (5 à 15 jours après l'admission), choisir le bon protocole selon le patient, donner un feedback et arriver à des résultats corrects.

Dans le protocole de l'étude de Gurr (27), les ergothérapeutes posent deux questions au patient : « *have you ever had problems with anxiety or depression in the past ? Do you ever fell anxious or depressed now due to your stroke/this situation ?* » : avez-vous déjà eu des problèmes avec l'anxiété ou la dépression auparavant ? Vous sentez-vous parfois anxieux ou déprimé en ce moment à cause de la situation/de votre AVC ?

D'autres professionnels comme les psychologues prennent part au protocole.

Dans l'étude de Kneebone et al (46) , 100% des patients présents dans l'unité de soin entre 5 et 15 jours après leur AVC sont testés. Le choix du protocole est le bon dans 100% des cas, le résultat est écrit dans les notes médicales (transmissions écrites) dans 100% des cas également. Dans 80% des cas, le résultat du test est donné au patient, et cela n'est pas clairement précisé pour les 20% restants. Il est intéressant de noter que 83% des patients testés présentent une dépression. Les recommandations sont de poursuivre la pratique de ces protocoles et de former les nouveaux professionnels à leur utilisation.

Concernant le protocole de Gurr (27), les résultats montrent que 90% des patients sont testés, sur les 100% souhaités. La question du risque se pose donc pour les patients non dépistés.

Pour les deux études, il n'y a pas eu de tests ultérieurement pour savoir si les résultats évoluaient.

1.4. Interprofessionnalité

Dans deux études, la phase de dépistage de la DPAVC se fait en collaboration entre l'ergothérapeute et d'autres professionnels.

Dans l'étude de Kneebone et al (48), le protocole de dépistage de la DPAVC est construit en collaboration entre les ergothérapeutes et les psychologues, mais dans l'optique que les ergothérapeutes puissent le faire passer seuls aux patients.

En revanche, dans l'étude de Gurr (27), d'autres professionnels interviennent directement dans le dépistage, que ce soient les infirmiers, les psychologues ou d'autres professionnels de santé. Pendant les réunions pluridisciplinaires, les professionnels ne parlent pas de tous les patients dépistés, mais d'environ un sur cinq. Les résultats montrent que le parcours de dépistage pourrait être amélioré avec une meilleure communication dans l'équipe. Enfin, cette étude se focalise sur le nombre de dépistage effectués mais non sur la qualité de ces mesures.

2. Prise en charge en ergothérapie

2.1. Pratiques actuelles en ergothérapie

D'après l'étude de Simpson et al (49), seuls les ergothérapeutes sont formés pour traiter les séquelles physiques, neurologiques, les répercussions psychologiques, et les effets que ces facteurs ont sur la performance occupationnelle. La profession est idéalement située pour travailler sur le bien-être psychosocial après un AVC.

Des freins à la prise en charge de la DPAVC sont reportés par les professionnels. Certains sont communs avec les freins liés au dépistage. Ils sont : le fait de prioriser la sphère motrice, les contraintes de temps et de productivité, des ressources limitées, la réticence des patients et le manque de pratique et de connaissances professionnelles.

Dans cette étude, 754 ergothérapeutes exerçant aux Etats-Unis ont été interrogés. Parmi eux, 74% disent initier la conversation avec leurs patients sur la santé mentale. 57% des professionnels sont satisfaits de leur prise en charge en termes de santé mentale. Enfin, 93% des ergothérapeutes pensent que la prise en charge des troubles de l'humeur est importante.

Certains professionnels essaient d'inclure la santé mentale dans toutes les évaluations et activités faites avec le patient. L'une des stratégies mise en place par les ergothérapeutes est de choisir de travailler sur les activités signifiantes du patient, afin d'intégrer la volition à la prise en charge. De plus, ils pensent que la relation thérapeutique instaurée avec le patient peut avoir une importance dans la prise en charge de la santé mentale. Certains ergothérapeutes travaillent aussi sur la réinsertion dans la communauté et sur les signes cliniques qui peuvent apparaître lors du retour à domicile.

Il est supposé dans l'étude que la difficulté est de trouver l'équilibre entre les attentes en termes de productivité et la limite de temps due à la durée de l'hospitalisation. Les professionnels interrogés souhaitent travailler sur les troubles moteurs et mentaux, mais se sentent plus confiants pour prendre en soin les composantes physiques. Même s'ils ont appris durant leur formation qu'il faut travailler sur les deux aspects, en pratique il est plus compliqué de trouver l'équilibre.

2.2. Thérapie comportementale et cognitive

La thérapie comportementale et cognitive (*cognitive behavioral therapy*) est abordée dans l'article de Kootker et al (31). Dans le protocole de cette étude (cf. Annexe XIII), un psychologue choisit de s'associer avec un ergothérapeute ou un kinésithérapeute, selon les objectifs du patient. L'ergothérapeute est préféré si le patient souhaite optimiser ses activités de soins personnels, loisirs, ménage ou travail. Son rôle est d'évaluer les limitations fonctionnelles du patient et d'identifier les stratégies de compensation. Son but est de transposer les objectifs du patient dans la vie réelle et d'aider aux changements de comportement. Sur les onze séances totales, l'ergothérapeute participe à cinq séances.

Le protocole mis en place se divise en cinq parties. L'ergothérapeute intervient pendant la deuxième partie (sur une séance), en collaboration avec le patient et le psychologue. Leur but est de créer un plan d'action concret et réaliste afin de déterminer les objectifs de thérapie du patient et les moyens d'action à mettre en place. A partir de cette étape, le psychologue et l'ergothérapeute doivent rester en contact afin que le psychologue puisse informer son collègue de l'avancée de la thérapie avec le patient. En effet, l'ergothérapeute ne prend le patient en charge qu'à partir de la quatrième partie du protocole. Il a ici pour rôle d'aider le patient à réaliser ses objectifs personnels, pendant trois séances. Puis, au cours de l'étape 5, il peut si besoin apprendre des techniques de relaxation au patient afin de soulager les tensions corporelles dues à l'anxiété qui pourraient freiner le patient pour atteindre ses objectifs.

2.3. Réalité virtuelle

L'étude de Shin et al. (50) s'intéresse à la Réalité Virtuelle (RV) dans le cadre de la prise en charge de la DPAVC. Dans l'étude, la RV est définie comme suivant : « VR provides a computer-generated real-time simulation of an activity or environment, which promotes a virtual experience via interactions between the user and artificial environments. ». Cela signifie que la réalité virtuelle procure une stimulation en temps réel généré par un ordinateur, qui représente une activité ou un environnement. Cela produit une expérience virtuelle via les interactions entre l'utilisateur et les environnements artificiels.

Cette étude a lieu six mois après l'AVC des patients. Elle compare deux groupes : l'un bénéficiant d'ergothérapie seule, et l'autre d'ergothérapie et de réalité virtuelle (cette dernière étant prodiguée par des ergothérapeutes formés préalablement). La dépression est mesurée grâce à la HRDS.

Une diminution significative de la dépression a été observée dans les deux groupes. Cependant, il n'y a pas de différence significative inter-groupe. Il a été reporté que l'utilisation de la RV permet une absence de sentiment négatif le temps de l'activité et une expérience du flow.

2.4. Education et formation

Dans l'étude de Simpson et al (49), qui se déroule aux Etats-Unis, les professionnels indiquent que moins d'une heure de leur formation initiale est accordée au dépistage et à la prise en charge des troubles de la santé mentale après un AVC. Ils n'ont pas non plus de cours sur l'éducation thérapeutique des familles et du patient spécifiques aux troubles de l'humeur. Seulement 22% des répondants à l'enquête ont eu une formation post-diplôme sur les troubles de l'humeur. De plus, les professionnels expriment que dans leur formation initiale, la prise en charge des troubles de santé mentale était étudiée pour les patients avec des troubles psychiatriques, mais non pour les patients post-AVC.

Dans les programmes d'éducation thérapeutique mis en place dans leurs établissements de travail, l'apprentissage est centré sur les séquelles physiques et l'aspect mental est laissé de côté. 64% des ergothérapeutes informent leurs patients sur les besoins en santé mentale qui peuvent arriver après un AVC, et 56% leur expliquent les symptômes de la dépression et de l'anxiété. 51% des ergothérapeutes évoquent avec leur patient comment parler à leur famille des troubles possibles de santé mentale après l'AVC.

Les professionnels de l'étude souhaitent avoir une meilleure éducation sur la santé mentale après un AVC, que ce soit en formation initiale ou continue. De plus, un nombre d'articles plus important dans les revues scientifiques serait bénéfique. Dans les conclusions de l'étude, il est signifié que l'éducation devrait inclure des manières créatives et éthiques pour travailler sur la santé mentale avec les patients, notamment pour pallier le manque de moyens financiers. De plus, les professionnels sont en demande de savoir quelle tâche incombe à quel corps de métier en ce qui concerne la santé mentale, afin qu'il n'y ait pas de glissement de tâche. D'après l'étude, il y a également un besoin d'informer les autres professionnels sur ce que l'ergothérapeute peut faire autour de la santé mentale.

L'étude de Morris et al. (47) se base sur une intervention d'éducation auprès des soignants à propos du dépistage des troubles de l'humeur post-AVC. Le but de l'intervention est que les professionnels se sentent soutenus par leurs collègues dans l'importance de dépister la DPAVC, se sentent confiants dans la connaissance des méthodes de dépistage et aient une compréhension des buts et des bénéfices de la démarche. L'intervention dure une heure. Le but est que la dépression et l'anxiété soient considérés séparément, et que les résultats des dépistages soient repris lors des réunions en équipe. Si la dépression ou l'anxiété sont suspectés, un test est fait et le résultat est noté.

Les résultats de l'étude montrent que quand l'anxiété est dépistée, les professionnels choisissent de faire aussi le test pour la dépression. Cependant, ce n'est pas toujours le cas quand la dépression est dépistée en premier. Après l'intervention, le taux de dépistage de la dépression a augmenté de 50%. L'étude montre la nécessité de s'entraîner à dépister et de mettre à jour ses connaissances. De plus, le choix de l'instrument de dépistage est important et doit considérer l'âge, les effets similaires de l'AVC et de la dépression et les restrictions d'activité induites par l'hospitalisation.

Discussion

La partie discussion permet d'analyser les résultats obtenus précédemment. Dans un premier temps, nous rappellerons la problématique, puis nous vérifierons la validité des deux hypothèses proposées. Nous reprendrons également les autres résultats pertinents de l'étude. Puis, nous nous intéresserons à l'application des éléments obtenus dans la pratique professionnelle quotidienne. Enfin, nous exposerons les limites de l'étude ainsi que les perspectives de recherche qui s'en dégagent.

Ce mémoire a pour objet d'étude la dépression post-AVC en ergothérapie pendant l'hospitalisation, dans la perspective du retour à domicile. L'objectif est de comprendre l'apport de l'ergothérapeute dans l'accompagnement du patient victime de dépression post-AVC dans le contexte de l'hospitalisation, à travers le dépistage, la prise en charge et la prévention. Pour cela, une scoping review a été réalisée afin de répondre à la problématique suivante :

En quoi l'ergothérapeute exerçant en SSR peut-il participer au dépistage, à la prise en charge et à la prévention de la dépression post-AVC afin d'en limiter l'impact en hospitalisation en prévision du retour à domicile ?

Deux hypothèses avaient alors été faites :

- **L'ergothérapeute peut dépister la DPAVC à l'aide d'échelles de dépistage.**
- **L'ergothérapeute peut réduire la dépression en travaillant sur les Activités de la Vie Quotidienne du patient.**

1. Hypothèse 1

La première hypothèse suppose que l'un des rôles de l'ergothérapeute est de dépister la DPAVC à l'aide d'échelles de dépistage. L'analyse des documents révèle que l'ergothérapeute peut prendre part au dépistage de la DPAVC. Pour cela, il peut utiliser plusieurs échelles de dépistage.

Les échelles utilisées dans les études sont le BASDEC, le BDI, la DISCS, la GDS, le GHQ, la HADS, la HRDS, le PHQ-9 et le SADQ-H10. Pour la plupart, ces échelles ne sont pas spécifiques à la dépression post-AVC mais elles peuvent s'utiliser dans ce cadre. La diversité et le nombre d'échelles disponibles est un avantage pour l'ergothérapeute car il a la possibilité de choisir celle qu'il va utiliser en fonction du patient. Il peut se baser sur plusieurs critères comme l'âge, la présence ou non d'anxiété ou encore la forme d'évaluation qui semble la plus adaptée.

L'ergothérapeute peut également prendre part à des protocoles de dépistage en lien avec d'autres professionnels de santé ou propres à sa profession. Le protocole spécifique aux ergothérapeutes est celui de Kneebone et al (46). Il comprend quatre échelles différentes et deux versions selon l'âge du patient. L'étude montre son efficacité d'utilisation auprès des ergothérapeutes. C'est un avantage qu'il ait été créé spécifiquement pour cette profession, car les questions sont orientées au mieux pour guider la suite de la prise en charge.

Comme nous l'avons vu, le dépistage de la DPAVC peut être fait par plusieurs professionnels. L'ergothérapeute en fait indéniablement partie, ce que nous pouvons voir à travers son référentiel de compétences (51). La compétence 1 est « *Evaluer une situation et réaliser un diagnostic ergothérapeutique* ». L'évaluation et de dépistage de la DPAVC entre donc pleinement dans son champ d'action. La compétence 9 est « *Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs* ». Elle indique alors la capacité de l'ergothérapeute à travailler en équipe pluridisciplinaire, et donc à prendre part à des protocoles avec d'autres professionnels. C'est également le signe qu'il a sa place dans les réunions interprofessionnelles, où les évaluations et la prise en charge du patient vont pouvoir être discutées et élaborées.

Nous pouvons donc en conclure que la première hypothèse est validée.

2. Hypothèse 2

La deuxième hypothèse suppose qu'en travaillant sur les AVQ du patient, la DPAVC peut diminuer. Dans les études portant sur la prise en charge de la DPAVC par l'ergothérapeute, aucune n'intègre le travail autour des AVQ.

Dans l'état de l'art, nous avons vu que la dépression influence le niveau de participation dans les AVQ, et certaines études supposent que de travailler sur la reprise de ces activités peut permettre de diminuer le niveau de dépression. Cependant, l'analyse des résultats de la scoping review montre qu'aucune étude n'est centrée sur ce type de prise en charge.

Les AVQ sont seulement évoqués dans l'étude de Simpson et al (49), où certains ergothérapeutes interrogés disent travailler sur les activités signifiantes du patient. Cependant, il n'y a pas d'informations sur la pertinence de ce type d'intervention, le nombre de professionnels la pratiquant ou encore l'évolution de la DPAVC avec cet accompagnement. Cela révèle une brèche dans la littérature à ce sujet. Il aurait été intéressant de voir l'impact d'une approche centrée sur l'occupation, ainsi que d'avoir une mesure de l'efficacité ou non de cette méthode, tout comme les moyens pour mettre en place une telle approche.

Nous pouvons faire l'hypothèse que certaines études faisant le lien entre l'occupation et la DPAVC existent, mais qu'elles sont centrées sur la dépression en général, sans être spécifiques à l'AVC. Cela pourrait expliquer qu'elles ne soient pas incluses dans l'étude, car les recherches qui ont été faites étaient exclusivement centrées sur l'AVC. Une question se pose donc : la prise en charge de la dépression s'applique-t-elle à la dépression post-AVC ? Certaines prises en charge sont communes, comme la thérapie cognitive et comportementale.

Dans l'étude de Waters et al (52), la MCRO est utilisée dans le cadre de l'étude de cas d'une patiente en dépression. Les résultats montrent une amélioration de la performance et de la satisfaction de la patiente après l'intervention de l'ergothérapeute.

Puis, dans un article de Gunnarsson et al (53), la Tree Theme Method® (TTM) est utilisée. Le patient doit peindre des arbres qui représentent des périodes de sa vie, et des temps de dialogue et d'activités sont inclus dans les séances. Le but est de développer des

stratégies pour que le patient devienne actif, en renforçant sa satisfaction de ses activités et de ses routines, ce qui fonctionne.

Nous pouvons supposer que la MCRO et le TTM peuvent aussi s'appliquer à la DPAVC, mais des recherches cliniques sont nécessaires pour prouver que des approches similaires pour la dépression et la DPAVC sont possibles.

Ainsi, la deuxième hypothèse de ce mémoire n'est pas validée, mais il existe des pistes de réflexion qui montrent qu'il serait intéressant d'approfondir les recherches en ce sens.

3. Résultats secondaires

3.1. Prise en soin

La scoping review a permis de mettre en lumière des résultats qui n'étaient pas dans les hypothèses. L'étude montre que la prise en charge peut se faire au travers de deux autres moyens : la thérapie comportementale et cognitive et la réalité virtuelle.

La thérapie comportementale et cognitive se fait en collaboration avec d'autres professionnels. L'ergothérapeute peut apporter ses compétences pour travailler sur les occupations et les activités significatives du patient, en complémentarité avec le psychologue qui gère d'autres aspects de cette thérapie.

La réalité virtuelle est intéressante dans le cadre de la DPAVC. Elle a notamment montré que plusieurs patients ont pu vivre une expérience du flow. Le flow est défini par Csikszentmihalyi (54) comme un « *état d'activation optimale dans lequel le sujet est complètement immergé dans l'activité* ». Les signes qui montrent que quelqu'un se trouve dans cet état de flow sont « *une perception d'un équilibre entre ses compétences personnelles et le défi à relever ; une concentration de l'attention sur l'action en cours ; des feedbacks clairs ; des sensations de contrôle sur les actions réalisées et sur l'environnement ; l'absence de stress, d'anxiété et d'ennui ainsi que la perception d'émotions positives* ».

Dans le cadre de la DPAVC, la notion de flow est très intéressante car elle comporte la présence d'émotions positives et une sensation de contrôle élevée, ce qui vient confronter la perte d'estime de soi et la grande tristesse de la dépression. Trouver une activité procurant le flow, comme ici la réalité virtuelle, peut permettre une diminution momentanée de la dépression, même si cela ne perdure pas après l'activité.

3.2. Prévention

Dans la problématique, nous retrouvons la notion de prévention. Cependant, cette dernière n'est évoquée directement dans aucune étude. Nous pouvons faire l'hypothèse que cela vient des critères d'inclusion de l'étude. L'état de l'art montre que la prévention est possible : dans une étude d'Allida S et al (34), le risque de DPAVC diminue avec les stimulations cérébrales pharmacologique, psychologique et/ou non invasive, mais ces

méthodes ne sont pas applicables en ergothérapie. Nous pouvons donc nous demander quelle est la place de l'ergothérapeute dans la prévention.

L'une des hypothèses est que maintenir les occupations du patient dans le temps peut être un moyen de prévenir l'apparition de la DPAVC. Le but est de travailler sur les occupations pendant l'hospitalisation afin d'instaurer des routines et de donner au patient des clés pour les conserver une fois de retour chez lui. Cependant, aucune étude ne vient valider ou réfuter cette hypothèse.

3.3. Retour à domicile

Enfin, le lien avec le retour à domicile n'est pas évoqué dans les études. Nous pouvons faire l'hypothèse que de dépister et prendre en charge la dépression pendant l'hospitalisation va influencer sur l'humeur du patient lorsqu'il sera à domicile.

L'intervention permet au patient de savoir qu'il est atteint de dépression. Cela est important car il peut alors comprendre l'origine de certains symptômes, comme la tristesse, la perte de motivation ou les troubles du sommeil. Il peut aussi informer ses proches aidants de la situation s'il le souhaite, permettant ainsi à ces derniers de mieux comprendre le contexte du retour à domicile. De plus, la prise en charge pendant l'hospitalisation peut améliorer l'état de santé du patient pendant le séjour et éviter l'aggravation de la dépression une fois de retour chez lui. Cela peut aussi lui permettre d'avoir certaines clés en main pour mieux gérer la dépression si elle persiste, comme essayer de maintenir les activités qui lui procurent la sensation de flow.

Dans certaines structures, les équipes mobiles prennent le relais lors du retour à domicile. Dans le cas où la DPAVC n'a pas été dépistée pendant l'hospitalisation, les professionnels de l'équipe peuvent le faire une fois le patient rentré chez lui. En ce qui concerne la prise en charge de la DPAVC, l'équipe mobile peut continuer le travail entamé en rééducation, et apporter de nouveaux moyens de prise en charge spécifiques au domicile, en ayant par exemple une approche davantage centrée sur la réinsertion sociale.

4. Pratique professionnelle

Les résultats de la scoping review permettent de dresser un tableau des pratiques professionnelles pouvant être mises en place en ce qui concerne la DPAVC.

4.1. Plan de soins

Quand le patient entre en hospitalisation après son AVC, les soins de rééducation commencent dans les jours suivants. L'ergothérapeute fait alors des bilans afin d'établir les objectifs et les moyens de prise en charge. A ce moment, il peut alors ajouter à ses bilans l'un de ceux conçus pour dépister la dépression, ou alors se servir de l'un des protocoles de dépistage. Dans l'article de Kneebone et al (46), il est indiqué de faire passer le protocole entre

5 et 15 jours après l'admission du patient dans l'unité de soin, afin de lui laisser le temps de s'adapter à son environnement et ne pas fausser les résultats. Ce bilan permet à l'ergothérapeute de savoir si le patient est atteint de dépression. Il est important que le patient soit prévenu du résultat de l'évaluation, afin qu'il puisse comprendre le but de sa prise en charge. Si le patient est en dépression, plusieurs solutions s'offrent alors à l'ergothérapeute.

Tout d'abord, il doit prévenir (par oral et écrit) le reste de l'équipe soignante de la dépression du patient, et le noter dans le dossier de ce dernier. Puis, ses objectifs de prise en charge devront inclure la dépression. Il peut aussi orienter le patient vers d'autres professionnels, comme le psychologue, le neuropsychologue ou un service de psychiatrie.

Pour la prise en charge de la dépression, l'ergothérapeute peut mettre en place plusieurs moyens. S'il y a un psychologue dans l'équipe, les deux professionnels peuvent s'appuyer sur la thérapie comportementale et cognitive. Comme dans le protocole de Kootker et al (31), l'ergothérapeute intervient pour aider le patient à trouver ses objectifs de rééducation et les moyens de les mettre en place. Si la structure de soin dispose du matériel nécessaire, l'ergothérapeute peut se servir de la réalité virtuelle pour travailler sur la dépression.

Enfin, que la première évaluation montre ou non la présence d'une dépression, il est essentiel de réitérer le dépistage au cours des semaines de rééducation, car comme nous l'avons vu dans l'état de l'art, la dépression peut se manifester à n'importe quel moment dans le parcours de soin du patient. Dans le cas où elle est présente, cela permet aussi d'estimer son évolution.

4.2. Accessibilité des échelles

L'un des freins qui n'est pas évoqué dans les études est l'accessibilité des échelles de dépistage. La plupart d'entre elles se trouvent sur internet ou dans des livres, mais quelques-unes sont payantes ou nécessitent de faire une demande aux auteurs. Cela peut mener les professionnels à sélectionner les bilans non pas en fonction du patient, mais selon leur disponibilité.

De plus, une grande partie des échelles ne sont pas traduites en français. Il faut donc utiliser la version anglaise, ce qui est un frein pour les professionnels qui ne parlent pas cette langue.

4.3. Formation initiale et continue

La formation des ergothérapeutes est mentionnée dans les articles. Nous avons vu que l'une des volontés des professionnels est d'être formés. Effectivement, il ressort que les cours dispensés en formation initiale à propos de la dépression sont centrés sur une approche en psychiatrie, et non sur la conséquence d'un AVC. De plus, peu de professionnels ont une formation post-diplôme à ce sujet. La formation initiale étant plutôt centrée sur les aspects physiques et cognitifs de l'AVC, il est difficile pour les ergothérapeutes d'y intégrer la composante psychologique dans leur pratique. Ce type de formation étant souhaité par les professionnels et efficace selon Morris et al (47), il serait intéressant d'y consacrer plus de temps durant les études d'ergothérapie et de faciliter l'accès à la formation continue à ce sujet.

4.4. Interprofessionnalité

Dans plusieurs cas, que ce soit pour la prise en charge ou le dépistage, d'autres professionnels sont en collaboration avec l'ergothérapeute. Cela révèle l'importance de l'interprofessionnalité dans nos pratiques. Le partage des connaissances est essentiel, tout comme la transmission de l'information au sein de l'équipe. Par exemple, il est primordial que tous les professionnels sachent qu'un patient est atteint de dépression, et pour cela il faut faire passer l'information. De même, certains protocoles de dépistage ou de prise en charge requièrent plusieurs intervenants. Il faut donc que les professionnels soient en étroite collaboration pour permettre au protocole de fonctionner le mieux possible, et donc au patient de progresser dans la rééducation.

Cependant, bien que cette interprofessionnalité soit un atout, elle comporte aussi des aspects plus négatifs. Plusieurs études relèvent que l'un des freins au dépistage de la DPAVC est que les professionnels ne savent pas qui doit dépister. Cela est problématique car les évaluations ne sont pas faites. Dans les structures disposant d'un psychologue, ce dernier peut faire le dépistage. Cependant, ce n'est pas le cas pour tous les lieux de soin. L'idéal serait donc que la décision soit prise au cas par cas pour chaque structure, et que chaque équipe convienne du professionnel qui fait le dépistage. L'ergothérapeute ayant les compétences pour le faire, il peut bien sûr prendre part à ces évaluations. Dans le cas où plusieurs professionnels peuvent faire le bilan, l'évaluation peut être pluriprofessionnelle. Cela peut permettre de comparer les résultats et de les confirmer ou les préciser.

De manière générale, il est nécessaire que cela soit discuté en équipe pour éviter que l'aspect psychologique soit laissé en marge de la prise en charge.

4.5. Compétences de l'ergothérapeute

Toutes les études montrent que l'ergothérapeute occupe une place de choix dans le dépistage et la prise en charge de la DPAVC. En effet, il a une approche multiple de la pathologie, en observant ensemble les aspects physiques, cognitifs et psychologiques. De plus, il a les compétences pour faire les bilans, établir une prise en charge adaptée, travailler en interprofessionnalité, informer sur les pathologies, et dispose de capacités d'adaptation. Il a également une approche patient-centrée, où il prend en compte la personne dans sa globalité. Cela est un avantage car il est particulièrement bien placé pour appréhender la dépression de manière globale, sans la prendre en charge séparément mais au contraire en la reliant aux activités, à l'environnement et bien sûr au patient lui-même. Enfin, il a également des capacités d'observation, sur lesquelles il pourra s'appuyer pour cerner au mieux le moment idéal pour le dépistage de la dépression, par exemple en remarquant des signes de la présence de ce trouble.

Tous ces éléments montrent que l'ergothérapeute a les atouts pour accompagner avec succès les patients victimes de dépression post-AVC dans leur rééducation et réinsertion dans la société.

5. Limites de l'étude

La scoping review comporte plusieurs limites, qui ont probablement influencé les résultats trouvés.

Dans un premier temps, l'équation de recherche a probablement écarté certains articles qui auraient pu être intéressants dans le cadre de ce mémoire. En effet, certaines échelles ou moyens d'interventions peuvent être utilisés par les ergothérapeutes, sans que cela soit explicitement mentionné dans les articles. Ainsi, les documents mentionnant un type d'intervention particulier pour lequel des professionnels différents peuvent intervenir n'ont pas été sélectionnés si la notion d'ergothérapie n'apparaissait pas clairement. Ces articles n'ont donc pas été retenus, mais auraient peut-être pu apporter de nouvelles informations.

Les études sélectionnées intègrent une intervention qui se déroule pendant l'hospitalisation. Nous pouvons faire l'hypothèse que certains moyens de prise en charge en ergothérapie à domicile peuvent être mis en place dans les structures. Les études se centrant sur le domicile n'ont donc pas été incluses, mais il serait intéressant de faire des recherches pour savoir si certains moyens de prise en charge sont influencés par le lieu de l'action. Elles n'ont pas été retenues dans le cadre de ce mémoire car nous ne pouvons faire que des hypothèses sur l'efficacité de ces moyens en hospitalisation.

Les études sélectionnées pour la scoping review sont rédigées uniquement en anglais. Cela peut influencer les résultats car il pourrait y avoir des erreurs de traduction. De plus, les critères de sélections incluent uniquement les articles en anglais ou en français. Pourtant, il est probable qu'il existe des articles rédigés en d'autres langues pouvant apporter de nouveaux éléments de résultats.

Le fait qu'il n'y ait pas d'étude française pose aussi question. En effet, il y a probablement des différences de pratique en France comparé aux autres pays. Les questionnaires sur la pratique qui sont utilisés dans les études apporteront peut-être des résultats différents s'ils sont utilisés en France. De plus, la formation des professionnels varie probablement selon les pays, que ce soit au niveau du contenu de la formation ou du nombre d'heures de stage. Cela a aussi une influence sur les différences d'exercice entre les pays. Les résultats de la scoping review sont donc centrés sur les pratiques dans les pays anglophones mais non pas en France.

Enfin, la période de publication (à partir de 2010) limite les études qui ont été sélectionnées et il est probable que des études plus anciennes peuvent apporter d'autres informations ou regards sur le sujet. Cela montre une nécessité de faire des recherches plus récentes sur le sujet afin d'actualiser les connaissances.

6. Perspectives

Nous pouvons faire plusieurs propositions de perspectives pour la recherche. Deux ouvertures principales se dégagent de notre travail.

Tout d'abord, notre deuxième hypothèse montre qu'il y a un besoin de recherches centrées sur la prise en charge de la DPAVC par l'ergothérapeute, et donc centrées sur l'occupation. Il serait intéressant de voir si ce type de prise en soin est efficace, et si oui de connaître le niveau d'efficacité. Cela permettrait de justifier l'importance du dépistage et de la prise en charge. De plus, la recherche autour des modèles conceptuels qui peuvent être utilisés dans le cadre de la DPAVC pourrait fournir un support à l'ergothérapeute, et ainsi faciliter l'inclusion du travail sur la dépression dans les pratiques habituelles. Enfin, savoir si une approche centrée sur l'occupation est efficace sur le long terme permettrait de soulever une piste en ce qui concerne la prévention de l'apparition de la dépression, que ce soit pendant l'hospitalisation ou au domicile.

Enfin, il serait pertinent de faire une étude sur la continuité de la prise en soin de la DPAVC au domicile par l'ergothérapeute, dans une équipe mobile. Cela permettrait de mettre en lumière les éléments de prévention, de prise en charge et de dépistage qui existent chez le patient. Cela pourrait aussi faire le lien avec les pratiques en hospitalisation, et montrer la continuité des soins entre la structure et le domicile. De même, cela aiderait à analyser les pratiques qui peuvent être mises en place autant en hospitalisation que chez le patient.

Conclusion

Pour conclure, l'ergothérapeute occupe une place centrale dans l'accompagnement des patients victimes de dépression post-AVC.

Durant l'hospitalisation, il a un rôle de dépistage essentiel, avec l'utilisation d'échelles adaptées, et également à travers l'observation des symptômes de la dépression. Cela lui permet de mettre en place un plan de soins comprenant des objectifs et des moyens de prise en charge, qui sont centrés sur les attentes du patient. Puis, pour prendre en soin la dépression, il peut instaurer différents médiateurs, comme la réalité virtuelle ou la thérapie comportementale et cognitive. Il peut également procéder à des réévaluations pour voir l'évolution de la dépression, qui lui feront éventuellement modifier les objectifs ou les moyens d'intervention.

Le rôle de l'ergothérapeute est de permettre au patient de pouvoir réaliser les activités qu'il souhaite, avec une satisfaction et un rendement qui correspondent le plus possible aux attentes du patient. Le fait que l'ergothérapeute inclue la DPAVC dans sa pratique a donc du sens car cette dernière va influencer la réalisation des activités du patient. L'une des limites de notre étude est d'ailleurs l'absence de documents sur la correspondance entre les occupations et la DPAVC. L'utilisation des activités de la vie quotidienne du patient comme moyen d'action est encore en retrait dans la littérature mais constitue un axe de travail majeur pour la recherche.

Par ailleurs, la prévention de la dépression semble être essentielle pour éviter son apparition lors du retour à domicile. Pourtant, là aussi, peu de recherches existent. La prise en charge de ce trouble en hospitalisation constitue néanmoins une avancée non négligeable pour faciliter le retour à la vie quotidienne qui suit la période de rééducation. Dans les objectifs de l'ergothérapeute, il y a la réduction de la dépression afin d'éviter qu'elle ait des conséquences négatives sur la réhabilitation, comme limiter les AVQ, mais aussi pour qu'elle ne complique pas le retour à domicile. Ce dernier est une étape difficile dans le parcours de soins du patient, car il implique de nombreux changements comprenant par exemple des aménagements du domicile ou les changements d'habitudes de vie. Prendre en charge la dépression pendant l'hospitalisation est donc primordial pour éviter de compliquer davantage cette transition, et pour que la dépression ne s'aggrave pas une fois que le patient sera rentré chez lui, à cause des nombreux changements qui peuvent avoir lieu. Pour faciliter la transition entre l'hôpital et le domicile, les équipes mobiles peuvent prendre le relais en prenant en soin le patient chez lui. Les professionnels de ces équipes ont également un rôle à jouer dans le travail autour de la DPAVC, dans la continuité des soins apportés pendant l'hospitalisation, que ce soit au niveau des évaluations ou de la prise en charge.

En tant que future ergothérapeute, ce mémoire m'a permis de prendre conscience de l'importance du dépistage et de la prise en soin des troubles de l'humeur post-AVC. Il m'a aussi montré que nos pratiques sont en constante évolution, et que l'amélioration de ces dernières est possible et nécessaire grâce à la recherche et au partage des connaissances entre les professionnels. Ce travail m'a permis d'avoir des cartes en main pour faire face à la DPAVC et savoir comment me placer face à ce trouble. Enfin, j'ai pu voir que l'intégration de

la dépression dans la prise en charge de l'AVC est un élément central des soins, et qu'il est essentiel d'en prendre compte dans nos pratiques quotidiennes.

Références bibliographiques

1. Cardiovascular diseases (CVDs) [Internet]. [cité 5 janv 2021]. Disponible sur: [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
2. Accident vasculaire cérébral (AVC) [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 15 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/accident-vasculaire-cerebral-avc>
3. Accident vasculaire cérébral (AVC) - symptômes, causes, traitements et prévention [Internet]. VIDAL. [cité 31 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/>
4. DGOS. La prévention des AVC [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 31 janv 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-cardiovasculaires/accident-vasculaire-cerebral-avc/article/la-prevention-des-avc>
5. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. Les signes de l'AVC [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 31 janv 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-cardiovasculaires/accident-vasculaire-cerebral-avc/article/les-signes-de-l-avc>
6. Gallien P, Adrien S, Petrilli S, Durufle A, Robineau S, Kerdoncuff V, et al. Maintien à domicile et qualité de vie à distance d'un accident vasculaire cérébral. *Ann Réadapt Médecine Phys.* 1 juin 2005;48(5):225-30.
7. Tse T, Linden T, Churilov L, Davis S, Donnan G, Carey LM. Longitudinal changes in activity participation in the first year post-stroke and association with depressive symptoms. *Disabil Rehabil.* oct 2019;41(21):2548-55.
8. Accident Vasculaire Cérébral (AVC) - Parcours de soins [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 21 mars 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2906027/fr/accident-vasculaire-cerebral-avc-parcours-de-soins
9. Retour au domicile des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral - Stratégies et organisation [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 21 mars 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_272305/fr/retour-au-domicile-des-patients-adultes-atteints-d-accident-vasculaire-cerebral-strategies-et-organisation
10. Broderick JP, Abir M. Transitions of care for stroke patients: Opportunities to improve outcomes. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2015;8(6_suppl_3):S190-2.
11. Chazot-Balcon M, Salle J-Y, Henry É, Bouchard J-P. Les accidents vasculaires cérébraux et la prise en charge psychologique à domicile des personnes qui en sont victimes. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 déc 2019;177(10):1017-24.
12. La profession – ANFE [Internet]. [cité 21 mars 2021]. Disponible sur: <https://anfe.fr/la-profession/>
13. Rééducation et Réadaptation [Internet]. [cité 21 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.avc-normandie.fr/espace-grand-public/reeducation/reeducation,1661,4838.html>
14. Broussy S, Saillour-Glenisson F, García-Lorenzo B, Rouanet F, Lesaine E, Maugeais M, et al. Sequelae and Quality of Life in Patients Living at Home 1 Year After a Stroke

- Managed in Stroke Units. *Front Neurol* [Internet]. 2019 [cité 15 nov 2020];10. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fneur.2019.00907/full>
15. LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (1). 2005-102 févr 11, 2005.
 16. Daure I, Salaün F. Le handicap invisible... ou le décalage entre ce qui se voit et la réalité. *J Psychol*. 10 juill 2017;n° 348(6):22-7.
 17. 1. Dépression après un AVC [Internet]. Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada. [cité 21 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/fr-ca/recommendations/mood-cognition-and-fatigue-following-stroke/post-stroke-depression/>
 18. Ibrahimagic OC, Smajlovic D, Kunic S, Dostovic Z, Custovic A, Sehanovic A, et al. Post-Stroke Depression. *Mater Socio-Medica*. mars 2019;31(1):31-4.
 19. La dépression après un AVC | MediPedia [Internet]. [cité 21 mars 2021]. Disponible sur: <https://fr.medipedia.be/depression-news/la-depression-apres-un-avc>
 20. Post-stroke depression: mechanisms, translation and therapy - Loubinoux - 2012 - *Journal of Cellular and Molecular Medicine - Wiley Online Library* [Internet]. [cité 21 mars 2021]. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1582-4934.2012.01555.x>
 21. Espárrago Llorca G, Castilla-Guerra L, Fernández Moreno MC, Ruiz Doblado S, Jiménez Hernández MD. Depresión post ictus: una actualización. *Neurología*. 1 janv 2015;30(1):23-31.
 22. Aribi L, Baâti I, Damak M, Gaha L, Mhiri C, Amami O. Dépression après un accident vasculaire cérébral chez le sujet âgé : étude transversale à propos de 40 cas. *Inf Psychiatr*. 2013;Volume 89(10):843-50.
 23. Ilut S, Stan A, Blesneag A, Vacaras V, Vesa S, Fodoreanu L. Factors that influence the severity of post-stroke depression. *J Med Life*. 2017;10(3):167-71.
 24. Hildebrand MW. Effectiveness of interventions for adults with psychological or emotional impairment after stroke: an evidence-based review. *Am J Occup Ther Off Publ Am Occup Ther Assoc*. févr 2015;69(1):6901180050p1-9.
 25. Wang Z, Shi Y, Liu F, Jia N, Gao J, Pang X, et al. Diversiform Etiologies for Post-stroke Depression. *Front Psychiatry* [Internet]. 2019 [cité 21 mars 2021];9. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2018.00761/full>
 26. Ghaffari A, Akbarfahimi M, Rostami HR. Discriminative factors for post-stroke depression. *Asian J Psychiatry*. févr 2020;48:101863.
 27. Stroke Mood Screening on an inpatient stroke unit | *British Journal of Nursing* [Internet]. [cité 10 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjon.2011.20.2.94>
 28. Kijowski S. Difficulties in post-stroke gait improvement caused by post-stroke depression. *Chin Med J (Engl)*. 2014;127(11):2085-90.

29. Ezema CI, Akusoba PC, Nweke MC, Uchewoke CU, Agono J, Usoro G. Influence of Post-Stroke Depression on Functional Independence in Activities of Daily Living. *Ethiop J Health Sci.* janv 2019;29(1):841-6.
30. Badaru UM, Ogwumike OO, Adeniyi AF, Olowe OO. Variation in functional independence among stroke survivors having fatigue and depression. *Neurol Res Int.* 2013;2013.
31. Kootker JA, Rasquin SMC, Smits P, Geurts AC, van Heugten CM, Fasotti L. An augmented cognitive behavioural therapy for treating post-stroke depression: description of a treatment protocol. *Clin Rehabil.* sept 2015;29(9):833-43.
32. Tse T, Douglas J, Lentin P, Lindén T, Churilov L, Ma H, et al. Reduction in retained activity participation is associated with depressive symptoms 3 months after mild stroke: An observational cohort study. *J Rehabil Med.* 31 janv 2017;49(2):120-7.
33. Netgen. Dépression et autres troubles psychiatriques dans l'accident vasculaire cérébral [Internet]. *Revue Médicale Suisse.* [cité 23 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2000/RMS-2300/20515>
34. Interventions pour prévenir la dépression après un accident vasculaire cérébral [Internet]. [cité 23 mars 2021]. Disponible sur: [/fr/CD003689/STROKE_interventions-pour-prevenir-la-depression-apres-un-accident-vasculaire-cerebral](http://fr/CD003689/STROKE_interventions-pour-prevenir-la-depression-apres-un-accident-vasculaire-cerebral)
35. McGuire JR, Harvey RL. The prevention and management of complications after stroke. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* nov 1999;10(4):857-74, ix.
36. Chang K, Zhang H, Xia Y, Chen C. Testing the effectiveness of knowledge and behavior therapy in patients of hemiplegic stroke. *Top Stroke Rehabil.* oct 2011;18(5):525-35.
37. Vol. 4 No. 2 (2018): Edition spéciale - Occupation Humaine et Santé | Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie [Internet]. [cité 16 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.rfre.org/index.php/RFRE/issue/view/11>
38. Pierce D. La science de l'occupation pour l'ergothérapie. In: DeBoeck.
39. Rédiger une revue systématique [Internet]. Bibliothèques - Université de Montréal. [cité 16 mai 2021]. Disponible sur: <https://bib.umontreal.ca/evaluer-analyser-rediger/syntheses-connaissances/rediger-revue-systematique>
40. 11.1.3 The scoping review framework - JBI Manual for Evidence Synthesis - JBI GLOBAL WIKI [Internet]. [cité 24 mars 2021]. Disponible sur: <https://wiki.jbi.global/display/MANUAL/11.1.3+The+scoping+review+framework>
41. Library B/. Guides de recherche · Research guides: Revues systématiques: Accueil [Internet]. [cité 24 mars 2021]. Disponible sur: <https://uottawa.libguides.com/revuessystematiques/accueil>
42. Guillez P, Tétréault S. Guide pratique de recherche en réadaptation. De Boeck Supérieur; 2014. 558 p.
43. (PDF) Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses [Internet]. [cité 17 mai 2021]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/268227501_Traduction_francaise_des_lignes_directrices_PRISMA_pour_l%27écriture_et_la_lecture_des_revues_systematiques_et_des_meta-analyses?enrichId=rgreq-260c60773e1262efa54a24d4485d06b7-

XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzI2ODIyNzUwMTtBUzoxODQwNzg5NTU0NTg1NjBAMTQyMDg5OTI1MTIxMQ%3D%3D&el=1_x_3&_esc=publicationCoverPdf

44. 11.2.7 Data extraction - JBI Manual for Evidence Synthesis - JBI GLOBAL WIKI [Internet]. [cité 24 avr 2021]. Disponible sur: <https://wiki.jbi.global/display/MANUAL/11.2.7+Data+extraction>
45. Lees RA, Broomfield NM, Quinn TJ. Questionnaire assessment of usual practice in mood and cognitive assessment in Scottish stroke units. *Disabil Rehabil.* 2014;36(4):339-43.
46. Kneebone I, Stone N, Robertson S, Walker-Samuel N. Screening for Depression After Stroke: Occupational Therapists' Performance to Protocols. *Occup Ther Ment Health.* 2013;29(2):106-13.
47. Morris R, Jones J, Wilcox J, Cole S. Depression and anxiety screening after stroke: adherence to guidelines and future directions. *Disabil Rehabil.* 2012;34(9):733-9.
48. Kneebone I, Baker J, O'Malley H. Screening for depression after stroke: Developing protocols for the occupational therapist. *Br J Occup Ther.* 2010;73(2):71-6.
49. Simpson EK, Ramirez NM, Branstetter B, Reed A, Lines E. Occupational Therapy Practitioners' Perspectives of Mental Health Practices With Clients in Stroke Rehabilitation. *OTJR Occup Particip Health.* juill 2018;38(3):181-9.
50. Shin J-H, Bog Park S, Ho Jang S. Effects of game-based virtual reality on health-related quality of life in chronic stroke patients: A randomized, controlled study. *Comput Biol Med.* août 2015;63:92-8.
51. Profession ergothérapeute | SIFEF [Internet]. [cité 27 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.sifef.fr/profession-ergotherapeute/>
52. Recovering from a Depressive Episode Using the Canadian Occupational Performance Measure - Deborah Waters, 1995 [Internet]. [cité 22 mai 2021]. Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/000841749506200507>
53. Gunnarsson AB, Wagman P, Håkansson C, Hedin K. The Tree Theme Method® (TTM), an occupational therapy intervention for treating depression and anxiety: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychol* [Internet]. 9 nov 2015 [cité 22 mai 2021];3. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4640408/>
54. Demontrond P, Gaudreau P. Le concept de « flow » ou « état psychologique optimal » : état de la question appliquée au sport. *Staps.* 7 mars 2008;n° 79(1):9-21.

Annexes

Annexe I. MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel	43
Annexe II. Table d'extraction.....	45
Annexe III. BASDEC : Brief Assesment Schedule DEpression Cards	50
Annexe IV. BDI : Beck Depression Inventory	51
Annexe V. DISCS : Depression Intensity Scale Circles.....	54
Annexe VI. GDS : Geriatric Depression Scale.....	55
Annexe VII. HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale.....	56
Annexe VIII. HRDS : Hamilton Rating Depression Scale	58
Annexe IX. PHQ-9 : Patient Health Questionnaire - 9	60
Annexe X. SADQ-H10 : Stroke Aphasic Depression Questionnaire – Hospital Version	61
Annexe XI. Protocoles de dépistage de l'étude de Kneebone et al.	62
Annexe XII. Protocoles de dépistage de l'étude de Gurr	64
Annexe XIII. Protocole de Thérapie Comportementale et Cognitive de Kootker et al.	65

Annexe I. MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

Renseignements concernant le patient :

Nom :

Date de l'évaluation initiale :

Date de naissance :

Date de la réévaluation :

Soins personnels :

Ils comprennent les occupations qu'une personne réalise afin de se maintenir dans un état lui permettant de fonctionner.

	Importance
Hygiène personnelle :	
Mobilité fonctionnelle :	
Vie communautaire :	

Productivité :

Elle inclut les occupations visant à préserver les revenus, à maintenir le foyer et la famille, à rendre service aux autres ou à développer ses habiletés personnelles.

	Importance
Travail rémunéré ou non :	
Gestion du foyer :	
Travail scolaire et jeu :	

Loisirs :

Ils regroupent les occupations réalisées par une personne lorsqu'elle est libérée de son obligation d'être productive.

	Importance
Activités récréatives paisibles :	
Loisirs actifs :	
Vie sociale :	

Cotation :

Comment coteriez-vous la façon dont vous effectuez l'activité actuellement ?

Rendement : 1 ----- 10

1 : incapable d'exécuter l'activité

10 : capable d'exécuter parfaitement l'activité

Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de la façon dont vous effectuez l'activité actuellement ?

Satisfaction : 1 -----10

1 : pas du tout satisfait

10 : parfaitement satisfait

Difficultés	Importance	Rendement T1	Satisfaction T1	Rendement T2	Satisfaction T2
1 :					
2 :					
3 :					
4 :					
5 :					
		Cote totale rendement T1	Cote totale satisfaction T1	Cote totale rendement T2	Cote totale satisfaction T2
Cote totale					
		Cote totale rendement T1	Cote totale satisfaction T1	Cote totale rendement T2	Cote totale satisfaction T2
Cote moyenne (total des cotes / nombre de difficultés)					
				Changement dans le rendement	Changement dans la satisfaction
Changements dans la cotation (T2-T1)					

Notes supplémentaires et observations :

Evaluation initiale :

Réévaluation :

Annexe II. Table d'extraction

	Titre	Auteur	Année de publication	Pays d'origine	But	Population étudiée	Méthodologie	Type d'intervention	Résultats
1	Screening for depression after stroke: Developing protocols for the occupational therapist	Ian Kneebone, Julia Baker and Heather O'Malley	2010	Royaume Uni	Description du développement d'un outil de dépistage de la DPAVC par les ergothérapeutes pour les inpatients	Nouveaux patients dans le service d'AVC	Rencontre entre ergothérapeutes et psychologues	4 bilans de DPAVC sont possibles, ils sont choisis d'après un protocole adapté à l'âge (un protocole pour les - de 65 ans et un pour les + de 65 ans). Dans chacun, il faut répondre à des questions qui vont mener au bilan à utiliser selon le patient.	Les ergothérapeutes peuvent dépister la DPAVC. Il y a également une mesure de la dépression possible. Tous les âges peuvent être dépistés car il y a deux protocoles en fonction de l'âge.
2	Screening for Depression After Stroke: Occupational Therapists' Performance to Protocols	Ian Kneebone , Nicola Stone, Sarah Robertson & Natalie Walker-Samuel	2013	Royaume -Uni	Voir si les ergothérapeutes sont en capacité de promulguer le protocole de dépistage de la DPAVC de l'étude précédente	Ergothérapeutes en unité AVC	Utilisation des deux protocoles précédents, puis liste de questions pour connaître la façon dont les bilans ont été faits	Sur 3 mois, 12 patients dont 5 hommes admis dans l'unité et dépistés par 3 ergothérapeutes	Les ergothérapeutes sont en capacité de faire passer le protocole de dépistage de la DPAVC

3	Questionnaire assessment of usual practice in mood and cognitive assessment in Scottish stroke units	Rosalind A. Lees, Niall M. Broomfield & Terence J. Quinn	2014	Royaume-Uni (Ecosse)	Décrire la pratique clinique habituelle en matière d'évaluations cognitive et de l'humeur dans les établissements écossais de soins de l'AVC.	Ergothérapeutes exerçant auprès d'inpatients avec DPAVC et anxiété	Questionnaire et récolte des réponses + synthèse	Questionnaire auprès des ergothérapeutes	74,1% des ergothérapeutes interrogés évaluent les troubles de l'humeur. Ils utilisent l'HADS en majorité, mais aussi le PHQ-9, DISCS et GDS.
4	Occupational Therapy Practitioners' Perspectives of Mental Health Practices With Clients in Stroke Rehabilitation	Emily K. Simpson, Narissa M. Ramirez, Brittany Branstetter, Aileen Reed, and Evan Lines	2018	Etats-Unis	Décrire comment les ergothérapeutes répondent aux besoins en santé mentale après un AVC	Ergothérapeutes en unité AVC	Recueillir les données d'une enquête / sondage et d'un groupe de discussion	Méthode séquentielle explicative mixte	Manque de lien entre physique et santé mentale dans les études d'ergothérapie, donc les professionnels ont des difficultés pour faire le lien entre les deux dans leur pratique

5	Effects of game-based virtual reality on health-related quality of life in chronic stroke patients: A randomized, controlled study	Joon-Ho Shin, SiBogPark, Seong HoJang	2015	Corée du sud	Déterminer si la qualité de vie liée à la santé, la dépression et la fonction des membres supérieurs peuvent être améliorées en utilisant la rééducation par réalité virtuelle (RV) basée sur le jeu en plus de l'ergothérapie (OT) conventionnelle, par rapport à la même quantité d'ergothérapie conventionnelle seule.	Inpatients après AVC	Programme : 35 participants souffrant d'un dysfonctionnement hémiparétique chronique des membres supérieurs, secondaire à un AVC, et répartis de façon aléatoire en deux groupes : l'un avec 1h d'ergothérapie, l'autre avec 30min d'ergothérapie et 30min de RV	20 sessions sur 4 semaines pour chaque groupe. L'application de VR utilisée est : rehabmaster system. Dépression évaluée par la HAMD.	Meilleur résultat à l'HAMD après intervention pour les deux groupes mais pas de différence inter-groupe.
6	An augmented cognitive behavioural therapy for treating post-stroke depression: description of a treatment protocol	Joyce A Kootker, Sascha MC Rasquin, Peter Smits, Alexander C Geurts, Caroline M van Heugten and	2014	Pays-Bas	Présenter un nouveau protocole de traitement psychologique pour la dépression post-AVC basé sur la thérapie comportementale et cognitive	Patients avec des plaintes chroniques de l'humeur après un AVC	Evaluation par demande au patient	12 sessions d'une heure avec un psychologue et quatre à cinq sessions avec un ergothérapeute ou un kinésithérapeute. L'ergothérapeute était préféré quand les objectifs	La thérapie comportementale et cognitive pour la dépression post-AVC peut être améliorée en intégrant un ergothérapeute ou un kinésithérapeute

	Luciano Fasotti						incluaient l'optimisation des activités dans les soins personnels, loisirs, entretien de la maison ou travail.		
7	Depression and anxiety screening after stroke: adherence to guidelines and future directions	Reg Morris, Jimmy Jones, Julie Wilcox & Samantha Cole	2012	Royaume-Uni	Examiner les approches pour augmenter les taux de dépistage de la dépression et de l'anxiété dans les services de prise en charge de l'AVC à l'hôpital	Inpatients	Essai à petite échelle d'un programme d'éducation et de soutien pour les ergothérapeutes visant à améliorer le dépistage en comparant 30 admissions de patients consécutives avant et après l'intervention.	Intervention sur le dépistage, et analyse des données de dépistage avant et après l'intervention sur 30 patients à chaque fois.	Cet article met en lumière comment les services peuvent progresser dans le dépistage. Il y a eu une augmentation du nombre de patients dépistés après l'intervention.
8	Stroke Mood Screening on an inpatient stroke unit	Birgit Gurr	2011	Royaume-Uni	Determiner quels professionnels de santé sont le plus appropriés pour dépister les patients en rééducation et trouver les choix de mesures de l'humeur	Inpatients en unité AVC	Méthodologie en 5 étapes : création d'un parcours de soin pour le patient	Début de l'entrée dans l'unité	Le programme de dépistage des troubles de l'humeur après un AVC a permis à l'équipe de réadaptation d'identifier les troubles de l'humeur très tôt

								après l'admission du patient
--	--	--	--	--	--	--	--	------------------------------------

Annexe III. BASDEC : Brief Assesment Schedule DEpression Cards

SCORING INSTRUCTIONS

Every response of TRUE gains 1 point, **EXCEPT** the items 6 & 7 (I've given up hope & I've seriously considered suicide) which score 2 points each.

A total score of 7 or above indicates possible depression

Item	Question	Score
(1)	I feel anxious all the time	
(2)	I've felt very low lately	
(3)	I feel worse at the beginning of the day	
(4)	I feel life is hardly worth living	
(5)	I've cried in the last month	
(6)	I've given up hope	
(7)	I've seriously considered suicide	
(8)	I can't recall feeling happy in the past month	
(9)	I'm so lonely	
(10)	I've lost interest in things	
(11)	I'm too miserable to enjoy anything	
(12)	I have regrets about my past life	
(13)	I am a nuisance to others being ill	
(14)	I've been depressed for weeks at a time in the past	
(15)	I suffer headaches	
(16)	I seem to have lost my appetite	
(17)	I am not sleeping well	
(18)	I'm kept awake by worry and unhappy thoughts	
(19)	I'm not happy at all	
	Total Score	

Annexe IV. BDI : Beck Depression Inventory

Beck's Depression Inventory

This depression inventory can be self-scored. The scoring scale is at the end of the questionnaire.

1.
 - 0 I do not feel sad.
 - 1 I feel sad
 - 2 I am sad all the time and I can't snap out of it.
 - 3 I am so sad and unhappy that I can't stand it.
2.
 - 0 I am not particularly discouraged about the future.
 - 1 I feel discouraged about the future.
 - 2 I feel I have nothing to look forward to.
 - 3 I feel the future is hopeless and that things cannot improve.
3.
 - 0 I do not feel like a failure.
 - 1 I feel I have failed more than the average person.
 - 2 As I look back on my life, all I can see is a lot of failures.
 - 3 I feel I am a complete failure as a person.
4.
 - 0 I get as much satisfaction out of things as I used to.
 - 1 I don't enjoy things the way I used to.
 - 2 I don't get real satisfaction out of anything anymore.
 - 3 I am dissatisfied or bored with everything.
5.
 - 0 I don't feel particularly guilty
 - 1 I feel guilty a good part of the time.
 - 2 I feel quite guilty most of the time.
 - 3 I feel guilty all of the time.
6.
 - 0 I don't feel I am being punished.
 - 1 I feel I may be punished.
 - 2 I expect to be punished.
 - 3 I feel I am being punished.
7.
 - 0 I don't feel disappointed in myself.
 - 1 I am disappointed in myself.
 - 2 I am disgusted with myself.
 - 3 I hate myself.
8.
 - 0 I don't feel I am any worse than anybody else.
 - 1 I am critical of myself for my weaknesses or mistakes.
 - 2 I blame myself all the time for my faults.
 - 3 I blame myself for everything bad that happens.
9.
 - 0 I don't have any thoughts of killing myself.
 - 1 I have thoughts of killing myself, but I would not carry them out.
 - 2 I would like to kill myself.
 - 3 I would kill myself if I had the chance.
10.
 - 0 I don't cry any more than usual.
 - 1 I cry more now than I used to.
 - 2 I cry all the time now.
 - 3 I used to be able to cry, but now I can't cry even though I want to.

- 11.
- 0 I am no more irritated by things than I ever was.
 - 1 I am slightly more irritated now than usual.
 - 2 I am quite annoyed or irritated a good deal of the time.
 - 3 I feel irritated all the time.
- 12.
- 0 I have not lost interest in other people.
 - 1 I am less interested in other people than I used to be.
 - 2 I have lost most of my interest in other people.
 - 3 I have lost all of my interest in other people.
- 13.
- 0 I make decisions about as well as I ever could.
 - 1 I put off making decisions more than I used to.
 - 2 I have greater difficulty in making decisions more than I used to.
 - 3 I can't make decisions at all anymore.
- 14.
- 0 I don't feel that I look any worse than I used to.
 - 1 I am worried that I am looking old or unattractive.
 - 2 I feel there are permanent changes in my appearance that make me look unattractive
 - 3 I believe that I look ugly.
- 15.
- 0 I can work about as well as before.
 - 1 It takes an extra effort to get started at doing something.
 - 2 I have to push myself very hard to do anything.
 - 3 I can't do any work at all.
- 16.
- 0 I can sleep as well as usual.
 - 1 I don't sleep as well as I used to.
 - 2 I wake up 1-2 hours earlier than usual and find it hard to get back to sleep.
 - 3 I wake up several hours earlier than I used to and cannot get back to sleep.
- 17.
- 0 I don't get more tired than usual.
 - 1 I get tired more easily than I used to.
 - 2 I get tired from doing almost anything.
 - 3 I am too tired to do anything.
- 18.
- 0 My appetite is no worse than usual.
 - 1 My appetite is not as good as it used to be.
 - 2 My appetite is much worse now.
 - 3 I have no appetite at all anymore.
- 19.
- 0 I haven't lost much weight, if any, lately.
 - 1 I have lost more than five pounds.
 - 2 I have lost more than ten pounds.
 - 3 I have lost more than fifteen pounds.

- 20.
- 0 I am no more worried about my health than usual.
 - 1 I am worried about physical problems like aches, pains, upset stomach, or constipation.
 - 2 I am very worried about physical problems and it's hard to think of much else.
 - 3 I am so worried about my physical problems that I cannot think of anything else.
- 21.
- 0 I have not noticed any recent change in my interest in sex.
 - 1 I am less interested in sex than I used to be.
 - 2 I have almost no interest in sex.
 - 3 I have lost interest in sex completely.

INTERPRETING THE BECK DEPRESSION INVENTORY

Now that you have completed the questionnaire, add up the score for each of the twenty-one questions by counting the number to the right of each question you marked. The highest possible total for the whole test would be sixty-three. This would mean you circled number three on all twenty-one questions. Since the lowest possible score for each question is zero, the lowest possible score for the test would be zero. This would mean you circles zero on each question. You can evaluate your depression according to the Table below.

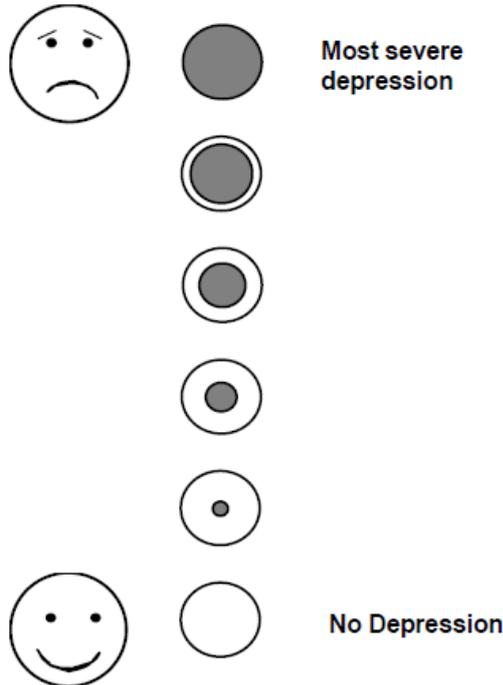
Total Score _____ Levels of Depression

1-10 _____	These ups and downs are considered normal
11-16 _____	Mild mood disturbance
17-20 _____	Borderline clinical depression
21-30 _____	Moderate depression
31-40 _____	Severe depression
over 40 _____	Extreme depression

http://www.med.navy.mil/sites/NMCP2/PatientServices/SleepClinicLab/Documents/Beck_Depression_Inventory.pdf

Annexe V. DISCS : Depression Intensity Scale Circles

The Depression Intensity Scale Circles (DISCs) – pictorial version



The DISCs is displayed on a laminated card.

- Each circle is 2 cm in diameter.
- The scale measures 15 cm from the centre of the bottom circle to the centre of the top circle.
- A pictorial version also available.

Instructions for administration:

Say to the patient:

- This is a scale to measure depression
Please point to each of the circles in turn to make sure that you can see them all.
[Continue only if satisfactorily accomplished]
- The grey circles show how depressed you feel.
[Indicate the clear circle at the bottom]
- The bottom circle shows no depression.
[Indicate the fully shaded circle at the top]
- The top circle shows depression as bad as it can be.

[Pointing at each circle in ascending order]

- As you go from the bottom circle to the top, you can see that depression is becoming more and more severe.
- Which of these circles shows how depressed you feel today?

To the administrator:

In your opinion was the person able to understand this scale?

Yes No

Comment

Annexe VI. GDS : Geriatric Depression Scale

Evaluation des symptômes dépressifs chez les sujets âgé : Geriatric Depression Scale

Objectif : L'échelle Geriatric Depression Scale a été conçue pour rechercher les symptômes dépressifs chez les sujets âgés. Elle est largement utilisée dans le cadre de l'évaluation gériatrique standardisée et dans les travaux de recherche clinique portant sur la dépression ou les troubles cognitifs.

Utilisation : L'échelle Geriatric Depression Scale comporte 30 items ayant chacun une réponse de type Oui-Non. Il faut coter un point pour chaque réponse marquée d'un astérisque. Le score total varie entre 0 et 30 points.

Interprétation : Dans la forme originale de l'échelle, un score de 0 à 9 est normal, un score de 10 à 19 correspond à une dépression modérée, et un score de 20 à 30 correspond à une dépression sévère. Des études ont montré qu'un score supérieur à 13 indique avec une bonne sensibilité et spécificité l'existence d'un état dépressif.

1. Etes-vous satisfait(e) de votre vie?	Oui	Non*
2. Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités?	Oui*	Non
3. Avez-vous l'impression que votre vie est vide?	Oui*	Non
4. Vous ennuyez-vous souvent?	Oui*	Non
5. Envisagez-vous l'avenir avec optimisme?	Oui	Non*
6. Etes-vous souvent préoccupé(e) par des pensées qui reviennent sans cesse?	Oui*	Non
7. Etes-vous de bonne humeur la plupart du temps?	Oui	Non*
8. Craignez-vous un mauvais présage pour l'avenir?	Oui*	Non
9. Etes-vous heureux(se) la plupart du temps	Oui	Non*
10. Avez-vous souvent besoin d'aide?	Oui*	Non
11. Vous sentez-vous souvent nerveux(se) au point de ne pouvoir tenir en place?	Oui*	Non
12. Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que d'en sortir	Oui*	Non
13. L'avenir vous inquiète-t-il?	Oui*	Non
14. Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens?	Oui*	Non
15. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque?	Oui	Non*
16. Avez-vous souvent le cafard?	Oui*	Non
17. Avez-vous le sentiment d'être désormais inutile?	Oui*	Non
18. Ressassez-vous beaucoup le passé?	Oui*	Non
19. Trouvez-vous que la vie est passionnante?	Oui	Non*
20. Avez-vous des difficultés à entreprendre de nouveaux projets?	Oui*	Non
21. Avez-vous beaucoup d'énergie?	Oui	Non*
22. Désespérez-vous de votre situation présente?	Oui*	Non
23. Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la votre	Oui*	Non
24. Etes-vous souvent irrité(e) par des détails?	Oui*	Non
25. Eprenez-vous souvent le besoin de pleurer?	Oui*	Non
26. Avez-vous du mal à vous concentrer?	Oui*	Non
27. Etes-vous content(e) de vous lever le matin?	Oui	Non*
28. Refusez-vous souvent les activités proposées?	Oui*	Non
29. Vous est-il facile de prendre des décisions?	Oui	Non*
30. Avez-vous l'esprit aussi clair qu'autrefois?	Oui	Non*

Annexe VII. HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale

Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence »

Échelle HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus 3

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- Autant que par le passé 0
- Plus autant qu'avant 1
- Vraiment moins qu'avant 2
- Plus du tout 3

5. Je me fais du souci

- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

6. Je suis de bonne humeur

- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2

- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision

- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

Scores

Additionnez les points des réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 : Total A = _____

Additionnez les points des réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 : Total D = _____

Interprétation

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores (A et D) :

- 7 ou moins : absence de symptomatologie
- 8 à 10 : symptomatologie douteuse – 11 et plus : symptomatologie certaine.

Selon les résultats, il sera peut-être nécessaire de demander un avis spécialisé.

Annexe VIII. HRDS : Hamilton Rating Depression Scale

Echelle de HAMILTON (HDRS)



↓ Indiquez dans la colonne la valeur obtenue pour chaque série de question, le résultat est automatiquement calculé en bas de la feuille

Humeur dépressive (tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, auto-dépréciation)	
0	Absent
1	Ces états affectifs ne sont signalés que si l'on interroge le sujet.
2	Ces états affectifs sont signalés verbalement spontanément.
3	Le sujet communique ces états affectifs non verbalement (expression faciale, attitude, voix, pleurs).
4	Le sujet ne communique pratiquement que ses états affectifs dans ses communications spontanées verbales et non verbales.
Sentiments de culpabilité	
0	Absent.
1	S'adresse des reproches à lui-même, a l'impression qu'il a causé un préjudice à des gens.
2	Idées de culpabilité ou ruminations sur des erreurs passées ou des actions condamnables.
3	La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité.
4	Entend des voix qui l'accusent ou le dénoncent et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes.
Suicide	
0	Absent
1	A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue.
2	Souhaite être mort ou équivalent : toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même.
3	Idées ou gestes de suicide.
4	Tentatives de suicide.
Insomnie du début de nuit	
0	Absent.
1	Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir.
2	Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir.
Insomnie du milieu de nuit	
0	Pas de difficulté.
1	Le malade se plaint d'être agité ou troublé pendant la nuit.
2	Il se réveille pendant la nuit.
Insomnie du matin	
0	Pas de difficulté.
1	Se réveille de très bonne heure le matin mais se rendort.
2	Incapable de se rendormir s'il se lève.
Travail et activités	
0	Pas de difficulté.
1	Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente.
2	Perte d'intérêt pour les activités professionnelles ou de détente, ou décrite directement par le malade ou indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations.
3	Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité.
4	A arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle.
Ralentissement (lenteur de la pensée et du langage, baisse de la faculté de concentration, baisse de l'activité motrice)	
0	Langage et pensées normaux.
1	Léger ralentissement à l'entretien.
2	Ralentissement manifeste à l'entretien.
3	Entretien difficile.
4	Stupeur.
Agitation	
0	Aucune
1	Crispations, secousses musculaires.
2	Joue avec ses mains, ses cheveux, etc.
3	Bouge, ne peut rester assis tranquille.
4	Se tord les mains, ronges ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvres.
Anxiété psychique	
0	Aucun trouble.
1	Tension subjective et irritabilité.
2	Se fait du souci à propos de problèmes mineurs.
3	Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage.
4	Peurs exprimées sans que l'on pose de questions.
Anxiété somatique (bouche sèche, troubles digestifs, palpitations, céphalées, pollakiurie, hyperventilation, transpiration, soupirs)	
0	Absente.
1	Discrète.
2	Moyenne.
3	Grave.
4	Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle.

Symptômes somatiques gastro-intestinaux	
0	Aucun.
1	Perte d'appétit mais mange sans y être poussé. Sentiment de lourdeur abdominale.
2	A des difficultés à manger en l'absence d'incitations. Demande ou besoins de laxatifs, de médicaments intestinaux.
Symptômes somatiques généraux	
0	Aucun
1	Lourdeur dans les membres, dans le dos ou la tête. Douleurs dans le dos, céphalées, douleurs musculaires, perte d'énergie et fatigabilité.
2	Si n'importe quel symptôme est net.
Symptômes génitaux (perte de libido, troubles menstruels)	
0	Absents.
1	Légers.
2	Graves.
Hypochondrie	
0	Absente
1	Attention concentrée sur son propre corps.
2	Préoccupations sur sa santé.
3	Plaintes fréquentes, demandes d'aide.
4	Idées délirantes hypochondriaques.
Perte de poids selon les dires du malade	
0	Pas de perte de poids.
1	Perte de poids probable liée à la maladie actuelle.
2	Perte de poids certaine.
Perte de poids appréciée par pesées	
0	Moins de 500 g de perte de poids par semaine.
1	Plus de 500 g de perte de poids par semaine.
2	Plus de 1 kg de perte de poids par semaine.
Prise de conscience	
R	0 Reconnait qu'il est déprimé et malade.
	1 Reconnait qu'il est malade mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, à un besoin de repos, etc.
	2 Nie qu'il est malade.
Total	Interprétation
	Cette échelle doit surtout être utilisée non pas pour faire le diagnostic de dépression mais pour apprécier les composantes de celle-ci. Elle est significative pour un score > 15 et permet le suivi de l'évolution.
Votre commentaire :	

Annexe IX. PHQ-9 : Patient Health Questionnaire - 9

Nom : _____ Prénom : _____ Âge: _____

Date : _____ Évaluateur : _____

Veillez répondre à chacune des questions en encerclant l'énoncé qui correspond le mieux à votre situation.

Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé par les problèmes suivants?	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses*	0	1	2	3
2. Vous sentir triste, déprimé ou désespéré*	0	1	2	3
3. Difficultés à vous endormir, à rester endormi ou trop dormir	0	1	2	3
4. Vous sentir fatigué ou avoir peu d'énergie	0	1	2	3
5. Peu d'appétit ou trop d'appétit	0	1	2	3
6. Mauvaise perception de vous-même, vous pensez que vous êtes un perdant ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille	0	1	2	3
7. Difficultés à vous concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Vous bougez ou vous parlez si lentement que les autres personnes ont pu le remarquer. Ou, au contraire, vous êtes si agité que vous bougez beaucoup plus que d'habitude.	0	1	2	3
9. Vous avez pensé que vous seriez mieux mort ou pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre ¹ .	0	1	2	3

Score total : somme des scores obtenus à chaque question : _____

Si vous avez coché au moins un des problèmes nommés dans ce questionnaire, répondez à la question suivante : Dans quelle mesure ce ou ces problèmes ont-ils rendu difficiles votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à bien vous entendre avec les autres?

Pas du tout
difficile

Plutôt
difficile

Très
difficile

Extrêmement
difficile

1. Si le patient répond **oui** à la question 9, une évaluation du risque suicidaire ou de l'auto-agressivité par un professionnel de la santé ou des services sociaux qualifié est conseillée.

Annexe X. SADQ-H10 : Stroke Aphasic Depression Questionnaire – Hospital Version

Stroke Aphasic Depression Questionnaire - Version Hôpital SADQ-H (Lincoln, Sutcliffe, Unsworth 2000)

Merci d'indiquer le nombre de fois que vous avez observé le comportement cité, durant les 7 derniers jours.

Comportement	fréquence (jours par semaine)			
	tous les jours	4 à 6 jours	1 à 4 jours	jamais
1 A-t-il/elle le sommeil perturbé ?	3	2	1	0
2 A-t-il/elle des petites crises de larmes ? *	3	2	1	0
3 A-t-il/elle des nuits agitées ? *	3	2	1	0
4 Initie-t-il/elle les activités?	0	1	2	3
5 Est-ce qu'il/elle évite le contact oculaire quand on s'adresse à lui/elle ? *	3	2	1	0
6 Est-ce qu'il/elle éclate en sanglots ? *	3	2	1	0
7 Est-ce qu'il/elle rit lorsque vous lui parlez ?	0	1	2	3
8 Est-ce qu'il/elle dit souffrir de douleurs, de maux ? *	3	2	1	0
9 Est-ce qu'il/elle refuse de manger aux repas ?	3	2	1	0
10 Est-ce qu'il/elle se met en colère ? *	3	2	1	0
11 Est-ce qu'il/elle refuse de participer aux activités sociales ? *	3	2	1	0
12 Est-ce qu'il/elle rit à une blague ?	0	1	2	3
13 Est-ce qu'il/elle est agité(e), est-ce qu'il/elle remue ? *	3	2	1	0
14 Est-ce qu'il/elle s'assoit sans rien faire ? *	3	2	1	0
15 Est-ce qu'il/elle est concentré(e) sur des activités ?	0	1	2	3
16 Est-ce qu'il/elle prend soin de son apparence (en fonction des limites de ses capacités physiques)?	0	1	2	3
17 Est-ce qu'il/elle apprécie les activités sociales ou les sorties ?	0	1	2	3
18 Est-ce qu'il/elle reste occupé(e) toute la journée ? *	0	1	2	3
19 Prend il/elle des somnifères ?	3	2	1	0
20 Est-ce qu'il/elle prend part aux événements qui se passent autour de lui/elle ?	0	1	2	3
21 Est-ce qu'il/elle vous regarde quand vous vous approchez de lui/elle ?	0	1	2	3

* :items de la version abrégée : SADQ-H 10

Traduction française par C Amossé

Annexe XI. Protocoles de dépistage de l'étude de Kneebone et al.

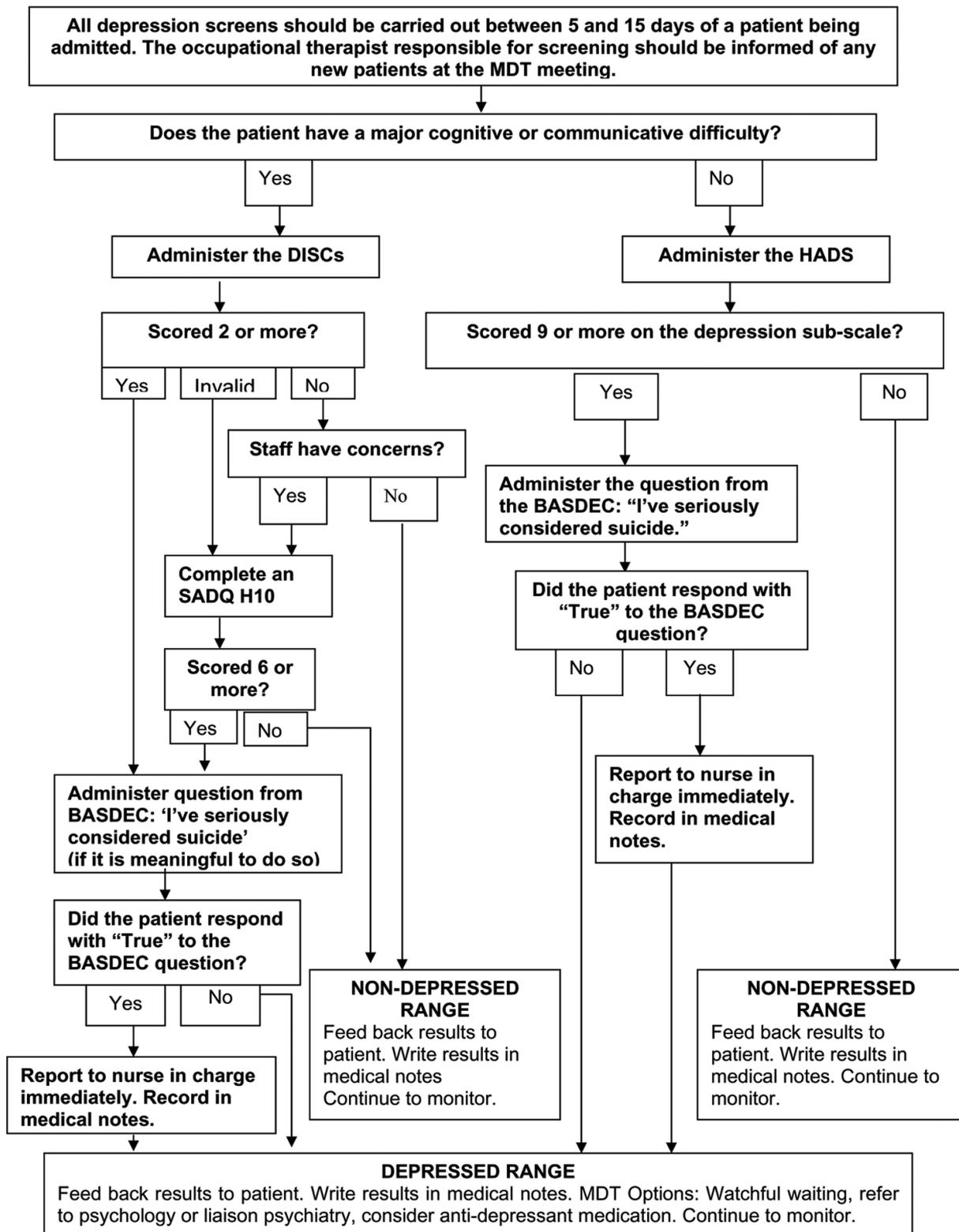


FIGURE 1 Flow chart for people aged under 65 years. *Note.* BASDEC = Brief Assessment Schedule Depression Cards; DISCs = Depression Intensity Scale Circles; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; MDT = Multi-Disciplinary Team; SADQ-H10 = Stroke Aphasic Depression Questionnaire-Hospital, 10-item version. Reprinted with the permission of the *British Journal of Occupational Therapy*.

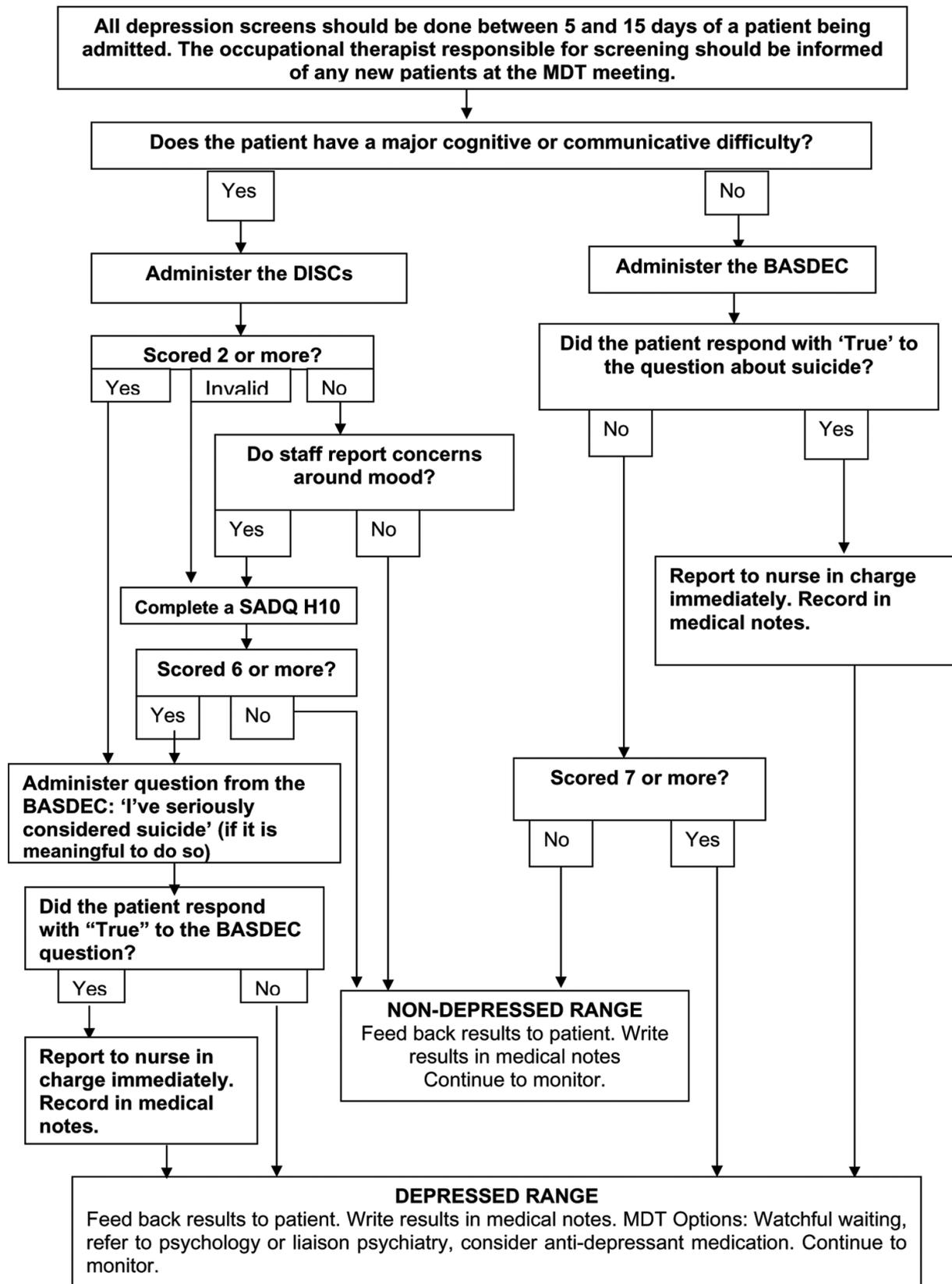


FIGURE 2 Flow chart for people aged 65 years and over. *Note.* BASDEC = Brief Assessment Schedule Depression Cards; DISCs = Depression Intensity Scale Circles; MDT = Multi-Disciplinary Team; SADQ-H10 = Stroke Aphasic Depression Questionnaire-Hospital, 10-item version. Reprinted with the permission of the *British Journal of Occupational Therapy*.

Annexe XII. Protocoles de dépistage de l'étude de Gurr

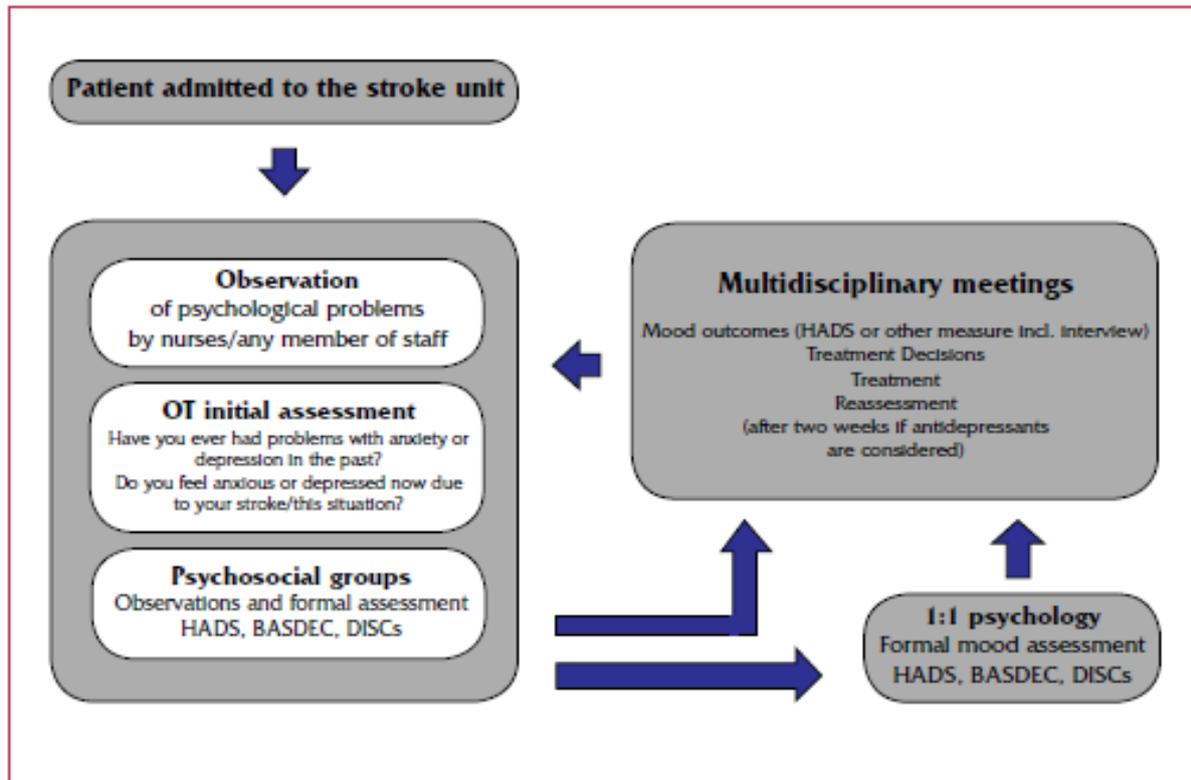


Figure 1. Stroke Mood Screening

Annexe XIII. Protocole de Thérapie Comportementale et Cognitive de Kootker et al.

Table 1. Characteristics of the protocol: Augmented Cognitive Behavioural Therapy.

Inclusion criteria	Patients with post-stroke depression with or without anxiety as defined by a depression sub-score on the HADS >7. Any type of stroke in the past. Depressed mood occurring >6 months post-stroke. Sufficient communication skills.
Exclusion criteria	Patients with prestroke physical disability (Barthel Index: <19/20). Inpatients. Co-morbidity that could affect mood. Diagnosis of 'major depression' requiring medication. Diagnosis of prestroke depression or previous psychiatric care for depression.
Therapists' competence	<i>Psychologist:</i> Healthcare psychologist with CBT experience and familiarity with stroke rehabilitation. <i>Occupational or movement therapist:</i> Familiarity with stroke rehabilitation. <i>Both therapists:</i> Received training by developer of protocol for correct application.
Location	<i>Psychologist sessions:</i> In the psychologist's office. <i>Occupational or movement therapist sessions:</i> In the rehabilitation facility, at various locations within the community, or at the patient's home.
Number of sessions	15–16 individual sessions over a period of four months; 11 sessions with the psychologist and one session with both the psychologist and the occupational or movement therapist; 3–4 additional sessions with the occupational or movement therapist alone.
Duration of session	One hour per week, with each session comprised of two blocks of 20–25 minutes separated by a 10–15 minute break.
Materials	Protocol booklet for therapist; ACS cards for photo interview; homework assignment booklet for patient.
Tailoring	The psychologist has certain degrees of freedom concerning content of the final sessions, either attention to problems with acquired skills or evaluation of the intervention, depending on the patient's progress.

ACS: Activity Card Sorting; CBT: cognitive behavioural therapy; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale.

Table 2. Structure of the protocol (psychologists' sessions).

Stage	Topic	Session	Therapeutic content	How: Therapeutic techniques	Homework
<i>1. Purpose: Helping patients recognise their problems and provide information about post-stroke depression</i>					
1	Acquaintance and psycho-education	1	Building rapport	Introduction, getting to know the patient and creating a safe atmosphere for problem disclosure	R: Information leaflet A: Problem description
		2	Recognising bereavement and loss	Grief discussion, checking homework compliance	R & A: See Session 1
		3	Psycho-education	Motivational interviewing techniques to help patients explore what they want to achieve	R: Relationship behaviour and mood A: Diary of activities and concurrent mood; writing down which ACS pictures are, or have once been relevant
<i>2. Purpose: Goal-setting</i>					
2	Goal-setting	4	Goal-setting using ACS	Photo-interview, regarding the 'past, now & future'	R: Goal-setting A: Evaluating tentative goals
		5	Goal selection: Interdisciplinary session with occupational or movement therapist and psychologist	Working towards three attainable goals taking into account individual physical and cognitive capacities	A: Evaluating and reading concrete plan for therapy goals
<i>3. Purpose: Exploring irrational cognitions and false beliefs</i>					
3	Cognitive therapy	6	Introduction CBT: Recognising 'hidden cognition'	Check if patients understand three-step sequence; fill out one or two schemes with the patient to take home	R: Relationship thoughts and mood A: From three-step to four-step cognition schemas
		7	Reflect on 'hidden cognition': Rational or irrational?	Discuss three-step sequences from homework assignments and introduce the hidden cognition/thought	R: Influence of thought on mood A: Four-step sequences: rational or irrational?
<i>4. Purpose: Challenging and altering cognitions and false beliefs</i>					
4	Challenging 'negative cognitions'	8	Challenging irrational thoughts	Use motivational interviewing to support patients in challenging negative thoughts	R: Reconsidering thought patterns A: Changing irrational thoughts into helping thoughts

		9	Changing cognitions	Support patients in replacing negative thoughts	R & A: See Session 8
		10	Changing cognitions consolidation	Therapists either assist in challenging thoughts or use this session for evaluation	R: Rephrasing irrational beliefs A: Evaluation of Session 8 and 9
<i>5. Purpose: Relapse prevention</i>					
5	Relapse prevention	11	Signals of relapse and future strategies	Let patients evaluate their attained skills and goals. Support is given on topics patients want to improve. Prepare patients for future situations. Create a take-home relapse plan. Create four-step sequences for anticipated future situations	R: Keeping up the good work A: Signals for negative mood and future goals R: Evaluation of goal
		12	Evaluation and termination		A: Set future goals, evaluate own progress

A: assignment; ACS: Activity Card Sort; CBT: cognitive behavioural therapy; R: reading.

Dépression post-AVC et ergothérapie : l'accompagnement du patient en hospitalisation dans la perspective du retour à domicile

Contexte : En France, l'Accident Vasculaire Cérébral touche 140 000 personnes par an. Un tiers d'entre elles développe alors une dépression post-AVC. Dans leur parcours de soins, certains patients passent par des structures de rééducation avant de retourner à domicile. Durant cette hospitalisation, à cause de l'AVC, ils peuvent développer une dépression qu'il est essentiel de prendre en charge afin de limiter les conséquences de ce trouble sur la récupération et le retour à la vie quotidienne. Ce mémoire a pour objectif de déterminer en quoi l'ergothérapeute exerçant en SSR peut participer au dépistage, à la prise en charge et à la prévention de la dépression post-AVC afin d'en limiter l'impact en hospitalisation puis au domicile. **Méthode :** Pour répondre à cette problématique, une scoping review a été menée en sélectionnant des articles issus de cinq bases de données : Pubmed, Scopus, Google Scholar, Cairn et ScienceDirect. **Résultats :** 8 articles ont été sélectionnés. Ils ont permis de mettre en lumière les moyens dont dispose l'ergothérapeute pour dépister et prendre en soin la dépression post-AVC. **Conclusion :** L'ergothérapeute a les compétences pour faire le dépistage de la dépression seul ou en interprofessionnalité, notamment avec des échelles de dépistage. Il peut aussi mettre en place des moyens de prise en soin comme la réalité virtuelle ou la thérapie comportementale et cognitive, en association avec d'autres professionnels. En revanche, les articles n'incluent pas de prise en soin centrée sur les activités de la vie quotidienne du patient, alors qu'il est connu que la dépression diminue ces activités. Cela laisse donc une porte ouverte pour la recherche sur la place de l'occupation dans la dépression post-AVC.

Mots-clés : Ergothérapie, dépression post-AVC, parcours de soin

Post-stroke depression and occupational therapy : support for the patient in hospitalization with a view of returning home

Context : In France, 140 000 persons are victims of stroke each year. One third of them will develop a depression. In their care pathway, some patients go to rehabilitation structures before coming back home. During the hospitalization, due to the stroke, they can develop a depression and it's essential to take it over to limit consequences of this pathology on the recovery and home return. The aim of this study is to determine in what way occupational therapists in rehabilitation units can take part in the screen, care and prevention of post-stroke depression in order to limit its impact in hospital and at home. **Methodology :** To find answers to this question, a scoping review has been made. Articles have been selected from five databases : Pubmed, Scopus, Google Scholar, Cairn et ScienceDirect. **Outcomes :** 8 articles have been used. They highlighted means that can be used by occupational therapists to screen and care post-stroke depression. **Conclusion :** An occupational therapist has skills to screen depression alone or in interprofessionality, by using mood assesment scales. He can also use care methods like virtual reality or cognitive behavioral therapy, in association with other professionals. However, articles don't include care focus on activities of daily living, whereas there are proofs in the litterature that depression decrease theses activities. It lets an open door for the researchs about including occupation in post-stroke depression care.

Keywords : Occupational therapy, post-stroke depression, care pathway

