



HAL
open science

La dépression chez les personnes en situation de handicap en Soins de Suite et de Réadaptation

Jordi Pairo

► **To cite this version:**

Jordi Pairo. La dépression chez les personnes en situation de handicap en Soins de Suite et de Réadaptation. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01871550

HAL Id: dumas-01871550

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01871550v1>

Submitted on 11 Sep 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

Institut de Formation d'Ergothérapie d'Aix-Marseille

Faculté d'Aix-Marseille



**Faculté
de Médecine**
Aix*Marseille Université

Jordi PAIRO

**U.E 6.5 S6 : Mémoire
d'initiation à la recherche**

21/08/2018

**La dépression chez les personnes en situation de
handicap en Soins de Suite et de Réadaptation**

Sous la direction de VASSALO Anne

Diplôme d'état d'ergothérapie

Sommaire :

1. Introduction	1
1.1 Contexte.....	1
1.2 Questionnement personnel.....	3
1.3 Thème général.....	4
1.4. La Revue de littérature	4
1.4.1 Les soins de suite et de réadaptation.....	4
1.4.2 Séquelle et dépression.....	8
1.4.3 Du diagnostic de dépression à la dépression réactionnelle.....	9
1.4.4 Recommandations des bonnes pratiques.....	15
1.4.5 Dépression et ergothérapie.....	17
1.4.6 Concept de la santé.....	18
1.4.7 Pré – enquête.....	20
1.5. Analyse de la revue de littérature et construction de la problématique pratique.....	21
1.6. Problématique pratique et cadre théorique.....	22
1.6.1 Le processus deuil.....	22
1.6.2 Le modèle de l'occupation humaine.....	27
2. Matériel et méthode	32
3. Résultats	37
4. Discussion	39
4.1 Analyse des résultats et éléments de réponse.....	39
4.2 Critiques du dispositif de recherche et perspectives	40
4.3 Transférabilité.....	42
Bibliographie.....	43
Annexes	47
Annexe1 :HAS.....	47
Annexe 2 : Entretien 1.....	54
Annexe 3 : Entretien 2.....	59
Annexe4 : Entretien 3.....	68
Résumé	
Mots clés.....	

Remerciements :

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont apportées leur aide pour réaliser ce mémoire.

Dans un premier temps, je remercie ma directrice de mémoire, Anne VASSALO, pour son accompagnement et ses conseils.

Je remercie également ma référente de méthodologie, Catheline BLANC, pour sa disponibilité et son indéfectible soutien.

Je remercie aussi les formateurs de l'Institut de Formation en Ergothérapie, pour leur accompagnement durant ces trois années

Je remercie mes camarades de classe, Sandrine CALPETARD, Maxime GHIBAUDO, Simon ARACIL, Emelyne CAILLOL pour leurs conseils tout au long de cette année.

Enfin, je souhaite remercier mes parents et ma sœur pour leur aide précieuse lors de la relecture de mon mémoire

1 Introduction

1.1 Contexte

Depuis le début de mes études, j'ai développé un certain intérêt pour les pathologies de type neurologique et traumatique. Les connaissances médicales en lien avec ces pathologies, l'anatomie et le fonctionnement du corps m'intéressent. J'apprécie également la manière de pratiquer l'ergothérapie dans les centres de rééducation : les moyens et exercices proposés, la construction d'un plan d'intervention et sa réalisation ainsi que l'accompagnement des personnes prises en soin.

Par l'intermédiaire de mes expériences de stage et des cours sur la psychiatrie, j'ai pu également découvrir un autre aspect de l'ergothérapie : la prise en soin des personnes atteintes de pathologies psychiatriques. Celle-ci m'intéresse particulièrement, car elle diffère de celle réalisée en rééducation.

Selon moi, il y a une différence entre les Soins de Suite et de Réadaptation¹ et la prise en charge dans des centres psychiatriques. La prise en soin en psychiatrie semble permettre d'utiliser des moyens différents avec les patients. Grâce à cela, j'ai la sensation d'aller plus en profondeur avec les gens. Je peux m'intéresser à leur personnalité, à leur vie et les aider à se reconstruire en impulsant une nouvelle dynamique. J'aime particulièrement cette posture d'accompagnement et je prends du plaisir à voir les gens s'épanouir malgré leur pathologie.

De plus, durant ces trois années d'études en ergothérapie, j'ai réalisé trois de mes stages en S.S.R. C'est au cours de ces stages que j'ai rencontré une multitude de patients dont la vie avait été bouleversée par un évènement traumatique. Si certains traversent cette étape de leur vie sans trop de difficultés, j'ai constaté que cette situation n'était pas généralisable dans tous les cas de figures. La limitation ou la perte d'autonomie et d'indépendance dans les activités de la vie quotidienne, ou encore l'abandon d'une activité à la suite des séquelles de cet évènement, sont autant de situations éprouvantes pour les personnes prises en soin en S.S.R.

¹ S.S.R

Plusieurs situations cliniques m'ont particulièrement interrogé en ce qui concerne le rôle de l'ergothérapeute ainsi que son champ d'actions dans ce type d'établissement.

La première a eu lieu lors de mon premier stage en S.S.R :

Mr Y, 45ans est admis en S.S.R depuis trois mois à la suite d'un Accident Vasculaire Cérébral² de l'hémisphère droit. Il souffre d'une hémiparésie du membre supérieur et inférieur gauche. En raison d'une faible récupération motrice et neurologique, Mr Y ne peut pas reprendre son travail de charpentier. Il doit également renoncer à son sport favori : le surf. Son statut social est également modifié car c'est maintenant son fils qui s'occupe de lui.

Confronté à son nouvel état, Mr Y présente un état dépressif et il a fini par se désinvestir de sa thérapie. En conséquence, Mr Y n'a plus fait de progrès, aggravant son état dépressif.

C'est la première fois que j'ai été confronté à une telle situation. Bien que Mr Y bénéficie d'un traitement médicamenteux et d'un suivi psychologique, il a partagé avec moi pendant ses séances sa souffrance psychique. J'étais partagé entre l'envie de pousser Mr Y à avancer dans sa thérapie et respecter son état psychique.

Ce genre de situation s'est répété à de nombreuses reprises au cours de mes stages. En effet, je recevais des patients souffrant de pathologies neurologiques et/ou traumatiques et souffrant de dépression. Lorsque je les interrogeais à ce sujet, je constatais que leur dépression était en lien avec leur nouvelle situation et leur état physique. Tous ces patients avaient la particularité d'avoir d'importantes séquelles. Ils étaient en situation de handicap.

Je comprenais la raison de leur angoisse, je n'arrivais pas à pleinement déceler et analyser les mécanismes responsables de cette dépression. Cette pathologie aux troubles multiples a toujours grandement impacté le contenu et le rythme de mes prises en soin ainsi que mon approche avec mes patients.

J'ai remarqué que la dépression n'était pas centrale dans les prises en soin du patient alors qu'elle avait autant de conséquences si ce n'est plus dans la vie des patients, et notamment dans les activités de la vie quotidienne. Or le rôle de l'ergothérapeute est de favoriser le retour à l'activité en adaptant l'environnement physique et matériel (1).

J'ai pu constater le désarroi et le sentiment d'impuissance de mes tuteurs et des autres professionnels de santé face à ce type de patient. Malgré les échanges avec ces derniers, il n'est

² A.V.C

apparu aucune solution. Chaque professionnel faisait de son mieux pour s'adapter à la personne, mais semblait limité par le contexte d'intervention de son institution.

En effet, il semblerait que les ergothérapeutes ne mettent pas en place d'actions spécifiques pour agir contre la dépression en SSR.

La complexité de ces situations a remis en question ma pratique ainsi que les moyens utilisés en thérapie dans ces établissements.

De plus, après quelques recherches réalisées au préalable, j'ai constaté qu'il s'agissait d'une pathologie très répandue dans le monde, qui peut survenir à tout âge. Depuis 2001, l'Organisation Mondiale de la Santé met l'accent sur la santé mentale dans le monde, et notamment la dépression. D'après elle, près de 300 millions de personnes dans le monde seraient affectées par cette pathologie. (2)

Elle peut dans certains cas se conclure par le suicide et le décès d'un patient. C'est donc un élément important à prendre en compte dans une prise en charge. C'est également une pathologie que l'ergothérapeute est en mesure de prendre en soin dans les centres psychiatriques.

1.2 Questionnement personnel

A la suite de nombreux échanges avec les autres professionnels à propos de ces situations, et mes recherches, de nombreuses questions demeurent sans réponses :

- Dans quels contextes les personnes sont amenées à rentrer dans un centre de rééducation ?
- Quelles conséquences cela a-t-il sur ces personnes ?
- Quels facteurs sont responsables de l'apparition d'une dépression chez ces personnes ?
- Quel est l'impact de la dépression sur la thérapie / sur la personne ?
- Quels symptômes impactent la thérapie ?
- Peut-on l'évaluer ?

- Pourquoi l'ergothérapeute ne prend-il pas part à la prise en soin de la dépression en SSR ?
- Est-ce possible dans un centre de rééducation proposant des soins de suite de réadaptation ?
- Est-ce nécessaire ?
- Et quels sont les enjeux ?
- Est-ce que les professionnels tiennent compte de la dépression de leurs patients ?
- Cette problématique est-elle abordée en équipe pluridisciplinaire ?
- Comment aborder les patients souffrant de dépression en SSR ?
- Quels sont les corps de métiers habilités à agir sur la dépression en SSR ?

1.3 Thème général

D'après mes observations et mes échanges avec les professionnels, ces situations sont courantes et actuelles. Je vais donc me focaliser sur les situations où l'ergothérapeute rencontre des difficultés en lien avec **la dépression des personnes en situation de handicap dans le cadre d'une prise en charge d'un SSR.**

1.4 La revue de littérature

1.4.1 Les soins de suite et de réadaptation

Pour commencer les recherches, il semble judicieux de comprendre le contexte dans lequel les patients sont amenés à recevoir des soins de suite et de réadaptation ainsi que le milieu dans lequel ils évoluent.

Selon le syndicat des soins de suite et de réadaptation, nous pouvons définir les soins de suite et de réadaptation par « des activités ayant pour objet de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients ». Le but est « de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion ». (3)

Les institutions agréées en SSR, tels que les centres de rééducation sont des établissements de santé. Ils ont un cahier des charges bien précis :

- « assurer des soins médicaux, curatifs et palliatifs »
- « assurer des actes de rééducation et de réadaptation »
- « réaliser des actions de prévention et d'éducation thérapeutique »
- « assurer la préparation et l'accompagnement, la réinsertion familiale, sociale, scolaire ou professionnelle » (3)
- assurer une « réinsertion sociale et professionnelle »

Les soins de suite et de réadaptation sont la continuité des soins prodigués en ambulatoire. Les centres de rééducation mettent en place des actions visant à améliorer l'autonomie des patients « à la suite d'une intervention chirurgicale ou d'un accident de vie » (4)

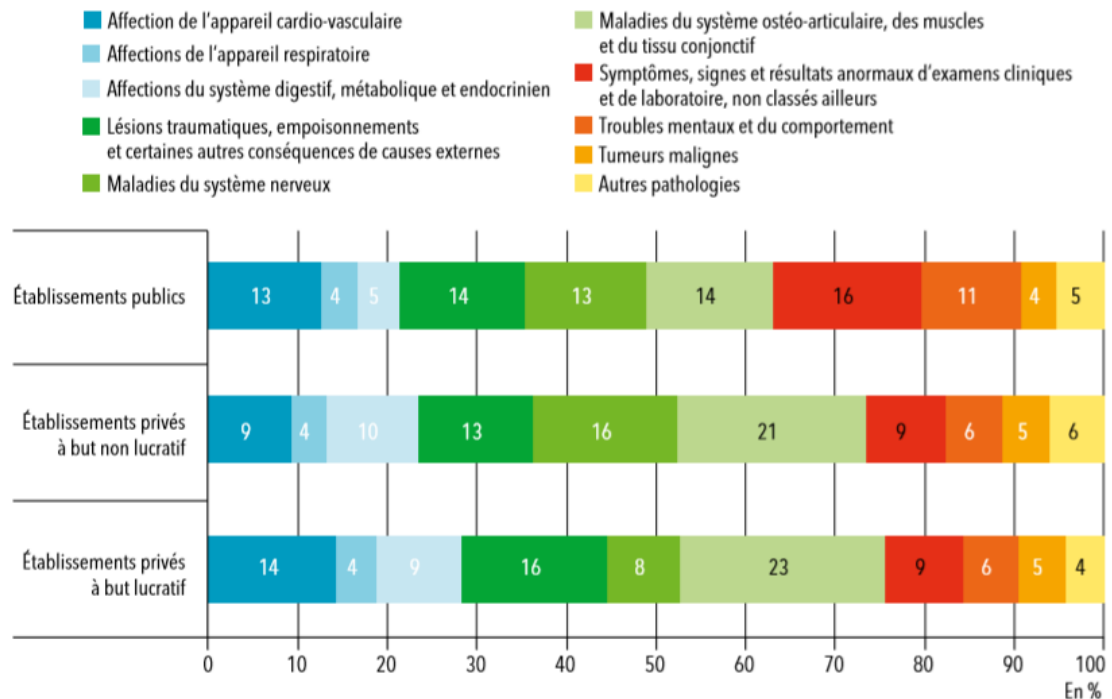
Les soins de suite de réadaptation sont mis en place afin de préparer le retour au domicile de la personne. C'est dans ce contexte que des centres de rééducation ont été créés. Ils sont prescrits dans le cadre de prise en charge de patients atteints de pathologie avec des séquelles. Ils ne sont plus en danger, mais leur état de santé n'est pas jugé suffisamment bon pour que les patients puissent reprendre leurs activités et leurs modes de vie antérieurs à l'accident. En rééducation, les prises en charge se concentrent sur cinq fonctions :

- motrices
- cognitives
- fondamentales
- sensorielles
- émotionnelles

Selon cette étude du ministère de la santé de 2016, les maladies du système ostéo articulaire représentent 19% des séjours en SSR, 14% des séjours sont des patients ayant subis des lésions traumatiques, 12% des séjours concernent des affections cardiaques, 13% des séjours sont dus à des affections du système nerveux. Les 16% restant représentent les troubles mentaux liés à l'alcool et autres substances psychoactives, l'obésité. (4)

GRAPHIQUE

Graphique 2 Répartition des séjours selon la morbidité enregistrée à l'admission et le statut juridique des établissements de SSR



Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA, y compris les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisation confondus.

Source > ATIH, PMSI-SSR 2016, traitements DREES.

(5)

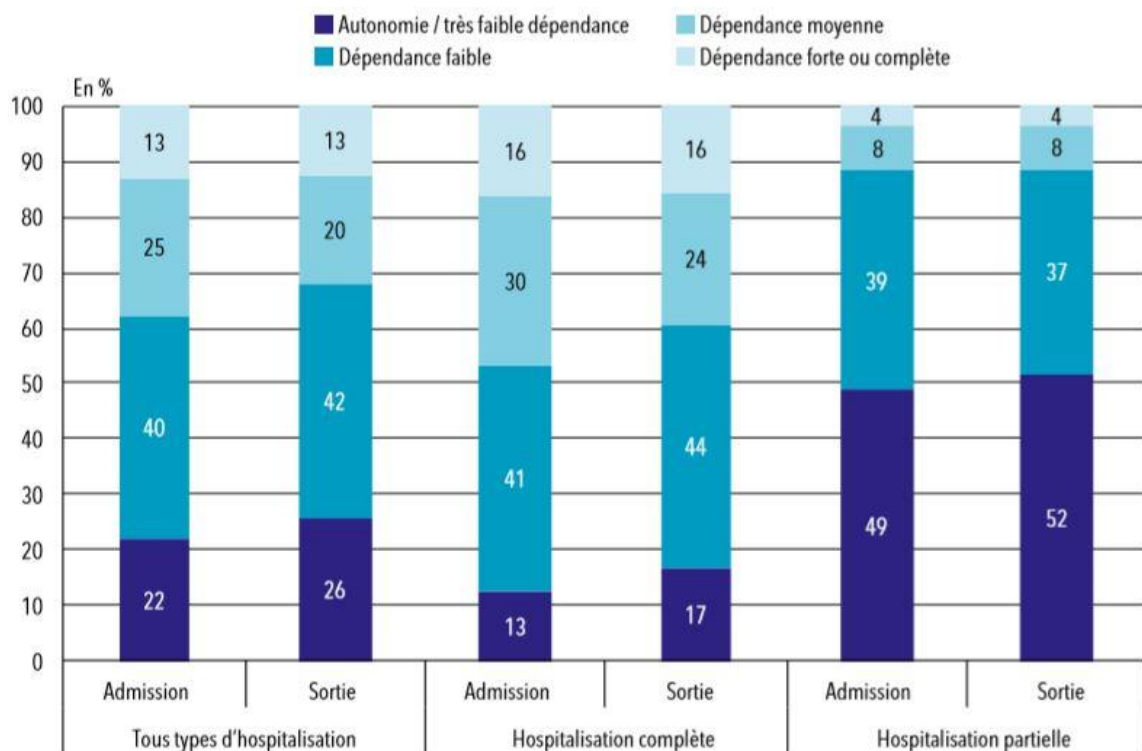
Ces pathologies entraînent une impossibilité de réaliser des activités du quotidien essentielles. Les établissements de SSR évaluent le taux de dépendance de ces personnes.

Le degré de dépendance d'après le bilan validé de la Mesure de l'Indépendance fonctionnelle : « il est évalué d'après la grille des activités de la vie quotidienne (AVQ), selon six dimensions : habillage, déplacement et locomotion, alimentation, continence, comportement, relation et communication. »

« La dépendance physique est mesurée par les scores des quatre premières dimensions, la dépendance cognitive par les scores des deux dernières. Le score global est regroupé en quatre classes : totalement autonome, faiblement, moyennement, fortement ou complètement dépendant. » (5)

On distingue les séjours en SSR selon l'intensité et la répartition des séances de rééducation des patients. Il existe deux types de séjours : les hospitalisations complètes et les hospitalisations partielles. Le degré de dépendance ou l'autonomie des patients varient selon le type de séjour. Les patients admis en hospitalisation à temps partiel ont un degré de dépendance plus faible que celui des hospitalisations complètes. En 2016, 12% des patients entrant en SSR sont jugés dépendants toujours selon l'échelle de dépendance vue précédemment. En hospitalisation complète, ce chiffre s'élève à 47%. (5)

Graphique 1 Répartition des séjours selon le degré de dépendance globale des patients à l'admission et à la sortie, et d'après le type d'hospitalisation, en 2016



Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA, y compris les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisation confondus.

Source > ATIH, PMSI-SSR 2016, traitements DREES.

(5)

1.4.2 Séquelle et dépression

D'après ces premières recherches sur la patientèle en SSR, il apparaît alors que les personnes admises en centre de rééducation traversent une période difficile à surmonter.

C'est dans ce contexte que les patients commencent leurs séances de rééducation en ergothérapie. C'est un environnement physique et matériel étranger. La personne est alors confrontée à son nouvel état de santé. Elle entre dans ce qu'on appelle une phase d'acceptation de son handicap. C'est une étape particulièrement difficile à traverser car c'est à ce moment-là que la personne prend pleinement conscience de l'impact des séquelles de sa pathologie sur ses activités, ses loisirs, son travail pour le restant de sa vie. Elle doit alors faire le deuil de son ancienne vie. Ceci a des répercussions sur l'identité de la personne. (6)

Selon cet article, la pathologie de la dépression est courante en centre de rééducation. C'est une maladie difficile à diagnostiquer dans un contexte de prise en charge de troubles somatiques invalidants annexes.

Bien que l'on constate une augmentation de l'autonomie des patients à la fin du séjour en SSR, il y a toujours un risque que des séquelles perdurent après l'hospitalisation. Dans ce cas, une évolution défavorable de la rééducation amènerait à une baisse de la santé et de la qualité de vie de la personne. A plus long terme, les séquelles peuvent provoquer une « souffrance morale ». (6)

Cet article met l'accent sur l'importance pour les professionnels qui accueillent et soignent des personnes handicapées de reconnaître la dépression, de la traiter et d'en suivre l'évolution.

(6)

1.4.3 Du diagnostic de la dépression à la dépression réactionnelle

Il apparaît donc que la dépression soit une pathologie complexe, multifactorielle, difficile à diagnostiquer. Cette dernière semble survenir au cours de la rééducation suite aux conséquences directes de l'évènement traumatique bouleversant le quotidien des patients. Afin de mieux comprendre l'impact de cette dernière sur les patients et la thérapie, il semble pertinent de procéder à des recherches sur cette pathologie.

Le Manuel des diagnostics et statistiques des troubles mentaux (DSM 5) révèle l'existence d'un grand nombre de types de dépressions qui se caractérisent par leur contexte d'apparition et leurs symptômes. (7)

Il est important de faire la distinction entre trois groupes de dépressions classifiées à ce jour :

- les dépressions endogènes comprenant « la crise de mélancolie de la psychose maniaque »
- les dépressions exogènes comprenant les dépressions névrotiques ou réactionnelles et le syndrome de réponse au stress post traumatique dans le DSM 5.
- les dépressions dues à « une psychose ou une affection organique » (7).

D'après les sources (8) et (9), il est écrit que la dépression est un « dysfonctionnement psychique » qui se retrouve dans plusieurs pathologies dont les troubles de l'humeur.

L'humeur d'un individu est la somme des émotions ressenties par ce dernier à un instant T. L'intensité et la qualité des émotions varient en fonction des évènements de notre vie. Ces émotions ont un impact sur la qualité de notre vie et sur son déroulement au quotidien.

Dans les sources (8) et (10), il est dit qu'une personne souffrant de trouble thymique ressent un flux émotionnel négatif de manière plus prononcé, plus fréquemment et sur une période plus longue. On dit que ces personnes ont une labilité émotionnelle supérieure aux autres, c'est-à-dire qu'elles ont des difficultés à maîtriser leurs émotions.

Ces sources soulignent l'importance d'une bonne santé mentale afin de vivre sa vie comme chacun le souhaite. En effet, l'état psychologique d'une personne peut influencer ses actes et ses choix. Il ne faut pas négliger l'impact d'une dépression chez un individu. Cela met en exergue l'utilité de s'interroger et de trouver des solutions contre cette maladie.

D'après les sources (11), (12) et (13), il est démontré qu'en France une personne sur cinq a souffert ou sera potentiellement atteinte de dépression au moins une fois dans sa vie. Ce chiffre est en constante augmentation depuis 1998 (14).

C'est une pathologie qui touche tous les âges et qui est présente dans le monde entier. On constate un pic chez les adolescents et chez les adultes ayant la quarantaine (11) et (13). On constate aussi que c'est un phénomène mondial. L'Organisation Mondiale de la Santé ne recense pas moins de 300 millions de personnes atteintes dans le monde. En moyenne, cette maladie est deux fois plus présente chez les sujets féminins. (13) Les sources (13) et (14) font une corrélation entre le mode vie et le risque d'être atteint d'une dépression : les personnes vivant seules sont plus touchées par cette maladie.

Ici, ces articles mettent en avant plusieurs points :

- D'abord, c'est une maladie psychique qui touche beaucoup de personne en France. De plus, c'est un phénomène mondial croissant, d'où l'intérêt de s'intéresser à cette pathologie.
- Ils font également un lien entre l'environnement social d'une personne et cette pathologie
- Ils mettent en avant le rôle du sexe dans cette maladie et de l'âge dans cette pathologie.

En résumé, ces sources me permettent d'orienter mes recherches. Il s'agit de préciser mon sujet car je ne vais pas pouvoir traiter la dépression dans plusieurs contextes différents. Il faut que je sélectionne un âge et peut être les conditions d'apparition de cette pathologie.

En outre, c'est une maladie qui a de lourdes conséquences sur le quotidien des personnes et de leur entourage. Elle peut entraîner un grand mal être et altérer la vie professionnelle, scolaire et familiale des personnes. Elle impacte grandement la dynamique et le rendement occupationnel de la personne atteinte (8) et (10) L'ergothérapeute qui est un spécialiste de l'autonomie dans la vie quotidienne, est donc apte à intervenir sur cette pathologie. (11)

Ici ces sources mettent en exergue les lourdes conséquences sur le quotidien des personnes atteintes, ce qui me permet de faire le lien avec les compétences de l'ergothérapeute. Il est en mesure de proposer un processus d'intervention contre cette pathologie.

D'après la source (11) pour poser le diagnostic d'une dépression, les médecins et les psychiatres utilisent des critères validés par l'Organisation Mondiale de la Santé (CIM-10) et l'Association Américaine de Psychiatrie (DMS 5). Il est impératif que la personne présente cinq des symptômes quotidiens, depuis au moins deux semaines consécutives pour que le diagnostic soit justifié.

Un des éléments caractéristiques de la dépression est « l'altération de l'image de soi est un comportement dépressif ». (9) Sur le plan psychique, cela signifie que l'individu se rabaisse et se dévalorise (10) par rapport aux autres. Il manque de confiance en lui, dépeint une image de lui très négative. Il aura tendance à ne se concentrer que sur les éléments négatifs de sa personnalité et sur ses échecs. Cela se répercute également sur sa vision du monde et les personnes qui l'entourent. Sur le plan physique cela peut se traduire par une apparence et une hygiène moindre. (9) et (8)

La dépression s'accompagne également d'autres symptômes physiques et psychiques :

- fatigue, manque d'énergie
- problèmes de sommeil : la personne dort trop ou pas assez
- diminution ou augmentation de l'appétit, pouvant causer une perte ou un gain de poids
- un arrêt brutal des activités préférées de la personne ainsi que de ses habitudes de vie quotidienne.
- un isolement progressif et un arrêt des relations sociales
- culpabilité et remords
- rumination
- anxiété
- tocs et comportements compulsifs
- des pensées suicidaires (8) et (9) et (11)

Enfin, elle peut avoir des répercussions sur la concentration et la mémoire (10)

Malgré les traitements existants, la fréquence de cette maladie dans la population mondiale ne diminue pas. Au contraire, le nombre de personnes atteintes par la dépression est en augmentation. En réalité, ces médicaments font baisser l'intensité des symptômes mais ne font pas disparaître la maladie (8) et (12)

D'après ces sources, les médicaments à bases de molécules chimiques, sont efficaces dans certains cas mais pas complètement. Il est donc nécessaire que je m'intéresse à d'autres traitements sans négliger ces derniers. Il faudrait que je trouve des informations sur des traitements complémentaires où l'ergothérapeute intervient directement sur les symptômes de la dépression.

D'après les sources (15) et (16), il existe plusieurs questionnaires et échelles d'évaluation de la dépression. Ils permettent d'évaluer de manière quantitative et qualitative le dysfonctionnement psychique et servent ainsi à préciser « la symptomatologie dépressive de l'individu ». Ils permettent également d'avoir un résultat chiffré, transmissible aux autres praticiens, et de déterminer l'intensité et la durée du dysfonctionnement psychique. Ils sont généralement utilisés par le médecin et le psychiatre, mais ils peuvent aussi être utilisés par d'autres professionnels de santé ayant suivi une formation spécifique. Ces questionnaires et échelles d'évaluation sont suivis d'un entretien lors de la première rencontre avec le patient. D'autres entretiens de soutien suivront. Ces questionnaires permettent de mettre en place un traitement moléculaire, ainsi qu'une psychothérapie. Ils sont essentiels pour la recherche dans ce domaine.

Certaines échelles d'évaluations peuvent être utilisées pour tous les types de dépression, telles que :

- L'échelle d'Hamilton
- L'échelle de Montgomery et Asberg
- L'échelle globale de dépression de Raskin

Il existe des échelles d'auto évaluation que le patient peut passer seul au cours de la psychothérapie. (15) et (16)

D'autres échelles d'évaluation sont spécifiques à certaines maladies, et prennent en compte des symptômes comme par exemple des symptômes neurologiques : il existe une échelle spécifique à la maladie de parkinson pour évaluer la dépression : l'échelle de Beck (17)

Ces sources mettent en avant un point essentiel : il existe plusieurs évaluations car il y a plusieurs types de dépression. Il y a également des évaluations spécifiques au contexte d'apparition de la dépression. En effet, dans certains cas, la dépression survient sans cause externe, j'entends par là, qu'elle n'est pas liée à une autre maladie. Or, je m'aperçois que la dépression peut- être elle-même un symptôme d'une maladie neurologique traitée en SSR par exemple. Je n'ai pas trouvé de chiffres entre l'apparition d'une dépression et une pathologie de type traumatologie. Je pense que je vais probablement devoir choisir entre :

- traiter le sujet de la dépression sans être associé à une autre maladie.
- traiter le sujet de la dépression associé à une pathologie neurologique ou traumatologique.

Selon cet article, l'ergothérapie a fait ses preuves dans la prise en charge des troubles de l'humeur et plus particulièrement de la dépression. Bien que l'ergothérapeute ne soit pas le premier professionnel de santé consulté pour cette pathologie, il est tout à fait en mesure de proposer un processus d'intervention (18). Il n'y a pas d'évaluation spécifique en ergothérapie pour cette pathologie. L'ergothérapeute intervient notamment dans « l'évaluation du pronostic de capacité de travail ainsi que le soutien lors de démarches pour le développement ou la réinsertion professionnelle » (18) et (19).

L'ergothérapie est donc un bon complément aux traitements médicamenteux. La prise en charge et les activités proposées agissent sur les symptômes suivants :

- sur les capacités interactionnelles
- sur le comportement
- sur l'humeur

Cette action permet un retour plus rapide à la vie professionnelle et une reprise en main de la vie du sujet.

Au cours de mes recherches et des entretiens réalisés avec différents professionnels de santé, le terme de dépression réactionnelle est apparu plusieurs fois.

Ce fut Reiss qui utilisa pour la première fois le terme de « dépression réactionnelle » dans son livre « Konstitutionelle Verstimmung und manisch-depressives Irresein ».

Il fait le lien entre les symptômes observés chez la personne et un facteur perturbateur extérieur. Dans son ouvrage « Deuil et Mélancolie », Freud met également en avant l'importance du rôle des « événements de la vie » et les conséquences qu'ils entraînent. C'est dans ce contexte que le patient peut développer une dépression. La description de cette pathologie semble correspondre aux observations et aux informations vues précédemment. (7)

Thérèse Lampérière clinicienne de terrain et professeur de psychiatrie met elle aussi en avant une origine multifactorielle pour expliquer cette pathologie complexe. Elle milite également pour une prise en charge intégrative de la dépression dans l'intérêt du patient. (20)

Aujourd'hui, la dépression réactionnelle ne fait plus partie officiellement du DSM 5. Il semble que la classification de cette pathologie est complexe. En effet, il est difficile de différencier les causes de la dépression réactionnelle de manière scientifique et rigoureuse des autres types de dépression.

En revanche, il existe des critères pour distinguer une dépression réactionnelle. Ils se basent sur « les symptômes de la maladie, la personnalité de l'individu, les événements de vie précédant la survenue des symptômes, le contexte d'apparition, l'évolution de la maladie, l'histoire familiale et la réponse aux traitements ».

Des critères plus subjectifs rentrent en jeu, telles que l'interprétation et la réaction de la personne face aux événements traumatiques. Il faut alors s'intéresser à la dimension cognitive et affective de l'évènement.

En matière de cognition, on distingue chez les personnes atteintes de dépression réactionnelle « une rigidité, une stabilité dans le temps » et une interprétation de l'évènement traumatique » s'intégrant dans un schéma dépressogène. Ce qui justifie l'utilisation de psychothérapie cognitive.

En ce qui concerne la dimension affective, on constate un état émotionnel figé dit « gelé » chez les personnes atteintes de dépressions réactionnelles. Il a donc un lien entre « évènement de vie, pensée et émotion ». (20)

Le résultat de l'association de ces deux composantes crée des affects favorisant l'apparition d'une dépression réactionnelle. (20)

1.4.4 Les recommandations des bonnes pratiques

Après les recherches menées sur la dépression, il semble pertinent de chercher dans la littérature les recommandations pour cette pathologie aux seins des SSR.

En ce qui concerne la dépression, il existe des recommandations de bonnes pratiques établies par la Haute Autorité de Santé (HAS). En revanche celles-ci ne s'adressent ni spécifiquement à la dépression réactionnelle ni à des patients souffrant de dépression réactionnelle en SSR.

Bien que le terme de « dépression réactionnelle » ne soit pas utilisé, il peut être intéressant de comprendre les protocoles mis en place afin de trouver de nouvelles pistes de recherche et de comprendre les recommandations afin de s'en inspirer par la suite. (cf Annexe 1)

Ces recommandations sont parues en 2002 sur le site officiel de l'HAS mais ont été réactualisées en 2017.

Ces recommandations mettent en avant un traitement médicamenteux ainsi que la mise en place de thérapies, telles que la thérapie cognitivo- comportementale et la psychothérapie.

Ces thérapies peuvent être utilisées en séance par le psychologue en centre de rééducation. (21)

- La psychothérapie :

Elle est apparue il y a plus d'un siècle. Depuis le XIX^{ème} siècle, les médecins et les chercheurs ont développé des techniques et des méthodes permettant de traiter les multiples troubles psychiques et mentaux connus. Les techniques ont évolué en même temps que les paradigmes et les théories : « Traitement moral de l'aliénation mentale (Pinel), magnétisation (Mesmer et ses continuateurs Puysegur, Faria, Despine), sommeil provoqué et hypnose (Braid, Azam, Janet), suggestion (Bernheim), psychanalyse (Freud) ». (22) et (23)

Ces différents protocoles sont fondés sur la relation avec le thérapeute. Ils sont notamment utilisés par les soignants dans le cadre de prise en soin avec des patients pour « des troubles et dans des environnements sociaux variés y compris lors de conflits armés ».

D'autres méthodes dites « individuelles : (psychodrame de Moreno, relaxation de Schutz), ou collectives : (psychanalyse et psychothérapies éducatives chez l'enfant, psychothérapie institutionnelle) » ont été développées dans la première moitié du XX^{ème} siècle.

C'est à la même période qu'est apparue la discipline de la pharmacologie. Ces deux moyens sont radicalement différents. Aujourd'hui encore, les médecins cherchent à lier du mieux possible ces deux moyens dans la prise en soin des patients atteints de dépression. (24)

La psychothérapie reste aujourd'hui une méthode incontournable « dans les services d'aides psychologiques ». Cette méthode dite « pratique réservée », est pratiquée uniquement par des professionnels qui ont reçu une formation. Elle est utilisée pour les troubles mentaux, ou pour des troubles du comportement et enfin, pour toute autre déficience entraînant « une souffrance ou une détresse psychologique ». (22) La psychothérapie ne se restreint pas qu'au rôle de soutien quotidien. Elle a pour but d'impulser chez la personne une volonté de changements psychologiques, émotionnels et comportementaux.

Il s'agit de modifier chez la personne sa façon de construire sa pensée, son mode de réflexion. Les acquis de la psychothérapie durent sur le long terme et sont transférables dans d'autres situations.

La psychothérapie est un long processus. Le patient s'engage avec le psychologue. Ils collaborent via une relation thérapeutique forte. Cela permet au patient de s'exprimer sans craindre d'être jugé et d'exposer au psychologue ses peurs, ses émotions. Elle peut être utilisée en SSR par le psychologue.

Le psychologue procède au préalable à une évaluation au moyen de tests ou d'échanges oraux. Certains exercices se poursuivent hors des séances. (22) et (24)

- La thérapie cognitivo-comportementale :

Les thérapies cognitivo-comportementales sont utilisées dans le traitement de certaines maladies du psychique. Cette technique permet l'apprentissage de « nouveaux comportements » adaptés à un milieu social. Elle permet de corriger un comportement inadapté ou pathologique qui se manifeste lors de situations particulières. (25) et (26)

1.4.5 Dépression et ergothérapie

Au cours de mes recherches sur la dépression et de mon parcours étudiant, j'ai constaté que les ergothérapeutes étaient en mesure d'intervenir sur cette pathologie.

Aux Etats Unis, l'idée de lier un traitement médicamenteux avec d'autres thérapies non médicamenteuses est mise en avant. C'est ce que décrit Lisa Mahaffey ergothérapeute américaine depuis 30 ans en santé mentale et travaillant actuellement à l'université du Midwestern au « Department of occupational Therapy »

Pour Lisa Mahaffey, bien que la dépression se « traite efficacement avec des médicaments », les ergothérapeutes sont également en mesure d'aider les personnes atteintes de dépression en les aidant à restructurer leurs vies quotidiennes.

Les personnes souffrant de dépression perdent l'énergie et la volonté pour réaliser les activités importantes pour eux. Pour Lisa Mahaffey « les symptômes peuvent varier » en fonction de l'âge par exemple.

Chez les enfants les symptômes peuvent se caractériser par de l'attachement aux parents, la peur de perdre un proche et le refus d'aller à l'école. Ils sont irritables, et en retrait socialement. Ils peuvent avoir des pensées suicidaires.

Chez l'adulte les symptômes de la dépression sont plus variés et ont des répercussions sur le quotidien.

Chez les personnes plus âgées, les symptômes sont d'ordre physiques (maux de tête ou d'estomac).

« Les causes de la dépression peuvent être génétiques ou causées par un évènement indésirable de la vie » explique Mahaffey.

Les ergothérapeutes agissent sur les personnes atteintes de dépression en les aidant à réaliser les activités importantes pour elles. Cela permet d'acquérir un sentiment d'accomplissement.

L'hypothèse émise ici est la suivante : la façon de concevoir une pensée, autrement dit, le processus de création de la pensée peut induire des pensées pouvant provoquer des dépressions.

L'estime de soi et l'identité jouent également un rôle important dans la gestion de la dépression.

Les ergothérapeutes peuvent aider les personnes atteintes de dépression à trouver un équilibre entre les loisirs, le travail et leurs relations (27)

Objectif de l'ergothérapie :

- Améliorer la productivité
- Favoriser la reprise des rôles et des habitudes de vie
- Reconstruire un entourage social
- Favoriser la décharge émotionnelle
- Améliorer la capacité à gérer le trouble de l'humeur

L'ergothérapie agit également sur la qualité de vie des patients. (8) et (10)

Ces sources mettent en avant les bienfaits de l'ergothérapie dans le cadre d'une prise en charge d'un patient souffrant de dépression. Elle souligne l'importance d'une prise en charge en ergothérapie et les symptômes sur lesquels l'ergothérapeute peut intervenir.

De plus, ces constatations sont corroborées par le référentiel de compétence de l'ergothérapeute. Ce dernier nous indique que l'ergothérapeute est en mesure de mettre en place des moyens pour contrer des affections psychiques. (28)

1.4.6 Pré enquête :

D'après mes recherches, il existe une multitude de symptômes découlant de la dépression. Afin de savoir lesquels ont le plus d'impact sur la thérapie, il paraît nécessaire d'aller enquêter auprès des professionnels.

Ce questionnaire a été soumis à 40 ergothérapeutes travaillant en SSR, 21 ont répondu.

- 1- Avez-vous déjà pris en charge un patient atteint d'une pathologie neurologique et/ou traumatologique en SSR également atteint de dépression réactionnelle ?

Si oui, quelle fréquence de patient cela représente-t-il ?

- Souvent
- Régulièrement
- Parfois
- Jamais

Etant donné que je n'ai trouvé que peu d'écrits et d'enquêtes sur la fréquence de patients adultes souffrant de dépression réactionnelle en SSR, je voulais grâce à ces questions confirmer mes constatations en stage. Je voulais également rassembler des preuves supplémentaires pour renforcer la pertinence du sujet en montrant que cette pathologie faisait partie du quotidien du professionnel.

→ Sur les 21 ergothérapeutes interrogés, 16 m'ont indiqué qu'ils prenaient régulièrement en charge des patients souffrant de dépression réactionnelle, et les 5 autres, parfois.

- 2- Avez-vous déjà été gênés lors de votre prise en charge d'une pathologie neurologique ou traumatologique en SSR par la dépression d'un patient ?

Grâce à cette question, je souhaite mettre en avant la pertinence du sujet et la nécessité de s'y intéresser.

→ Les 21 ergothérapeutes ont répondu unanimement que la dépression d'un patient les avait gênés à plusieurs reprises lors la prise en charge.

- 3- Selon vous, quel(s) symptôme(s) de la dépression impactent le plus la prise en charge ?

En posant cette question, je compte cibler le symptôme le plus important à traiter. Leurs réponses me permettront de m'aiguiller sur deux concepts en lien avec ce symptôme que je développerai dans un second temps.

Sur les 21 ergothérapeutes interrogés, 18 ergothérapeutes ont invoqué le manque d'engagement dans la thérapie.

1.4.7 Concept de la Santé

Afin de donner une définition de « la Santé », l'Organisation Mondiale de la Santé a identifié plusieurs critères qui rentrent en compte dans la santé d'une personne : « la santé est un état de complet bien-être physique, mental, et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». (29)

Il semblerait que la santé mentale soit de même importance que les autres critères.

Bien qu'il n'y ait que peu d'écrits sur la nécessité de prendre en soin la dépression en SSR, la définition de la santé de l'Organisation Mondiale de la Santé va dans le sens d'une prise en charge globale de la personne.

1.5 Analyse de la revue de littérature et construction de la problématique pratique :

Les réponses à ce questionnaire montrent que ce sujet est d'actualité. Il montre également que les professionnels ont déjà eu des difficultés à construire une prise en charge à cause de la dépression de leur patient.

D'après la revue de littérature et les données professionnelles réunies, il apparaît que l'ergothérapeute est en mesure de prendre en charge un patient souffrant de dépression par divers moyens.

Selon le site (26) faisant référence à un article de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Île-de-France, la dépression ne fait pas partie des pathologies que les ergothérapeutes et les autres professionnels de santé sont accrédités à prendre en charge en SSR. L'ergothérapeute ne peut donc pas mettre en place une prise en charge spécifique à la dépression réactionnelle d'un patient. Il ne pourra pas non plus employer certains moyens utilisés dans d'autres institutions.

Le cadre institutionnel ne permet pas à l'ergothérapeute d'utiliser ses compétences, qui pourtant lui serviraient contre la dépression.

Or l'OMS stipule que la santé mentale est un critère à prendre en compte pour le bien être du patient.

Problématique pratique : Comment l'ergothérapeute peut-il prendre en soin la dépression des personnes en situation de handicap en SSR tout en respectant le cahier des charges d'un centre de rééducation ?

Après ces constatations, je vais continuer mes recherches pour voir s'il existe des concepts ou modèles que l'ergothérapeute pourrait intégrer à sa pratique afin de limiter l'impact d'une dépression chez l'adulte en situation de handicap en SSR. Les résultats de ma pré-enquête me permettront d'aiguiller mes recherches.

1.6 Cadre théorique

1.6.1 Concept du processus de deuil

Dans un premier temps, il semble pertinent de s'intéresser aux mécanismes psychiques du patient pendant son séjour en rééducation dans le but de comprendre l'origine de la dépression.

« Pertes, deuils et renoncements rythment l'existence depuis la naissance jusqu'à la fin de la vie et constituent des étapes fondatrices de l'identité de chaque individu. Qu'elle soit perte de l'autre, perte de soi ou perte en soi, qu'elle renvoie à des deuils imposés ou à des deuils nécessaires, qu'elle soit réelle ou fantasmée, elle touche l'individuel comme le collectif, et tout clinicien est confronté quotidiennement, dans sa rencontre au patient, à cette question de la perte. Ce travail de deuil est plus ou moins facilité ou entravé en fonction de la résonance en chacun de l'épreuve de la perte c'est-à-dire en fonction de son histoire et de son fonctionnement psychique. Ainsi, de la tristesse à la douleur intense, de l'agrippement désespéré à l'objet perdu au possible renoncement, la traversée de cette épreuve se décline de diverses façons et montre de multiples visages cliniques et formes psychopathologiques. Mais pertes et deuils portent également en eux les germes de mouvements mutatifs et féconds : ils peuvent être porteurs d'une dynamique motrice de changement, éloignant le sujet des affres de la répétition mortifère. Les voies thérapeutiques telles que proposées par une institution de soin peuvent être l'occasion d'une ouverture vers une reprise d'un processus, vers de nouveaux investissements. ». Charlotte Costantino.(31)

Le livre « De la perte au renoncement » de Charlotte Costantino met en avant la difficulté pour l'être humain de vivre avec la maladie. Le deuil peut être défini comme « une réaction émotionnelle et affective de douleur morale, d'affliction et de désespérance que tout être humain éprouve lors de la perte d'un être cher. » (31) et (32)

La Maladie est source de nombreux bouleversements sur la personne et sur son environnement humain et physique. Ces changements arrivent de manière brutale. Ces personnes assistent impuissantes à une transformation parfois radicale de leur situation.

Face à la complexité de leur situation, les individus « essaient de faire diversion face à leurs pertes, d'autres ont recours à un processus de substitution en utilisant les drogues pour tenter de devenir insensibles à leur misère ».

L'annonce du diagnostic est un passage particulièrement complexe dans le parcours hospitalier du patient. En effet, la personne prend peu à peu conscience de la fragilité et à la vulnérabilité de son corps. Elle est confrontée aux angoisses apportées par l'idée d'une vie précaire. (33)

Dans des cas de dépression sévère, certains individus choisissent le suicide. Cela met en relief la complexité de l'individu à accepter son nouveau corps et capacité physique et ou cognitive. En effet, « la perte de soi ou perte en soi » induit par la maladie s'avère insurmontable dans certains cas. Pour les personnes dans cette situation, le processus de deuil est extrêmement long ou n'aboutit jamais.

Durant cette période, les modifications du corps et leurs répercussions créent « un déséquilibre entre les pulsions amoureuses et haineuses ». Ces pulsions agissent directement sur l'humeur de la personne. (31)

La maladie devient alors un obstacle au développement personnel de la personne et peut modifier, voire supprimer le sens que les gens donnent à leur vie.

Dans ce long processus de deuil, le professionnel de santé participe à l'acceptation du nouvel état de santé de la personne. Il doit être en mesure de recueillir les angoisses et la détresse de ces personnes et tout particulièrement pendant l'hospitalisation. En effet, ce sont des périodes de changement pour la personne. (31)

Les soignants sont les catalyseurs de cette transformation et aident le patient « à rééquilibrer sa vie » et « à redonner du sens à son existence ». Il est primordial dans la prise en soin d'accompagner les patients et de mobiliser ses ressources psychiques lorsque celles-ci sont disponibles.

Cet état, dénommé la mélancolie, est décrit par Sigmund Freud le livre « deuil et mélancolie ».

La définition de la mélancolie varie dans la psychiatrie descriptive. La mélancolie peut s'exprimer sous diverses formes cliniques qui n'ont pas été toutes encore décrites et approuvées par la communauté scientifique. (31) et (33)

De nos jours, il est toujours aussi difficile de faire la part entre « les affections somatiques et les affections psychogènes ». C'est-à-dire « les symptômes dont les causes sont exclusivement physiques et les symptômes dont l'origine est purement psychique » (34)

Toujours selon Sigmund Freud, les concepts du processus de deuil et de mélancolie sont liés car ils apparaissent tous les deux à la suite d'évènements et facteurs déclenchants. Nous avons vu précédemment que chez certaines personnes, le deuil n'a pas lieu. Ceci s'explique par une mentalisation des évènements déclencheurs provoquant une mélancolie. Il est important de mettre en avant le fait que le processus de mentalisation de l'évènement diffère selon les personnes pour un même évènement. La mélancolie se traduit par une dépression intense et douloureuse. Le tableau clinique de cette dépression est semblable à celui du deuil. Tous les critères se recoupent hormis le manque d'estime de soi pour le processus de deuil.

Tableaux cliniques :

- « une suspension de l'intérêt pour le mode extérieur »
- « l'inhibition de toute activité »
- « la perte de la capacité d'aimer »

Le processus de deuil est donc l'étape d'acceptation de « la perte » en elle-même. Cette épreuve de renoncement de l'objet perdu peut s'avérer trop difficile, notamment si le sujet ne trouve pas un objet de substitution à réinvestir. Dans ce cas, la personne peut « se détourner de la réalité ». (31)

Élisabeth Kübler-Ross décrit les 7 étapes par lesquelles la personne passe au cours du deuil :

- 1 Le choc : A l'arrivée de l'évènement déclencheur, l'individu traverse une première phase au cours de laquelle il est en état de choc. Cela peut se traduire par des pleurs, ou un repli sur soi même.
- 2 Le déni : Cette phase dépend du lien avec l'objet perdu, la personnalité de la personne. Dans les cas les plus sévères, elle peut se manifester par le refus du diagnostic.

- 3 La colère : Elle survient lorsque l'individu prend conscience de sa situation. Dans certains cas, cette étape peut se prolonger et devenir une phase de colère et de culpabilité.

- 4 Le marchandage : Cette phase se caractérise par la remise en question de la personne en ce qui concerne sa situation, sa prise en soin, face à une situation difficile à accepter pour elle, dans le but de retrouver son état original.

- 5 La dépression : C'est le moment où la personne entame son processus de deuil. C'est un état de grande souffrance, de lassitude, de désespoir. C'est un passage obligé pour que la personne puisse par la suite se tourner vers l'avenir.

- 6 L'acceptation : La personne ne se focalise plus sur l'événement traumatique et peut commencer à s'intéresser à d'autre chose dans la vie. Elle retrouve confiance en elle et de l'estime de soi.

- 7 La reconstruction : Cette phase ne commence qu'après que la personne a mentalisé l'évènement choc. Elle peut alors diriger son énergie psychique vers un autre objet, une autre activité, qu'elle pourra s'investir. La personne retrouve la volonté d'avancer et sa combativité. Elle peut désormais procéder à des modifications dans sa vie. (35) et (36)

Bien que ces étapes soient utiles pour le thérapeute car elles permettent de jauger l'évolution du processus de deuil de la personne, elles sont considérées trop « linéaires » par certains praticiens et difficiles à identifier.

Malgré cela, le thérapeute peut ajuster son comportement et s'adapter à la personne en fonction des étapes qu'elle traverse.

Ce processus requiert une grande quantité d'énergie psychique. C'est cette énergie, qui est détournée et utilisée par « le moi » pour accomplir ce travail de deuil, qui manque à la personne et déclenche le manque d'intérêt dans ses activités. En psychanalyse, le moi fait partie de l'appareil psychique. Il fonctionne avec le « ça » et le « sur moi ». Le « moi » est l'instance psychique qui est en relation directe avec la réalité. Il reçoit les stimuli et les flux du monde extérieur. Il fait office de médiateur entre ces flux et le « ça » qui est l'instance des pulsions.

La mélancolie est donc une perte inconsciente de l'objet car la personne n'a pas entamé son processus de deuil. Elle peut être dans une étape de non acceptation ou d'évitement de son état. A l'inverse, durant l'état de deuil, la personne est consciente de la perte de l'objet perdu. (33)

Ces sources mettent en lumière la complexité du processus de deuil, et la place qu'il prend dans la vie de la personne, d'où l'importance d'un accompagnement et d'une prise en charge globale de la personne qui permettra l'intégration de cet élément. De plus, il semble que la mélancolie ait un impact important sur l'énergie psychique de la personne et donc sur la participation à ses activités.

Or selon Maela Paul, Docteur en Sciences de l'Education, l'accompagnement est une posture professionnelle qui se démocratise depuis une vingtaine d'année. (38)

Dès lors, on peut se demander ce que signifie « accompagner » et les concepts clés qui modulent et régissent ce terme dans une pratique.

D'après Maela Paul, accompagner peut signifier « Se joindre à quelqu'un/pour aller où il va/en même temps que lui, de concert ». Cette définition est « minimaliste ». Si on analyse les pratiques, « accompagner » peut prendre un tout autre sens si l'on se base sur l'approche Humaniste. Ici, trois notions apparaissent :

- la notion de la mise en mouvement, une action commune
- la notion de direction avec un but ciblé
- la notion d'adaptation, « s'accorder à celui qu'on accompagne » (38)

Mais l'accompagnement ne se limite pas à des concepts théoriques. Dans la pratique, on assiste à l'apparition d'un accompagnement pensé, étudié, et construit.

Il s'agit là d'un « dispositif » qui permet de prendre la personne dans sa globalité. (38)

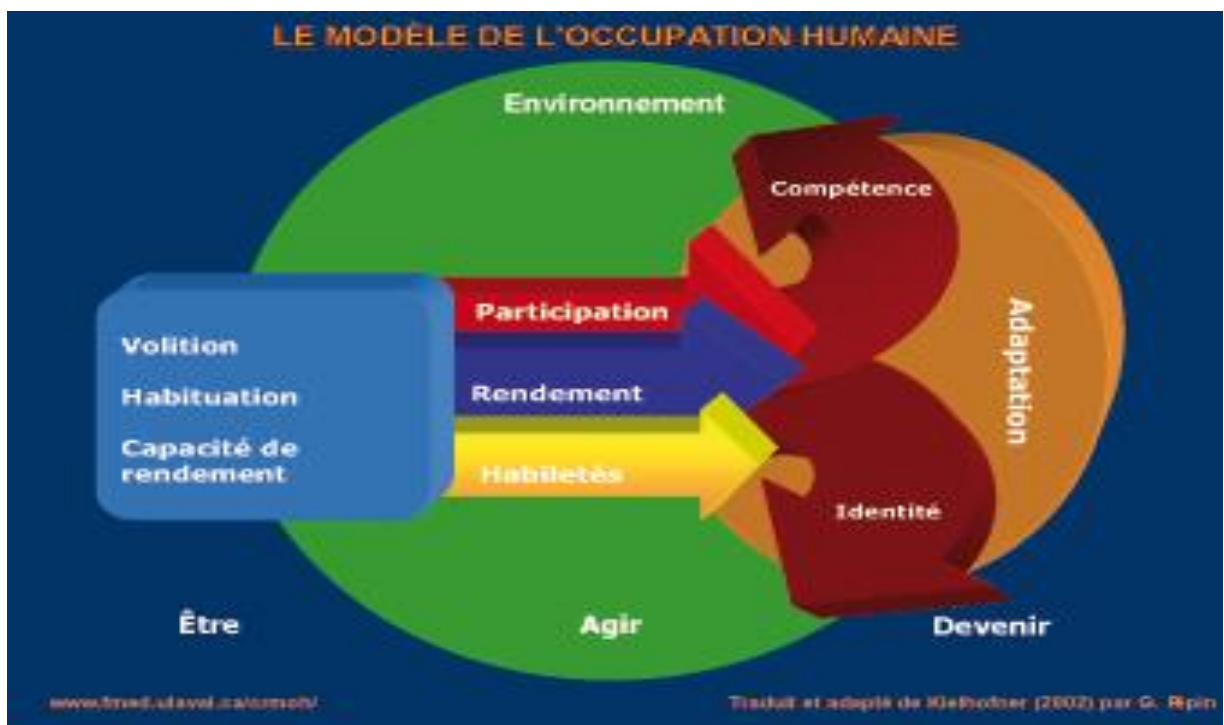
Le thérapeute construit un plan d'intervention réunissant les notions vues ci-dessus ainsi que ses connaissances scientifiques.

Cela demande au professionnel de s'adapter à la personne et d'avoir « une autre manière d'être et de faire ». C'est par l'intermédiaire de la relation avec la personne que s'exprime la posture du thérapeute. (38)

1.6.2 Le modèle de l'occupation Humaine :

D'après les résultats de la pré-enquête il semble que la dépression ait des répercussions sur l'investissement de la personne dans sa thérapie et les activités proposées en rééducation. De plus, les recherches réalisées sur le processus de deuil ont mis en exergue l'importance d'un accompagnement des personnes en phase d'acceptation de leur état. Il apparaît que cet accompagnement doit se traduire dans la pratique par des actions concrètes dans la prise en soin du patient.

Il semble donc pertinent d'étudier maintenant le modèle de l'occupation Humaine, car son application permet une prise en charge globale de la personne. De plus, c'est un modèle qui favorise l'engagement du patient dans ses activités.



Il y a maintenant une quarantaine d'année, Gary Kielhofner a entamé la conceptualisation et le développement de ce modèle. Ce modèle se base sur les sciences de l'occupation, un terme provenant de l'anglais et difficile à traduire (39). Selon Sylvie Meyer (40), l'occupation est définie comme étant « un groupe d'activités, culturellement dénommé, qui a une valeur

personnelle et socio culturelle et qui est le support de la participation à la société. Les occupations peuvent être classées en soins personnels, productivité et loisirs ». Selon Marie Chanta Morel-Bracq, le terme le plus approprié en France est celui d'activité. (39)

Le modèle de l'occupation humaine met particulièrement l'accent sur la signification que donne la personne aux activités. Il parle alors d'activités « signifiantes et signifiées ». Le terme « signifiant » peut se définir par le sens donné par la personne à l'activité, tandis que le terme « significatif » peut être défini par « le sens donné socialement par les autres ». (41)

Ce modèle permet d'évaluer, puis d'organiser les informations recueillies concernant la personne. Il met en avant ses points forts et ses points faibles en ce qui concerne son « engagement » et son implication dans une activité donnée. Ces éléments permettent par la suite de mettre en place des adaptations pendant le suivi en ergothérapie. Ce modèle part du principe qu'il existe un lien fondamental entre la personne, ses motivations, sa manière de vivre, ses capacités et son environnement humain et matériel. Ces éléments interagissent entre eux et « instaurent une adaptation dynamique » dans les activités de la personne. (39)

Gary Kielhofner considère que l'être humain peut être décrit au moyen de trois critères :

- la volition : L'engagement de la personne ou encore la motivation est définie par Sylvie Meyer comme étant « la capacité de choisir, de faire ou de continuer à faire quelque chose en ayant conscience que la réalisation de cette activité est volontaire ». (40) La volition englobe toute la réflexion de la personne lui permettant de prendre conscience de ses capacités. Cela lui offre la possibilité de ressentir un sentiment d'efficacité et de développer « des valeurs d'intérêts personnels qui contribuent à un processus d'anticipation, de choix, d'expérience et d'interprétation d'activité » (40) et (41).

- l'habitation : C'est ce qui permet à la personne de structurer et de rendre plus simple ses activités de la vie quotidienne. Elle se compose des habitudes et des rôles en lien avec la société et la culture. La personne peut adopter des comportements socialement acceptés qui se répèteront par la suite. Les habitudes permettent d'organiser la vie quotidienne et lui donne un caractère personnel propre à chacun. (41)

- La capacité au rendement : elle est intimement liée aux capacités musculaires et cognitives de la personne. Toutes les fonctions cognitives, sensorielles, psychiques et physiques

contribuent au rendement au cours d'une occupation. Elles influencent également le ressenti subjectif de la personne sur sa manière de réaliser son activité. Elle est étroitement liée à la manière de réaliser de la personne (40) et (41).

Ces trois composantes entrent en interaction en permanence et sont en aucun cas indissociables les unes des autres. Elles ne peuvent pas être sorties de leur contexte, c'est-à-dire de l'environnement humain et matériel dans lequel elles s'inscrivent. C'est dans un contexte et un environnement précis et propre à chacun que ces composantes prennent tout leur sens. (41)

En effet, l'environnement agit sur ces composantes car il peut être source « d'opportunités, de ressources, d'exigences, ou de contraintes. On parle alors d'incidence environnementale (39). Cet environnement agit donc sur la personne est peut-être tantôt un facteur facilitant tantôt un facteur pouvant restreindre la capacité au rendement et donc limiter l'activité et donc l'occupation de la personne.

On distingue deux types d'environnement :

- l'environnement proche : il est composé des lieux, « de l'espace, des objets, aux manières d'agir, aux groupes sociaux de proximité ». (41)
- l'environnement élargi : il correspond « à la culture et aux conditions économiques et politiques ». (41)

En somme, la volition, l'habituatation, la capacité de rendement et l'environnement ont un impact direct sur les actions, les pensées et les émotions » de la personne. (4)

Dans le cadre d'une situation de handicap, c'est la volition qui peut être la plus perturbée avec toutes les conséquences que sa modification entraîne. La perte ou la modification d'un des trois critères entraîne « un problème d'identité personnelle » (39). On peut définir ce terme par ce que la personne désire accomplir ou devenir via une activité.

L'identité personnelle ou identité occupationnelle se développe par l'agir, c'est-à-dire grâce et au travers de l'investissement d'une activité. L'agir se définit selon trois critères :

- la participation : c'est « l'engagement dans les activités quotidiennes de la vie, le travail, et des loisirs » Ces activités s'inscrivent dans un cadre spatio-temporel propre à la personne. (39)

- le rendement : c'est le fait de « faire » au sens littéral du terme, une activité. (39)

- les habiletés : elles se composent « des habiletés motrices, opératoires et les habiletés de communication et d'interaction. » (41)

Ce modèle permet à l'ergothérapeute de mesurer et de comprendre l'investissement d'un individu dans une activité. Ce modèle ne se limite pas à l'analyse des données médicales. Il traite un ensemble d'informations qui gravitent autour de la personne.

L'ergothérapeute utilise ce modèle pour impulser « un processus de changement chez la personne du fait de l'altération » de son état ou de sa situation. Le rôle du thérapeute consiste à accompagner la personne dans ses choix et sur les modifications qu'elles apportent sur la participation, la volition et l'habitué. L'ergothérapeute peut évaluer les progrès du patient en se concentrant sur l'avis de son patient par rapport à son identité occupationnelle, son engagement et ses agissements.

Désormais, il semble pertinent d'étudier comment le concept du processus de deuil et le modèle de l'occupation Humaine sont utilisés dans la littérature.

Question de recherche : Comment les ergothérapeutes utilisent en prise en soin le concept du processus de deuil et le modèle de l'occupation Humaine ?

2. Matériel et méthode

Au vu des données scientifiques, le respect du processus de deuil et l'utilisation du modèle de l'occupation humaine semblent être des moyens efficaces. Il serait donc intéressant de comparer les pratiques des ergothérapeutes sur le terrain et les éléments théoriques. Nous cherchons à savoir si les ergothérapeutes intègrent le concept du respect du processus de deuil et le modèle de l'occupation humaine dans leurs prises en soin. Si oui, comment font-ils ? dans quelles mesures ? et quel est leur ressenti sur leur efficacité ?

Après réflexion et au vu du thème général de la revue de littérature et des résultats de cette dernière, ainsi que du thème de la question de recherche, la méthode clinique semble la mieux adaptée. En effet, les questions posées aux ergothérapeutes porteront sur leur pratique et sur la description qu'ils en feront. Leurs réponses comporteront une part de subjectif et de qualitatif non quantifiable. (42)

Choix du terrain et de la population :

Nous allons interroger plusieurs ergothérapeutes. Etant donné que nous avons choisi une enquête de type exploratoire, il faudra en interroger un maximum. (42) En ce qui concerne le terrain, nous limiterons l'enquête à des professionnels exerçant dans un centre de rééducation de la Région Paca. Cela nous permettra de réaliser des entretiens sur place. Nous effectuerons un premier contact par téléphone afin de fixer un rendez-vous avec le(s) ergothérapeute(s) du centre et de lui présenter le sujet du mémoire. Ce sera également l'occasion de leur présenter les modalités de passation de l'entretien et ainsi pouvoir obtenir leur accord. Afin d'avoir une vision d'ensemble de la prise en charge des personnes souffrant de dépression en SSR, nous allons sélectionner des ergothérapeutes avec des temps d'exercices en SSR différents. Après avoir convenu de la date, nous réaliserons alors l'entretien sur le lieu de travail respectif de chaque ergothérapeute choisi. Nous prévoyons 1heure pour chaque entretien. Ces entretiens se feront dans un espace clos du centre en tête à tête. Tous les entretiens seront enregistrés au moyen d'un appareil audio puis retranscrits manuellement. L'ergothérapeute sera informé de l'enregistrement mais nous veillerons à ce que le matériel utilisé ne soit pas dans son champ de vision. Nous serons face au professionnel afin d'analyser son langage non verbal. Nous

pourrons par la suite, dans l'analyse des résultats, nous appuyer sur ces informations afin d'apprécier l'authenticité du discours du professionnel. (42)

Choix de l'outil et construction de la grille d'entretien :

Nous avons choisi une grille d'entretien comportant une question principale et plusieurs questions de relance. Nous faisons le choix d'utiliser la méthode semi-directive. Nous utiliserons un entretien compréhensif afin « de construire la théorie dans le va-et-vient entre proximité et distance, accès à l'information et production d'hypothèses, observation et interprétation des faits ». (42) Cela nous permettra à la fois de laisser l'ergothérapeute nous parler de sa pratique sans orienter ses réponses et d'approfondir ses réponses en lien avec les concepts du cadre théorique grâce aux questions de relance.

Grâce à cela, nous pourrons faire ressortir les concepts clés et ainsi analyser l'intérêt de ces derniers dans les résultats. (42)

Critère d'inclusion des ergothérapeutes :

- les ergothérapeutes diplômés d'état travaillant ou ayant travaillé en SSR.

Critère d'exclusion :

- les ergothérapeutes n'ayant jamais travaillé en SSR.
- les ergothérapeutes travaillant dans le même centre de rééducation.

Nous allons procéder auparavant à un test avec un ergothérapeute répondant aux critères d'inclusions et d'exclusions pour tester notre grille d'entretien et évaluer la pertinence de nos indicateurs.

Avant de construire la grille d'entretien nous allons réunir les différents critères et indicateurs qui nous permettront de cibler les questions.

Tableau des critères et des indicateurs :

Concepts	Critères	Indicateurs
Le Processus de Deuil	<ul style="list-style-type: none"> - le moi en reconstruction - les étapes du processus de deuil 	<ul style="list-style-type: none"> - Energie psychique, le moral - Choc, déni, colère, marchandage, dépression, reconstruction, acceptation du handicap
MOH	<ul style="list-style-type: none"> - volition - habitude - capacité de rendement 	<ul style="list-style-type: none"> - Engagement, motivation, implication, intérêt, volonté, participation, initiative, choix - rôle socioculturel, habitude de vie, activité du quotidien, organisation, structurer le quotidien - fonctions cognitives, sensorielles, psychiques et physiques

Maintenant que nous avons établi les critères et les indicateurs, nous pouvons passer à la construction de la grille d'entretien.

Grille d'entretien :

Questions :	Objectifs :
<p><i>Question Inaugurale :</i></p> <p>→ Que faites-vous pour un patient atteint d'une pathologie neurologique ou traumatologique qui souffre d'une dépression ?</p> <p>→ Questions de relances :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Évaluez-vous ou faites-vous le point avec le patient sur son état psychologique et son acceptation du handicap ? - Avez-vous recours à des méthodes/protocoles concepts généraux ou spécifiques à l'ergothérapie ? - En termes d'objectifs, quelle place accordez-vous à la dépression dans la prise en soin ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Lancer la discussion et commencer à faire le lien entre les concepts développés et la pratique de l'ergothérapeute. - Mettre en exergue les outils utilisés pour évaluer l'état psychologique du patient - Identifier les techniques ou méthodes que l'ergothérapeute utilise pour évaluer la dépression d'un patient - Évaluer l'importance que le professionnel accorde à la dépression d'un patient
<p>→ Apportez-vous des modifications à votre prise en soin avec un patient souffrant d'une dépression ?</p> <p>→ Questions de relances :</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Comprendre l'impact de la dépression sur la prise en soin et sur l'ergothérapeute

<ul style="list-style-type: none"> - Changez-vous votre approche, votre comportement ? - Vous basez-vous sur des concepts modèles, protocoles différents ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les méthodes mises en place par l'ergothérapeute contre la dépression d'un patient
<ul style="list-style-type: none"> ➔ Connaissez-vous le concept du MOH et du processus de deuil ? ➔ Question de relance : <ul style="list-style-type: none"> - Évaluez-vous l'engagement du patient dans la thérapie ? - Lors des prises en soin, vous adaptez-vous ? - Si oui, qu'apportent ces concepts dans la prise en soin ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en avant les éléments en lien avec les concepts et évaluer si ces outils sont rependus dans la pratique
<ul style="list-style-type: none"> ➔ Dans la prise en charge d'un patient atteint de dépression, collaborez-vous avec d'autres professionnels de santé dans le centre où vous exercez ? ➔ Question de relance : <ul style="list-style-type: none"> - Si oui, expliquez les modalités des échanges avec les autres professionnels ? - Mettez-vous en place des actions en équipe ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier le métier des professionnels choisis par l'ergothérapeute et comprendre ce choix

<p>→ Pensez-vous qu'en France, ce thème soit assez développé ?</p> <p>- En quoi est-il pertinent ?</p>	<p>- Mettre en avant les enjeux en lien avec le thème</p>

Méthodes d'analyse des résultats :

Après avoir recueilli des données auprès des ergothérapeutes, nous allons utiliser la méthode d'analyse par thématique. Elle nous permet d'analyser méthodiquement les résultats de l'enquête et sera plus pertinente pour l'analyse « des pratiques et des représentations » (43).

Enfin, nous allons citer l'interviewé quand cela est nécessaire afin de prouver l'authenticité des résultats lors de leur interprétation. Le but est de ne pas déformer les propos de l'interviewé.
(43)

3. Résultats

→ **Question 1 :** Que faites-vous pour un patient atteint d'une pathologie neurologique ou traumatologique qui souffre d'une dépression ?

En m'appuyant sur les échanges avec l'ergothérapeute A (Annexe2), il apparaît en premier lieu que la dépression réactionnelle bouleverse la prise en charge du patient. En effet, selon lui, si le patient en éprouve le besoin, il va plus se concentrer sur la parole et la discussion « on va essentiellement parler » (ligne 6), que sur la rééducation « je ne vais pas du tout rentrer dans la prise en charge rééducative » (ligne 5). L'ergothérapeute laisse la personne s'exprimer, et il transmet l'information sur l'état psychologique de la personne à la psychologue.

Il utilise également l'écoute pour évaluer l'état mental du patient « l'écoute et la parole » (ligne15), mais pas d'outil en particulier.

Pour l'ergothérapeute B (Annexe 3), la première étape consiste à construire une relation de confiance avant de passer à la suite de la prise en soin. Il précise qu'il évite le conflit avec le patient dans le cas où celui-ci refuse de participer aux activités. Il essaye de trouver des activités qui correspondent à la personne. Selon lui, il faut comprendre les choix et les raisons du refus de la personne.

Dans un premier temps, l'ergothérapeute C (Annexe 4) instaure un dialogue pour comprendre les raisons de la dépression. Il laisse la parole à la personne. Il adapte les activités proposées. Pendant la prise en soin, il tient compte de l'équilibre psychologiques, des envies, de la personne. Il attache une importance particulière à la valorisation, au plaisir et à l'estime du patient. Pour lui, la dépression n'est pas un objectif mais il modifie les objectifs initiaux de ses séances.

→ **Question 2 :** Apportez-vous des modifications, à votre prise en soin avec un patient souffrant d'une dépression ?

Selon l'ergothérapeute A, il prend la dépression comme « un facteur primordial » (ligne 34) dans la prise en charge. La dépression n'est pas un objectif mais « un principe » (ligne 37). En

revanche, les objectifs tiendront compte de la dépression du patient « mes objectifs vont quand même être en lien » (ligne 38).

L'ergothérapeute est attentif aux manifestations des signes de la dépression « je vois que la personne n'est pas du tout dans sa prise en charge, parce qu'elle pleure, » (ligne 43). Il modifie le contenu de sa prise en charge « j'arrête l'exercice » (ligne 44) et il l'adapte en fonction du patient « je lui demande ce qu'elle a envie de faire » (ligne 47).

L'ergothérapeute B utilise des outils particuliers dans le cas de patient souffrant de dépressions. Il utilise le modèle Kawa pour mettre en image les mots et le discours de la personne.

Il utilise également le cycle de Prochaska pour comprendre comment la personne change.

La dépression n'est pas un objectif pur ce dernier. Il ne change ni d'approche ni de comportement. Il déclare cependant avoir un rôle de soutien.

L'ergothérapeute C modifie sa prise en soin et l'axe sur les capacités et la récupération de la personne. Sans mentir à la personne sur son état de santé, il la met en situation écologique pour qu'elle se rende compte par elle-même de ses capacités sans la mettre en échec.

→ **Question 3 :** Connaissez-vous le concept du MOH et du processus de deuil ?

En ce qui concerne le modèle de l'occupation humaine et le processus de deuil, l'ergothérapeute connaît de nom ces concepts mais ne les utilise pas (ligne 78).

L'ergothérapeute B, n'utilise ni le modèle du MOH ni le concept du processus de deuil. En revanche, il connaît le MOH, et il s'en inspire pour adapter ses activités pendant la prise en soin.

L'ergothérapeute C n'utilise pas les concepts du MOH et du processus de deuil.

→ **Question 4 :** Dans la prise en charge d'un patient atteint de dépression, collaborez-vous avec d'autres professionnels de santé dans le centre où vous exercez ?

L'ergothérapeute transmet l'information à l'équipe lors de réunion « on se voit tous les lundis pour parler des patients » (lignes 92). Mais il n'y a pas vraiment de protocole particulier « non je pense que... là je n'ai pas d'exemple en tête » (ligne 101).

L'ergothérapeute B fait état de discussion en équipe des patients souffrant de dépression.

L'ergothérapeute C discute dans un premier temps avec ses collègues ergothérapeutes puis avec les autres professionnels.

4. Discussion

4.1 Interprétation des résultats et éléments de réponses

Aux vues des résultats, il semble que les ergothérapeutes passent par la relation et la parole lorsqu'ils prennent en soin des patients atteints de dépression. Ils prennent des temps pour discuter avec le patient lorsque celui-ci en montre le besoin.

Les ergothérapeutes considèrent la dépression comme un éléments important dans la prise en soin, notamment au cours des séances où ils adaptent les activités en fonctions de l'humeur de la personne. Mais ils déclarent ne pas mettre d'action spécifique dans leur prise en soin.

En ce qui concerne le concept du modèle de l'occupation humaine et le processus de deuil, il semble que les ergothérapeutes ne les utilisent pas.

Tous les ergothérapeutes font état de discussion ou de réunion au cours desquels ils évoquent les difficultés rencontrées avec des patients atteints de dépression. Mais il n'y a pas d'actions spécifiques mises en place.

Après analyse des résultats, il semble qu'il y ait un écart entre la vision des ergothérapeutes sur leur pratique et leur discours sur leur pratique. En effet, ils déclarent ne pas mettre d'action spécifique pour prendre en soin la dépression or, les temps mis en place pour parler avec les patients sont déjà une action en soit. En m'appuyant sur les sources (15) et (16), ces temps pourraient être des entretiens de soutiens, qui sont utilisés par les professionnelles de santé dont les ergothérapeutes en psychiatrie.

4.2 Critiques du dispositif de recherche et perspectives

Dans le but de comprendre mes erreurs et d'améliorer ma grille d'entretien, je vais maintenant procéder à l'analyse et la critique de mon dispositif de recherche.

Tout d'abord, la méthodologie sur le choix et la mise en place de l'outil mérite d'être plus approfondie dans le but de rendre mon outil éventuellement plus efficace.

De plus, une analyse plus poussée de mon test de faisabilité aurait engendré une remise en question et un affinement de ma grille. Multiplier le nombre d'essais au préalable aurait pu être également un indicateur précieux afin d'améliorer les questions de l'entretien. Ce biais aurait pu être évité, mais pour des raisons pratiques j'ai choisi de maintenir l'entretien.

Le choix des enquêtés a pu également être un biais. Certains ergothérapeutes interrogés étaient des tuteurs de stages. Il se peut qu'ils ne soient pas totalement neutres et un avis neutre.

De plus, lors du déroulement d'un des entretiens, malgré les dispositions prises au préalable afin d'être dans un espace calme et en tête à tête avec l'interviewé, il s'avère que des personnes sont restées dans cette même pièce. Cela a perturbé la réalisation de mon entretien car le bruit me faisait perdre le fil de la discussion. J'avais du mal à me concentrer sur les indicateurs de ma grille d'entretien. Je n'ai donc pas pu poser toutes les questions de relance.

Ensuite, les indicateurs en liens avec mes concepts ne sont pas assez développés. Il aurait été intéressant de réunir plus de termes autour de mes concepts. Cela m'aurait peut-être aiguillé dans la construction de mes questions. Lors de la construction des questions, j'aurais pu également m'appuyer sur ces variables afin de m'assurer et prouver leur pertinence et leur cohérence avec le thème.

D'autre part, cela m'aurait peut-être permis de préciser mes questions dans la grille d'entretien afin de traiter de manière organisée chaque aspect de mon concept. Le but étant de dégager pendant l'entretien des informations pertinentes et précises en lien avec le sujet auprès du professionnel. En effet, des variables et des indicateurs se seraient avérés utiles pour poser des questions ciblées sur un aspect précis de mes concepts. Ceci aurait pu être éventuellement bénéfique pour les résultats obtenus pour donner suite aux entretiens.

Certaines questions de la grille d'entretien s'appuyant sur des concepts ne sont pas traitées dans le cadre théorique. Il aurait donc été intéressant de développer le concept de collaboration et de pluridisciplinarité. Il aurait été préférable de poser plus de questions ouvertes, correspondant à

un entretien semi-directif, que de questions fermées. En effet, cela aurait permis d'obtenir d'avantage d'information.

Lors de ces échanges, j'ai pris conscience de la difficulté de mener un entretien. En effet, il apparait que reformuler, réitérer, sans interprétation réductrice engendrant une déformation du propos d'origine, est difficile.

Il me semble également qu'il n'est pas aisé de trouver un compromis entre laisser l'interviewer s'exprimer librement et l'interroger sur un thème précis. Il est difficile de relancer le professionnel en laissant la part de subjectivité nécessaire à l'enquêté. Il apparait que les questions de relance ne sont pas toujours adaptées au déroulement de l'enquête. La double tâche qui consiste à comprendre et analyser les propos de l'enquêté et en même temps prendre le recul nécessaire, afin d'évaluer les pistes encore non explorées pendant la réalisation des entretiens, est difficile.

De plus, il est important de garder une certaine homogénéité entre les différents entretiens. Il faut donc veiller à poser des questions de relance similaires à chaque entretien. Sans quoi, cela peut nuire à l'analyse des résultats.

Enfin, au cours de l'entretien il a été difficile d'analyser le discours non verbal de l'interviewer et de poser les questions. Il aurait peut-être fallu être en binôme afin de partager les tâches ou de filmer l'entretien et d'analyser le discours non verbal ultérieurement.

La méthode clinique et l'entretien semi-directif sont des outils qui permettent de développer et d'approfondir le discours de l'enquêté. Mais les informations obtenues ne sont pas toujours en lien avec le thème. Il faut alors beaucoup de temps pour traiter et analyser les informations pertinentes.

Mener un entretien est complexe. Il faut être rigoureux si l'on veut obtenir des résultats fiables. Sa réalisation demande donc de l'entraînement. De manière générale, je pense avoir compris dans sa globalité la méthodologie que j'ai mise en place. En revanche, elle mérite tout de même d'être approfondie tout comme son application sur le terrain.

De plus, d'autres méthodes auraient pu être utilisées. Par exemple, l'analyse des entretiens aurait pu être réalisée selon la méthode par thématique.

Cette critique elle-même peut être approfondie, avec d'avantage de recul.

Par ailleurs, il aurait été intéressant de créer une autre grille d'entretien ainsi que de varier la population des ergothérapeutes interrogés. Par exemple, dans les critères de sélections, nous aurions pu sélectionner des ergothérapeutes ayant travaillé en SSR et en psychiatrie afin de comparer les réponses de ces derniers avec l'enquête précédente.

4.3 Transférabilité

Ce travail pourrait éventuellement me servir durant l'exercice de ma profession dans des situations similaires. En effet, je pourrais mettre en pratique les modèles et concepts développés dans ce travail à profit.

Ces modèles pourraient être également utilisés dans d'autres types institutions dans le cadre de prise en charge de patient atteint de dépression réactionnelle à condition de bien analyser la situation.

Enfin, ce mémoire pourrait être utile à d'autres professionnels confrontés aux problématiques soulevées dans ce travail.

Bibliographie

- (1) Ministère des Solidarités et de la Santé. Ergothérapeute. 08.03.2012. <http://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/ergotherapeute>. Consulté le 06/04/2018.
- (2) Organisation mondiale de la Santé Genève. SANTE MENTALE Les ministres appellent à l'action. 2001. [En ligne] http://www.who.int/mental_health/media/en/250.pdf
Consulté le : 13/06/2018
- (3) Syndicat des Soins de Suite et de Réadaptation. SSR. 2010. [En ligne] <http://www.fhp-ssr.fr/les-ssr-c-est-quoi>. Consulté le 09/05/2018.
- (4) Confédération des soins de suite et de réadaptation. 2011. [En ligne] http://www.fhp-ssr.fr/sites/default/files/livre_blanc_cssr.pdf . Consulté le : 10/05/2018
- (5) La patientèle des établissements 23 de soins de suite et de réadaptation. 2016. [En ligne] <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/23-7.pdf> . Consulté le : 10/05/2018
- (6) Dépression en rééducation. 2005. [En ligne] <http://www.em-consulte.com/article/31203/depression-en-reeducation> . Consulté le : 10/05/2018
- (7) ELIE-GROSBOILLIOT L. Le trouble de l'adaptation. Thèse pour le doctorat en médecine. Faculté de médecine de ROUEN. Année 2014. 169p. [EN Ligne] <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01059609/document>. Consulté le 10/05/2018
- (8) Mouvement Santé Mentale Québec. Trouble de l'humeur. 01/11/2017. [En ligne]. <http://sante.gouv.qc.ca/problemes-de-sante/troubles-de-humeur/>. Consulté le 17/12/2017.
- (9) Organisation Mondiale de la Santé. La dépression. 7 Janvier 2016. [En ligne]. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/fr/>. Consulté le 03/06/2017.
- (10) Inserm. La dépression. 2014. [En ligne]. <https://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/dépressions> Consulté le 16/07/2017.
- (11) Van Damme P. Dépression et régression. Société française de Gestalt. 2002. Paris. 206p. <https://www.cairn.info/revue-gestalt-2002-2-page-109.htm>. Consulté le 16/07/2017.
- (12) Dépression France. Les chiffres et statistiques de la dépression en France et dans le monde. 04.07.2017. [En ligne]. <https://www.la-depression.org/comprendre-la-depression/la-depression-en-chiffre/>. Consulté le 28/09/2017.

- (13) Douville O. Editorial des troubles de l'humeur à la raison mélancolique. ERES. 2013. Paris. 326p. [En ligne]. <https://www.cairn.info/revue-figures-de-la-psy-2013-2-page-9.htm>. Consulté le 25/06/2017.
- (14) Infirmier. Les troubles de l'humeur. 16.04.09. [En ligne]. <https://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsu/cours/cours-psychiatrie-les-troubles-de-l-humeur.html>. Consulté le 21/08/2017.
- (15) Rouillon F. Les troubles dépressifs récurrents. John Libbey EuroText. 2004. 119p. [En ligne]. https://books.google.fr/books?id=ClG_YZ8CiikC&pg=PA8&lpg=PA8&dq=formation+%C3%A9chelle+hamilton&source=bl&ots=84NDFI-gdA&sig=k4PE7WKzmsMZZBfvNuwSMiD0QiM&hl=fr&sa=X&ved=0ahUKEwjqq9a2j9zVAhVMLFAKHxXeAHsQ6AEIWzAJ#v=onepage&q=formation%20%C3%A9chelle%20hamilton&f=false. Consulté le 15/06/2017.
- (16) Medsyn. Echelle de Hamilton. 2006. [En ligne] <https://www.medsyn.fr/perso/g.perrin/cyberdoc/doc/Hamilton.htm>. Consulté le 05/06/2017.
- (17) LOUKILI M. Les signes non moteurs de la maladie de Parkinson. Thèse pour le doctorat en médecine. Faculté de médecine et de pharmacie FES. Mai 2014. 155p. [En ligne] http://scolarite.fmp-usmba.ac.ma/cdim/mediatheque/memoires/e_memoires/86-14.pdf. Consulté le 17/08/2017.
- (18) EVSASE. Traitement ergothérapeutique ambulatoire de personnes avec troubles psychiques. 2013. [En ligne] <http://www.ergoterapia.ch/evidenze-et-in-salute-mentalepdf-80517200?i=1> Consulté le 27/08/2017.
- (19) Clinique de réadaptation de Chambéry. L'ergothérapie en santé mentale. 2017. [En ligne] <http://www.readaptationchambly.ca/ergotherapie-sante-mentale/>. Consulté le 09/07/2017.
- (20) Thérèse Lemprière. Les dépressions réactionnelles. Paris : Masson ; 1997 : 159p.
- (21) Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé. Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire. Mai 2002. [En ligne] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rpc_depression_2002_-_mel_2006_-_recommandations._2006_12_27__16_20_34_967.pdf. Consulté le 15/04/2018.

- (22) Garrabé J. Histoire de la psychothérapie en France. EDK, Groupe EDP Sciences. 2012. Paris. 86p. [En ligne] <https://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2012-4-p-348.htm>. Consulté le 14/03/2018.
- (23) Wildlocher Daniel. Principes des psychothérapies. Médecine et Hygiène. 2006. Paris. 122p. [En ligne] <https://www.cairn.info/revue-psychotherapies-2006-2-page-65.htm> Consulté le 29/02/2018.
- (24) Colonomos F. Qu'est ce qui guérit dans la psychothérapie. ERES. 2001. Tour. 240p. [En ligne] <https://www.cairn.info/revue-figures-de-la-psy-2001-2-page-227.htm> Consulté le 22/03/2018.
- (25) Association Française de Thérapie comportementale et cognitive. Thérapies comportementales et cognitives. 23.04.2015. <http://www.aftcc.org/les-therapies-comportementales-et-cognitives>. Consulté le 25/03/2018.
- (26) Gori R. Les TCC ne sont pas des psychothérapies. Editions Cazaubon. 2005. Paris. 52p. <https://www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2005-8-page-24.htm>. Consulté le 26/04/2018.
- (27) Mahaffey L. Occupational Therapy and Depression: Reconstructing Lives. 2007. [En ligne] <https://www.aota.org/About-Occupational-Therapy/Professionals/MH/Articles/Depression.aspx>. Consulté le 15/01/2018.
- (28) Ministère Du Travail, De La Solidarité Et De La Santé Et Des Sports. Référentiel de compétences, diplôme d'état d'ergothérapeute. 2010. [En ligne]. <http://www.unilim.fr/ilfomer/files/2012/03/R%C3%A9f%C3%A9rentiel-de-comp%C3%A9tences-DEE.pdf>. Consulté le 11/05/2018.
- (29) Université canadienne. La Société, l'Individu et la Médecine. [En ligne] https://www.med.uottawa.ca/sim/data/Health_Definitions_f.htm . Consulté le : 12/05/2018
- (30) SOINS DE SUITE ET READAPTATION FONCTIONNELLE. CAHIERS DES CHARGES SSR ADULTES. 2009. [En ligne] http://www.fhp-ssr.fr/sites/default/files/cahier_charges_adulte_socle_commun_et_specialites_janvier_10.pdf Consulté le 25/08/2017.
- (31) Costantino C. de la perte au renoncement. ERES. 2012. Toulouse. 216p. [En ligne]. <https://www.cairn.info/revue-cliniques-2012-2-page-10.htm>. Consulté le 22/03/2018.
- (32) Gaillard JP. Deuil et thérapie familiale : quels objets flottants ? Médecine et Hygiène. Paris. 2001. 106p. [En ligne]. <https://www.cairn.info/revue-therapie-familiale-2001-3-page-251.htm>. Consulté le 12/03/2018.

- (33) Le Blanc G. La vie psychique de la maladie. Edition Esprit. Paris. 2006. 220p. [En ligne]. <https://www.cairn.info/revue-esprit-2006-1-p-109.html>. Consulté le 16/03/2018.
- (34) CNRTL. Ortolang. 2012. [En ligne]. <http://www.cnrtl.fr/definition/somatiques>. Consulté le 21/03/2018.
- (35) Jean-Yves Calvez. Deuil. Edition S.E.R. Paris. 2001. 120p. [En ligne]. <https://www.cairn.info/revue-etudes-2001-11-page-475.htm>. Consulté le 22/03/2018.
- (36) Lombard M. Du compromis au sacrifice : le concept du deuil au fil du siècle. L'esprit du temps. Paris. 2010. 158p. [En ligne]. <https://www.cairn.info/revue-etudes-sur-la-mort-2010-2-page-53.htm>. Consulté le 14/04/2018.
- (37) Grunberger B. Le ça, le Moi, le Surmoi. La personnalité et ces instances. Paris. Tchou. 1998. 334p. Grde Decouverte Psychanalyse.
- (38) Paul M. L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique : l'exemple de l'éducation thérapeutique du patient. Paris. Association de recherche en soin en infirmier. 2012. 122p. [En ligne]. <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2012-3-page-13.ht>. Consulté le 24/11/2017.
- (39) Kielhofner G. Model of Human Occupation. 4^{ème} Edition. Philadelphie. Wolters Kluwer ; 2007 : 565p.
- (40) Sylvie Meyer. De l'activité à la participation. Paris. De Boeck Supérieur. 2013. 247p. Ergothérapies. [En ligne]. <http://www.deboecksuperieur.com/ouvrage/9782353271856-de-l-activite-la-participation>. Consulté le 04/05/2018.
- (41) Morel Bracq M. Modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux. 2^{ème} Edition. Marseille. Solal. 2009 : 174p. Ergothérapie.
- (42) Blanchet A. Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. 2 éditions. Paris : Armand colin ; 2007 : 126p. (sociologie ; n°128)
- (43) Kaufmann. L'entretien compréhensif. 09.03.2006 <http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/maulini/2006/sem-rech-note-lecture.pdf>. Consulté le 15/06/2018.

Annexes :

Annexe 1 : Recommandation de l'HAS 2006

I. INTRODUCTION

I.1. Thème des recommandations Les recommandations proposées sont limitées à la prise en charge de l'épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire, en dehors de pathologies organiques ou psychiatriques, notamment maniaque, antérieure ou coexistant, ou survenant à des âges ou dans des situations spécifiques (dépressions de l'enfance, de l'adolescence, du post-partum, de la ménopause, dépressions saisonnières, etc.).

La dépression constitue un problème préoccupant de santé publique, avec une prévalence à 1 an qui varie de 5 à 15 % selon les études faites en population générale. Elle atteint plus les femmes que les hommes, à tout âge, et multiplie par 30 le risque de suicide, responsable dans notre pays de 11 300 morts par an en 1996, soit 2,2 % des décès de toutes causes, taux stationnaire depuis 1991.

I.2. Gradation des recommandations Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations proposées sont classées en grade A, B, ou C : - une recommandation de grade A est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve, par exemple essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur et/ou méta-analyse d'essais contrôlés randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées ; - une recommandation de grade B est fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve, par exemple essais comparatifs randomisés de faible puissance, études comparatives non randomisées bien menées, études de cohorte ; - une recommandation de grade C est fondée sur des études de moindre niveau de preuve, par exemple études cas-témoins, séries de cas. Les autres recommandations proposées correspondent à un accord professionnel exprimé au sein du groupe de travail et du groupe de lecture.

II. CRITÈRES DIAGNOSTIQUES D'UN ÉPISODE DÉPRESSIF

II.1 Définition L'épisode dépressif, selon la 10e classification internationale des maladies (CIM-10), est défini par la présence d'un nombre minimum de symptômes (critère de sévérité) durant les 15 derniers jours (critère de durée) (tableau 1).

L'épisode dépressif caractérisé, selon le Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM-IV), répond à une définition similaire. Le terme « major » a été traduit par « caractériser » (ou « constitué ») pour éviter la confusion avec le qualificatif français « majeur » qui fait référence à une notion de sévérité. La CIM-10 répond aux aspects

Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire

ANAES / Service des recommandations et références professionnelles / Mai 2002 - 3 -

Réglementaires du codage des pathologies. Le DSM-IV est plus habituellement utilisé dans les études. Quelle que soit la classification utilisée, l'épisode est « isolé » s'il n'y a pas d'épisode antérieur connu, « récurrent » dans le cas contraire.

Chez le sujet âgé, le diagnostic d'un épisode dépressif est souvent difficile du fait de plaintes somatiques, d'un tableau pauci-symptomatique, ou pseudo-démontiel. La dépression est particulièrement fréquente au stade préclinique de la maladie d'Alzheimer. Toute dépression chez le sujet âgé comporte un risque suicidaire élevé.

Tableau 1. Critères diagnostiques d'un épisode dépressif selon la CIM-10 d'après Boyer, 1999, Dépression et santé publique. A. Critères généraux (obligatoires) G1. L'épisode dépressif doit persister au moins 2 semaines. G2. Absence de symptômes hypomaniaques ou maniaques répondant aux critères d'un épisode maniaque ou hypomaniaque (F30) à un moment quelconque de la vie du sujet. G3. Critères d'exclusion les plus couramment utilisés : l'épisode n'est pas imputable à l'utilisation d'une substance psychoactive (F10-19) ou à un trouble mental organique, selon la définition donnée en F00-F9. B. Présence d'au moins deux des trois symptômes suivants : (1) Humeur dépressive à un degré nettement anormal pour le sujet, présente pratiquement toute la journée et presque tous les jours, dans une large mesure non influencée par les circonstances, et persistant pendant au moins 2 semaines. (2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités habituellement agréables. (3) Réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité. C. Présence d'au moins un des sept symptômes suivants, pour atteindre un total d'au moins quatre symptômes : (1) Perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi. (2) Sentiments injustifiés de culpabilité excessive ou inappropriée. (3)

Pensées de mort ou idées suicidaires récurrentes, ou comportement suicidaire de n'importe quel type. (4) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer (signalée par le sujet ou observée par les autres), se manifestant, par exemple, par une indécision ou des hésitations. (5) Modification de l'activité psychomotrice, caractérisée par une agitation ou un ralentissement (signalés ou observés). (6) Perturbations du sommeil de n'importe quel type. (7) Modification de l'appétit (diminution ou augmentation) avec variation pondérale correspondante. II.2. Sévérité La CIM-10 et le DSM-IV qualifient l'épisode dépressif selon la sévérité des symptômes de : – « léger » lorsqu'il y a peu ou pas de symptômes supplémentaires par rapport au nombre nécessaire pour répondre au diagnostic ; l'altération des activités professionnelles, des activités sociales courantes, ou des relations avec les autres est seulement mineure ; – « sévère sans caractéristiques psychotiques » lorsque plusieurs symptômes supplémentaires par rapport au nombre nécessaire pour répondre au diagnostic sont présents, et que les symptômes perturbent nettement les activités professionnelles, les activités sociales courantes ou les relations avec les autres ; – « sévère avec caractéristiques psychotiques » lorsque s'ajoutent aux symptômes typiques de l'épisode dépressif sévère des idées délirantes ou des hallucinations, concordant ou non avec le trouble de l'humeur ; – « modéré » lorsque les symptômes et altérations des activités professionnelles, des activités sociales courantes, ou des relations avec les autres sont comprises entre ces deux extrêmes.

Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire

ANAES / Service des recommandations et références professionnelles / Mai 2002 - 4 -

III. PRISE EN CHARGE EN AMBULATOIRE D'UN ÉPISODE DÉPRESSIF ISOLÉ

III.1 Principes généraux

La démarche à suivre et les objectifs à atteindre sont les suivants :

- affirmer le diagnostic de dépression, et apprécier le risque suicidaire (accord professionnel) ;
- rechercher des troubles psychiatriques (y compris la prise d'alcool ou de drogues) ou somatiques (en particulier des troubles vasculaires, endocriniens, ou des maladies neurologiques dégénératives) antérieurs ou associés, qui, s'ils sont présents, sont à prendre en compte dans le choix du traitement (accord professionnel) ;
- évaluer les incapacités fonctionnelles : une décision d'arrêt de travail, ou d'aménagement des horaires de travail, la mise en place d'aides sociales, dépendent de cette évaluation (accord professionnel) ;
- informer le patient, et s'il en est d'accord son entourage, sur la nature des troubles dépressifs, les effets bénéfiques et indésirables du traitement (grade A), et définir avec lui un projet

thérapeutique qui doit obtenir son adhésion afin d'éviter les abandons de traitement et être réévalué régulièrement (accord professionnel) ; – informer le patient, après amélioration symptomatique, et s'il en est d'accord son entourage, des signes précoces de rechute (accord professionnel).

Une consultation psychiatrique est recommandée (accord professionnel) : – quand la situation nécessite un avis psychiatrique, notamment s'il existe une possible incidence médico-légale, en cas de contexte familial difficile, ou en cas de comorbidité psychiatrique ; – quand il n'est pas possible d'instaurer une véritable « alliance thérapeutique » ; – en cas de réponse insuffisante au traitement dans les 8 à 12 semaines, ou plus tôt selon la sévérité des symptômes ; – à n'importe quel moment de la prise en charge si le patient le souhaite.

L'hospitalisation en milieu psychiatrique est recommandée dans les cas suivants (accord professionnel) : – en cas de risque suicidaire correspondant à la crise suicidaire « d'urgence élevée » selon les propositions de la conférence de consensus d'octobre 2000 sur la crise suicidaire, toute autre situation devant être évaluée au cas par cas ; il peut être nécessaire de recourir aux dispositions de la loi du 27 juin 1990 ; – dans certaines formes sévères, en cas de symptômes psychotiques ou somatiques sévères associés ; – à chaque fois qu'une situation particulière l'exige : un entourage social ou familial insuffisant, l'impossibilité de maintenir les nombreux contacts nécessaires à la réassurance du patient, l'insuffisance de réponse au traitement en sont des exemples.

Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire

ANAES / Service des recommandations et références professionnelles / Mai 2002 - 5 -

III.2 Moyens thérapeutiques

III.2.1. Les antidépresseurs Toutes les classes thérapeutiques ont montré leur efficacité dans l'épisode dépressif.

Il n'a pas été démontré de différence d'activité statistiquement significative entre les imipraminiques et les ISRS et ISRSNA chez les patients traités en ambulatoire. Le risque d'abandon de traitement toutes causes confondues ou à cause d'un effet indésirable est plus faible sous ISRS et ISRSNA que sous imipraminiques, de manière statistiquement significative (la réduction du taux d'abandons sous ISRS et ISRSNA est d'environ 4 %). Les ISRS et ISRSNA sont donc considérés comme mieux tolérés, notamment à long terme.

Le choix d'un antidépresseur repose préférentiellement sur quelques critères spécifiques :

– l'utilisation thérapeutique d'effets latéraux (par exemple, recherche de sédation, d'anxiolyse, ou de stimulation) (grade C) ; – l'indication préférentielle d'une classe thérapeutique dans certaines comorbidités psychiatriques, par exemple les ISRS pour les troubles obsessionnels (grade C) ; – le respect des contre-indications (comorbidités organiques) et des risques d'interactions médicamenteuses selon les résumés des caractéristiques des produits inscrits dans le Vidal.

En l'absence d'indications particulières, il est recommandé de choisir l'antidépresseur le mieux toléré, le moins dangereux en cas d'absorption massive, et le plus simple à prescrire à dose efficace (grade C). Les ISRS, ISRSNA, et autres antidépresseurs non imipraminiques non IMAO obéissent le mieux à ces exigences. Les différents antidépresseurs couramment utilisés en médecine générale doivent être utilisés aux doses efficaces spécifiées pour chaque molécule. La relation entre efficacité clinique et concentration plasmatique est probable pour les imipraminiques et la venlafaxine, les données les plus solides concernant l'imipramine. Ce n'est pas démontré pour les ISRS, bien que certaines études aient montré l'intérêt d'augmenter les doses chez des patients qui présentent un épisode dépressif sévère.

III.2.2. Les psychothérapies Une psychothérapie est un acte technique qui implique une formation spécifique du thérapeute (psychiatre, médecin généraliste, psychologue) en référence à un modèle théorique. Elle peut être ou non associée à un traitement antidépresseur.

Les psychothérapies cognitives et cognitivo-comportementales, les psychothérapies de soutien et les psychothérapies inter-personnelles ont fait l'objet d'études contrôlées dans les dépressions d'intensité légère à modérée. Les psychothérapies d'inspiration analytique, instituées au mieux à distance de la phase aiguë, constituent, pour certains patients, un recours utile.

D'autres formes de psychothérapies (relaxation, psychodrame, thérapies conjugales ou familiales) répondent à des demandes particulières.

Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire

ANAES / Service des recommandations et références professionnelles / Mai 2002 - 6 -

La qualité de la relation médecin-malade fondée sur l'empathie et sur la force de conviction du médecin quant à l'aide qu'il apporte à son patient est dans tous les cas d'une particulière importance.

III.2.3. L'électro convulsivothérapie

L'électro convulsivothérapie, traitement efficace de la dépression, n'entre pas dans le champ de cette recommandation sur la prise en charge ambulatoire. Ses indications répondent aux recommandations publiées par l'ANAES en avril 1997.

III.3. Stratégies thérapeutiques en ambulatoire

III.3.1. En première intention Dans l'épisode dépressif léger à modéré, les antidépresseurs et les psychothérapies sont efficaces (grade A pour les antidépresseurs, grade B pour les psychothérapies cognitivocomportementales, grade C pour les autres psychothérapies, accord professionnel pour la psychanalyse). L'association antidépresseurs-psychothérapie n'a pas fait la preuve d'une plus grande efficacité que la psychothérapie seule dans ces formes légères à modérées (grade C).

– En cas d'épisode dépressif léger, une psychothérapie est proposée en première intention, en fonction de l'accessibilité de ce type de traitement et des préférences du patient (accord professionnel) ; sinon, les antidépresseurs peuvent être proposés. – En cas d'épisode dépressif modéré, les antidépresseurs sont proposés en première intention (accord professionnel) ; l'association antidépresseurs-psychothérapie peut être proposée en cas de difficultés psychosociales ayant un retentissement marqué sur la vie du patient (accord professionnel).

Dans l'épisode dépressif sévère, les antidépresseurs sont indispensables (grade A). L'association antidépresseurs-psychothérapie peut être proposée (grade C). Les antidépresseurs peuvent être associés aux neuroleptiques dans les formes psychotiques (accord professionnel).

La fréquence optimale des consultations n'a pas fait l'objet d'études spécifiques et dépend de la sévérité des symptômes : chaque patient présente un « cas » trop particulier pour permettre d'énoncer une recommandation générale. On peut seulement rappeler les principes suivants :

– en début de traitement, il est recommandé d'informer le patient qu'il peut disposer d'un recours médical 24 heures sur 24 ; une consultation doit être prévue rapidement, notamment pour « accompagner » le malade durant cette période où le traitement n'est pas encore efficace, mais peut déjà poser des problèmes de tolérance ; pendant les premières semaines un rythme de consultation au moins hebdomadaire est souvent nécessaire ; – ensuite, le rythme des consultations dépend de la sévérité des symptômes, de l'efficacité et de la tolérance du traitement ;

Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire

ANAES / Service des recommandations et références professionnelles / Mai 2002 - 7 -

– une réponse insuffisante au traitement exige des consultations plus fréquentes, et le cas échéant, une consultation spécialisée voire une hospitalisation. Il est recommandé au cours des consultations : – d'apprécier le risque suicidaire (grade C) ; – de préciser au patient déprimé, afin d'éviter les abandons de traitement liés à une sous-évaluation des bénéfices et/ou une focalisation sur les effets secondaires (accord professionnel) : • la manière et le moment de prendre ses médicaments, • le délai avant l'apparition des effets positifs du traitement, • la nécessité de la poursuite du traitement même après amélioration, • les possibilités de contacts en cas de questions ou de problèmes, • la nécessité d'un avis médical avant l'arrêt du traitement ; – d'augmenter progressivement les doses des antidépresseurs dont l'effet est probablement dose-dépendant jusqu'à la dose recommandée, par exemple 150 mg par jour pour la plupart des imipraminiques, pour permettre une adaptation aux effets secondaires (grade C) ; les doses thérapeutiques sont généralement moins élevées chez le sujet âgé ; – d'évaluer la réponse au traitement, l'observance, les effets secondaires (grade C) ; – de limiter la quantité de médicaments prescrits à la quantité nécessaire pour le traitement entre deux consultations afin de limiter les conséquences somatiques en cas d'absorption massive (accord professionnel).

III.3.2. En seconde intention (réponse partielle ou non-réponse au traitement initial)

Il est recommandé de : – rechercher systématiquement un manque d'observance et en rechercher la cause (troubles psychologiques, environnement défavorable – qui peuvent nécessiter une prise en charge non médicamenteuse —, mauvaise tolérance du traitement) (accord professionnel) ; – réévaluer le diagnostic et rechercher une cause organique (par exemple troubles vasculaires, troubles endocriniens, maladie neurologique dégénérative), ou psychologique (environnement défavorable, troubles de la personnalité, prise d'alcool), ou iatrogénique, qui peuvent expliquer une non-réponse ou une réponse partielle au traitement malgré une bonne observance (accord professionnel) ; – modifier et ajuster la proposition

thérapeutique en fonction de l'appréciation de la gravité des symptômes lors des consultations, comme résumé sur la figure 1.

Annexe 2 : Entretien 1

1 **Ok. Alors du coup la première question, quand tu reçois un patient en séance je voudrais**
2 **savoir dans un premier temps ce que tu fais quand tu te rends compte qu'il souffre de**
3 **dépression et en l'occurrence de dépression réactionnelle.**

4 X : qu'est-ce que je fais ? et bien j'avoue je n'en sais rien, ça dépend de la personne, comment
5 elle le montre mais c'est clair que je ne vais pas du tout rentrer dans la prise en charge
6 rééducative. On va essentiellement parler.

7 **D'accord**

8 X : voilà après en fonction de si je sens qu'elle veut parler de quelque chose, je vais la laisser
9 parler et si je sens qu'elle ne veut pas dire de chose, on va essayer de passer à autre chose pour
10 essayer à ce que la personne se change un peu les idées et le relais fait avec la psychologue que
11 j'appelle pour savoir si elle a déjà rencontré cette personne et ce serait peut-être pas mal si elle
12 pouvait la rencontrer.

13 **Ok. Est-ce que toi tu as comment dire, une technique ou une méthode pour évaluer ou**
14 **quelque chose en particulier ou est-ce que ça passe par la parole comme tu l'as dit ?**

15 X : non. L'écoute et la parole.

16 **D'accord. Est-ce que tu ressens toi le besoin d'avoir un outil ou est-ce que tu penses que**
17 **comme ça sans ...**

18 X : non plus par ce que ... le médecin doit certainement être au courant et c'est plus son rôle à
19 elle d'écouter et d'évaluer, après moi je me sens plus d'être à l'écoute et de laisser la personne
20 se livrer si elle en a besoin.

21 **Ok. Une dernière question par rapport à ça. Est-ce que, quand tu fais tes évaluations, que**
22 **tu reçois la personne, comment tu l'intègres dans ta prise en charge cette dépression ?**

23 X : eh bien du coup ça correspond bien à une de mes patientes, qui effectivement est assez
24 déprimée et qui a des antécédents de dépression et qui par exemple a beaucoup de bilans qui ne
25 sont pas possibles.

26 **D'accord**

27 X : tant pis. Next. On passe à autre chose et si on ne peut pas avancer les bilans, on n'avance
28 pas les bilans. Je ne sais pas quoi te dire de plus.

29 **En fait je voulais savoir par-là, quelle importance tu accordais, à la dépression si tu le**
30 **faisais passer avant ou si tu le faisais passer après dans tes objectifs est-ce que ça constitue**
31 **en soi un objectif finalement ?**

32 X : non pour moi ce n'est pas... moi en tant qu'ergothérapeute, je ne me fixe pas comme objectif
33 de guérir la dépression mais ça peut être un facteur primordial à prendre en compte comme la
34 fatigue.

35 **Comment tu dirais alors ?**

36 X : Euh, un principe, voilà pour moi c'est plus un principe qu'un objectif et qu'après mes
37 objectifs vont quand même être en lien le plus souvent avec la fatigue, avec la douleur ; on
38 s'adapte à ça. C'est donc plus un principe qu'un objectif pour moi.

39 **Ok**

40 **Du coup est-ce que pendant la prise en charge, maintenant toi tu apportes des**
41 **modifications dans ce que tu proposes dans ton comportement ?**

42 X : ah ben oui quand je vois que la personne elle est pas du tout dans sa prise en charge, parce
43 qu'elle pleure, parce qu'elle exprime ses peurs, lorsqu'elle montre sa dépression, soit j'arrête
44 l'exercice et puis si la personne se sent de parler elle parle, soit si elle ne se sent pas mais qu'elle
45 n'est pas non plus dans la rééducation c'est vrai que quelquefois ça ne sert à rien de s'acharner
46 et elle remonte dans sa chambre ou elle fait autre chose. Soit, je lui demande ce qu'elle a envie
47 de faire, pour lui changer un peu les idées et s'il y a un exercice qu'elle apprécie
48 particulièrement je vais peut-être plus m'orienter là-dessus même si au niveau rééducation ça
49 n'apporte rien, ou en tout cas pas grand-chose...

50 **D'accord.**

51 X : ... en rééducation fonctionnelle

52 **Du coup quand tu dis que tu apprécies... Euh... Quand elle apprécie la personne une**
53 **activité, finalement ici qu'est-ce que tu cherches à faire en proposant une activité en**
54 **particulier ?**

55 X : ben à lui changer les idées

56 **D'accord**

57 X : qu'elle ne se morfonde pas, qu'elle ne tombe pas dans ses idées noires et essayer de lui
58 changer

59 **Ok. Donc je vais employer un terme un peu technique, est-ce que c'est l'engagement que**
60 **tu cherches ici à favoriser ? Ou est-ce qu'il y a un lien que tu cherches à créer avec la**
61 **personne ?**

62 X : ben oui

63 **Oui ?**

64 X : ben oui qu'elle soit dépressive ou pas. Si tu n'as pas le lien, la confiance avec la personne
65 tu ne l'emmènes nulle part. Mais après il y a des fois des personnes qui sont des murs et qui ne
66 veulent pas parler et si elles se bloquent et qu'elles ne veulent pas parler ben moi je vais essayer
67 et si elles ne veulent pas tant pis. C'est là que je vais essayer de changer d'activité pour pouvoir
68 faire quelque chose.

69 **D'accord**

70 **Et quelque part quand tu parles tu cherches peut-être à connaître les raisons ou juste à**
71 **...**

72 X : quand je parle avec la personne ? Oui j'essaye de savoir ce qui ne va pas, s'il y a une crise,
73 pourquoi particulièrement aujourd'hui

74 **Ok.**

75 **Est-ce que tu connais du coup le MOH ou pas du tout ? Le modèle de l'occupation**
76 **humaine ?**

77 X : oui de nom

78 **De nom ?**

79 X : oui, après on a peut-être dû le voir en cours, mais je ne peux rien te dire de plus là-dessus.

80 **Ok, et le processus de deuil ?**

81 X : Idem

82 **Tu peux m'expliquer pourquoi ?**

83 Bah, je ne sais pas, je ne les connais pas assez pour les utiliser comme ça ...

84 **Ok, question suivante : du coup tu en as un petit peu parlé toute à l'heure. Euh tu m'as**
85 **dit, quand tu vois quelqu'un en dépression, qu'il n'a pas le moral d'une manière plus**
86 **générale, tu préviens la psychologue, est-ce qu'il y a vraiment des modalités de**
87 **coopération particulière ?**

88 X : non à part les réunions d'équipe tous les lundis...

89 **D'accord**

90 X : ... finalement, non je pense que si ça va assez de pair, globalement il y a une bonne
91 coopération de l'équipe et qu'on se voit tous les lundis pour parler des patients et on se relance
92 assez régulièrement, quelquefois elle vient ici et elle me dit « je voudrais te parler de monsieur
93 un tel » et moi des fois je vais la revoir, « est-ce que tu as vu madame un tel ? » etc etc... Je
94 pense qu'il y a une bonne communication.

95 **Ok. Et est-ce que par la suite vous mettez des choses en place au niveau de l'équipe ?**

96 X : par exemple quoi ?

97 **Est-ce que vous mettez en place un procédé, vous savez qu'il faut d'abord l'envoyer chez**
98 **le psy ou bien ensuite en ergothérapie. Tu vois est-ce qu'il y a des décisions qui sont prises**
99 **de manière collective pour traiter cette dépression ?**

100 X : non je pense que... là je n'ai pas d'exemple en tête, ça ne s'est pas encore fait mais c'est
101 sûr que la psychologue est là à toutes les réunions et qu'on insiste bien... on est toutes là, le
102 médecin, tous les thérapeutes, les aides-soignantes etc... on essaye vraiment de discuter
103 ensemble. Après est-ce qu'il y a des choses spécifiques qui sont mises en place, là je n'ai pas
104 d'exemple en tête mais s'il y a besoin je pense que ça peut se faire.

105 **Du coup une dernière question.**

106 **Est-ce que tu penses que l'institution, donc le SSR en général, permet de prendre vraiment**
107 **efficacement en charge un patient avec une dépression réactionnelle ?**

108 X : Euh... non je ne pense pas. Je ne sais pas...

109 **C'est vraiment ton avis je veux, qu'est ce qui pourrait faire obstacle.**

110 X : non je ne pense pas parce qu'il y a beaucoup de facteurs enfin bon, il y a la dépression
111 associée mais souvent on va retrouver de la douleur, toutes les consultations à faire à côté, la
112 rééducation en ergo, la rééducation en kiné enfin voilà il y a vraiment trop de choses qui font
113 que la dépression n'est pas prioritaire. Donc elle est prise en compte mais est-ce que c'est
114 efficace, je n'en sais rien.

115 **D'accord.**

116 X : Je ne pense pas

117 **Donc toi c'est l'aspect multi factoriels qui fait que c'est difficile en SSR de...**

118 X : oui je pense et puis le fait que... alors ça va un peu mieux nous, quand on avait par exemple
119 trois personnes prises en même temps, ben tu ne pouvais absolument pas passer du temps avec
120 la personne. Elle pleurait mais tu l'écoutais cinq minutes parce qu'il y en avait d'autres qui
121 t'attendaient donc ça aussi je pense que c'est un frein à la bonne prise en charge.

122 **D'accord. Ok. Et d'une manière encore plus générale est-ce que tu penses qu'en France
123 on est ouvert à cette problématique ?**

124 X : euh... je n'en ai aucune idée. Je ne sais pas, peut-être que ça se fait de manière spontanée
125 tu prends la personne dans sa globalité, donc ça se fait pour tout le monde de manière spontanée.
126 Donc on n'en parle pas directement mais après... je n'en sais rien en fait.

127 **Oui... mais après est-ce que ça te manque des fois quand tu es dans des situations où la
128 personne est au fond du trou pour ainsi dire et puis en fait tu ne sais pas...**

129 X : oui ça m'est arrivé d'être des fois démunies ou face à une personne ben... je ne peux pas
130 avancer avec elle, il y a un malheur qui est trop profond, et on ne peut pas avancer.

131 Et bien souvent tu n'as pas forcément de réponse parce qu'elle est en rééducation pour se
132 rééduquer donc tu essayes de continuer. Oui plusieurs fois ça m'est arrivé de me dire ben je ne
133 sais pas quoi faire avec cette dame parce qu'elle ne va pas bien.

134 **Ok c'est bon.**

Annexe 3 : Entretien 2

1 **Du coup quand tu prends en charge un patient en SSR, et que tu te rends compte qu'il est**
2 **atteint de dépression, plus vulgairement on dit qu'il n'a pas le moral, qu'est-ce que toi tu**
3 **fais, qu'est-ce que tu mets en place ?**

4 X : je pense que déjà la première étape c'est la relation en fait. Bon moi pour le coup je fais des
5 remplacements donc tu vois ça arrive tu rencontres comme ça cash une personne qui
6 effectivement a un syndrome dépressif, il va falloir accentuer sur la relation, sur le lien de
7 confiance et par exemple, moi c'est ma technique, je veux trouver une activité qui correspond.
8 Souvent ça va être « ah non ça je n'aime pas ou ah non je n'y arriverai pas » ce côté négatif
9 dans la réaction dans le refus de participation, donc voilà je ne veux pas aller à la confrontation.

10 **D'accord**

11 X : je change, j'essaie de trouver autre chose, de comprendre pourquoi voilà, ça va être vraiment
12 essayer de ne pas rentrer dans le conflit.

13 **Ok. Quand tu dis « essayer de comprendre pourquoi » en fait, pourquoi le patient en est**
14 **là ?**

15 X : non, enfin, si ça fait aussi partie de l'étape. Je te dis aussi c'est le problème d'une
16 remplaçante, je parle vraiment de mon vécu, pas de ce qu'il y a à faire, je suis là une semaine,
17 je n'ai pas envie de lui faire reraconter sa vie. Pour moi c'est souvent leur parler, ça remue trop,
18 donc pour une semaine ce n'est pas la peine de revenir là-dessus. En revanche, pourquoi pas
19 cette activité.

20 **D'accord**

21 X : ben « pourquoi tu dis que tu ne vas pas y arriver ? », « pourquoi ça ne te plait pas ? »,
22 « qu'est-ce qui te plairait ? », plutôt sur le versant activité.

23 **Ok, donc toi tu cibles vraiment, tu mets en avant l'activité. On en reparlera après.**

24 X : oui parce que ça dépend aussi de la pathologie de base. Ça dépend, c'est en lien avec la
25 pathologie bien sûr.

26 **Ok. Donc du coup, toujours dans cette première phase où tu rencontres le patient même**
27 **si avant il y avait déjà eu une prise en charge, est-ce que tu essayes d'évaluer ? Alors je ne**
28 **sais pas, avec un outil, pas forcément validé, est-ce que tu essayes de voir où la personne**

29 **en est dans l'acceptation du handicap ou dans son état psychologique ? Où est-ce qu'il en**
 30 **est ?**

31 X : ben oui. C'est vrai qu'en outil on est en neuro. À utiliser, nous avons KAWA, ce genre
 32 d'élément un peu métaphorique sur la situation et je trouve que déjà ça peut aussi donner une
 33 idée justement de l'acceptation et sans justement être dans le très concret dans le terre à terre.

34 **D'accord.**

35 X : ça vient imaginer et permettre de mettre en mot ce qui n'est pas forcément possible comme
 36 ça de façon brute.

37 **Ok. Donc finalement c'est favoriser l'expression. Essayer de passer par les mots, la parole.**

38 X : oui

39 **Ok et donc quand tu fais ça, tu le fais dans quel but ? C'est pour l'aider à avancer ? C'est**
 40 **pour mesurer où il en est ?**

41 X : ben c'est les deux

42 **C'est les deux**

43 X : tu ne peux pas l'aider à avancer si tu ne sais pas où il en est. Moi j'ai utilisé le cycle de
 44 PROCHASKA

45 **D'accord**

46 X : tu vois ce que c'est ?

47 **Non je ne connais pas**

48 X : ben c'est justement le cycle de changement, renseigne-toi c'est génial. Ça va aussi avec le
 49 processus de deuil, le processus de changement et c'est vraiment cette idée circulaire et que tu
 50 ne peux pas aider la personne à avancer si elle est déjà dans le déni. En fait il y a toutes ces
 51 étapes et donc forcément percevoir où en est la personne améliore l'efficacité de la prise en
 52 charge et après rien que dans l'échange, avec deux ou trois questions tu peux percevoir où en
 53 est la personne. Que ce soit l'étape du déni, l'étape de l'acceptation. Avec quelques questions
 54 tu peux t'en rendre compte.

55 **Ok. Du coup tu m'as dit que tu utilisais le cycle de PROCHASKA et donc par rapport à**
 56 **tout c'est ce qu'il y a d'autres concepts d'autres modèles que peut-être tu utilises. Tu m'as**

57 **déjà parlé du modèle KAWA. Est-ce que tu connais d'autres outils que tu arrives à**
 58 **appliquer ?**

59 X : alors je t'avoue que clairement l'application je la trouve difficile en fait

60 **Oui ?**

61 X : je sors de l'école aussi. Des théories il y en a plein, des trucs sur lesquels on voudrait
 62 s'appuyer. On nous a appris à nous appuyer dessus, plein de trucs qui nous paraissent pertinent,
 63 après réellement je trouve ça difficile parce ce que, des sessions d'une demi-heure, pour faire
 64 des bilans tu t'y prends sur quatre jours

65 **Oui ?**

66 X : parce que deux patients en même temps, et la réalité fait que vraiment je trouve ça dommage
 67 et qu'il y a un peu un côté bâclé et on le fait un peu plus au feeling que justement en s'appuyant
 68 sur des SIPA et là en six mois d'expérience c'est une vraie analyse, un vrai constat que je fais
 69 de ma pratique et justement je suis déçue et effectivement ça me donne envie de m'appuyer sur
 70 les différents supports que l'on connaît pour t'en citer d'autres que je trouvais intéressants, le
 71 cycle de PROCHESKA il est bien, le MOH je trouve ça pas mal, le MCRO aussi. Avec cette
 72 liste non exhaustive. Et puis souvent la difficulté c'est de trouver des choses signifiantes, parce
 73 que les dépressifs ils n'aiment rien, ils n'ont envie de rien et au moment justement de la
 74 rencontre, de cette prise de contact, y a rien qui vient et dans la prise en charge, pour vraiment
 75 être encore une fois au plus proche du théorique et au plus signifiant possible, on manque de
 76 moyens. Donc soit tu vas faire appel à la famille pour demander quels étaient les loisirs, ou
 77 avec le temps et justement la confiance est le truc qui se met en place, c'est possible de soutirer
 78 quelques trucs mais vraiment voilà un outil aussi qui permettrait ... une grosse liste que j'ai
 79 jamais vu, un truc qui reprend des tas d'activités possibles de notre quotidien, tu vois toutes ces
 80 activités qu'on peut proposer, tu vois du tricot, des machins, mais vraiment voilà un truc énorme
 81 à mettre en face de la personne et voilà Un moyen pour venir stimuler parce qu'il y en a qui
 82 ont des activités et qui ne sont même pas capables de les dire et puis c'est après quand tu poses
 83 la question « Ah vous faites des mots croisés ? » « Ah si si... » Tu vois les mots croisés ça leur
 84 ne vient pas...

85 **Ah d'accord. Toute à l'heure tu m'as dit qu'on essaye de voir un peu avec la famille. Tu**
 86 **cherches des fois à t'inspirer, à utiliser l'environnement, aussi bien matériel, physique,**

87 **qu'humain de la personne, pour essayer de contrer un peu l'apathie et les symptômes de**
 88 **cette dépression.**

89 X : ici je dirai même plus humain que matériel, parce que tu entends quoi par matériel ?

90 **L'environnement matériel fixe, c'était comment les activités de la personne avant ?**
 91 **Comment c'était peut-être chez lui ? Comment il procédait ?**

92 X : ben voilà ; là tu te fais une visite à domicile et tu vois, tu perçois ... mais c'est quelque
 93 chose qui ne se fait pas la visite à domicile, tu es plutôt en fin de prise en charge pour anticiper
 94 le retour à domicile. Donc si tu veux t'inspirer et c'est plutôt l'environnement humain qui peut
 95 te renseigner, je pense en début de prise en charge plus que matériel et puis...

96 **Ok.**

97 Du coup, juste une dernière petite relance par rapport à ça. Donc toujours pareil c'est ton début
 98 de prise en charge et puis vient le moment où tu fixes les objectifs. Moi je voudrais voir par
 99 rapport à ça, à quel niveau dans ta prise en charge tu le mets, est-ce que c'est un objectif ? Est-
 100 ce que c'est secondaire ? Primaire, ou primordial, ou secondaire tu vois ? C'est la place que tu
 101 lui accordes littéralement. Toi quand tu conçois ta prise en charge, quelle place tu lui donnes
 102 finalement ?

103 X : c'est bizarre mais je crois que je ne le mettrais pas aux objectifs. Bien sûr c'est évident il
 104 faudrait diminuer ça, pas le supprimer mais pour moi je ne sais pas je crois que c'est plutôt
 105 l'ensemble des autres objectifs qui vont permettre d'agir sur la dépression.

106 **Ok**

107 X : justement on a restauré un plaisir ancien ou fait émerger une nouvelle attirance, enfin je n'ai
 108 pas le mot pour ce type d'activité, et je n'en sais rien... obtenir...

109 **C'est quoi, c'est l'implication que tu cherches ?**

110 X : oui l'implication et même, c'est plus les moyens finalement on est plus sur les moyens que
 111 je vais employer pour agir sur la dépression mais oui c'est plus les moyens. Je ne sais pas, je
 112 ne pourrai pas trop te dire, parce qu'en fait on est justement sur une dépression réactionnelle tu
 113 vois. Je reviens sur ton mot, on n'est pas sur une dépression chronique et je pense qu'il y a
 114 vraiment une différence à ce niveau-là, on est sur du réactionnel donc justement le contexte,
 115 l'environnement, la situation fait qu'elle est dans cet état-là. Donc agissons sur

116 l'environnement, la situation, dans notre mesure, et dans ces cas-là on pourra peut-être atteindre
117 et toucher la dépression.

118 **Ok. Donc plus les moyens.**

119 X : oui

120 **Par rapport aux moyens justement ; moi je voulais savoir ; toi quand tu as un patient qui**
121 **a cette espèce de dépression réactionnelle, je voulais savoir si toi dans ta prise en charge**
122 **ou carrément dans ta façon de faire, dans ton comportement tu apportais des**
123 **modifications par rapport à un patient lambda qui est là pour sa rééducation. Est-ce que**
124 **tu penses que tu changes quelque chose dans ton approche ?**

125 X : je ne pense pas ; je ne peux pas répondre parce que pour moi c'est de l'adaptation et à tous
126 les patients on change. Y en a un on va pousser les limites, l'autre on va lui dire « merci mais
127 ça va aller ». Pour moi le comportement... enfin... je reste la même. Si tu veux, le
128 comportement il s'adapte à toutes les pathologies enfin même ceux qui n'ont pas de dépression,
129 le comportement va être un petit peu différent en fonction du caractère de la personne.

130 **Ok**

131 X : elles n'ont pas forcément le même état dépressif. Après de façon plus globale, je dirais que
132 ce qui revient le plus enfin c'est difficile de faire un topo de tous les dépressifs, mais je dirais
133 que c'est justement cet encouragement « mais si allez » tu vois c'est vraiment ça qui revient
134 dans les paroles, dans les actes « mais si vous allez y arriver », « mais si » c'est vraiment ça je
135 trouve qui revient le plus.

136 Donc c'est mettre en avant ce qu'il sait faire, son potentiel, ses capacités finalement

137 X : oui c'est ça, la valorisation bien sûre. Oui encourager d'aller au bout, encourager de pas
138 jeter l'éponge, souvent c'est « je m'arrête là » ou « non allez au bout, essayez ».

139 **C'est un rôle de soutien finalement**

140 X : oui c'est ça et au bout pour arriver à une valorisation, parce que si je le propose, je sais qu'il
141 va y arriver. On n'a pas envie de... on veut éviter l'échec forcément.

142 **D'accord**

143 X : Donc oui pour ceux qui veulent aller au bout, eux ne s'en sentent pas capable ou n'en n'ont
144 pas l'envie, ou n'en voit pas l'utilité et donc le rôle principal il est là, c'est aller au bout et une
145 fois qu'ils ont réussi, là on peut valoriser et donner un peu de confiance en soi. Mais c'est
146 vraiment pousser

147 **Ok. Favoriser la participation**

148 X : oui voilà l'engagement

149 **Ok. Du coup dans cette idée de favoriser « l'agir » le fait que le patient fasse, c'est là toute**
150 **à l'heure que tu m'as dite « j'essaye de lui proposer des activités qui lui correspondent et**
151 **qui ne le mettent pas en échec ».**

152 X : oui

153 **Du coup tout à l'heure tu m'as dit le MOH et le procédé de deuil, tu l'as évoqué, je voulais**
154 **savoir si tu les utilises ?**

155 X : non, clairement je te dis... disons que c'est là, dans un coin de la tête, avec ces grandes
156 lignes, l'environnement, le contexte, les habitudes. Ça c'est en tête. Après vraiment j'aimerais
157 prendre le temps de plus me poser, de rédiger en fait tout simplement, rédiger ça.
158 Personnellement j'écris. J'ai besoin aussi du visuel pour tout concentrer et m'appuyer dessus.
159 Et non clairement je ne prends pas le temps de me poser et de reprendre ce schéma et de remplir
160 un peu avec les infos que j'ai. Et justement qu'est ce qui me manque comme infos... ben je
161 vais à la recherche de ça pour une prise en charge plus optimale, et c'est vrai que c'est
162 dommage. Après, encore une fois c'est le côté remplacement, où tu es là une semaine et où
163 l'investissement est moindre quelque part.

164 **Ok**

165 X : voilà

166 **Dernière question. Est-ce que tu penses que le type d'institution donc la SSR, je ne parle**
167 **pas forcément de celle-là... je te parle en général... ne favorise pas non plus la prise en**
168 **charge de ses patients qui ont une maladie neuro et traumatologique, plus une dépression.**

169 X : je ne pense pas que ça ne favorise pas, enfin oui c'est ça le terme que tu as employé, ça ne
170 favorise pas...

171 **Est-ce que tu penses que ça permet de prendre en charge ? Est-ce que tu penses que c'est**
172 **adapté ? Est-ce que tu penses qu'il y a des choses à apporter ? Est-ce que tu penses...**
173 **toute à l'heure tu as dit deux patients à l'heure, donc on ne peut toujours être avec eux,**
174 **prendre le temps de parler, de prendre du recul.**

175 X : alors après tu dis justement, pas que dans la SSR, donc il y a différents types de prise en
176 charge. Des fois il y a quand même possibilité d'agir, et de faire un bon travail quand même.
177 Donc, que le SSR peut être adapté, après il y a possibilité qu'on nous donne, la liberté qu'on
178 nous donne dans notre façon de faire, tu vois

179 **Ok**

180 X : et, est-ce que tu t'accordes cette liberté finalement ? C'est comme aller faire des situations
181 en chambre ou en extérieur, dans un environnement écologique. Bon ben là je pense
182 effectivement que pour que ce soit plus optimal ça serait soit en s'appuyant sur ce genre de
183 modèle, ou en faisant de l'individuel, enfin vraiment en isolant. Mais ça c'est ta façon de bosser
184 finalement et si j'ai envie de m'appuyer sur le MOH je peux le faire. Enfin tu vois il y a une
185 difficulté institutionnelle forcément et où que ce soit, je ne pense pas qu'il y aurait d'autres
186 établissements plus adaptés. C'est juste vraiment à nous de définir quelle pratique on veut avoir
187 et que ce soit avec quelqu'un de dépressif, avec des troubles cognitifs importants. Tu vois c'est
188 quel travail je veux faire. Ça part d'abord de nous je pense et de nos intentions thérapeutiques.

189 **Ok d'accord. Finalement, l'institution n'a pas vraiment de grand impact.**

190 X : si, mais sur toutes les prises en charge. Pour moi c'est spécifique à la dépression, enfin je
191 ne sais pas, je n'ai pas assez vraiment de recul. Je dirais bien sûr, on nous facilite ou on nous
192 met des bâtons dans les roues. Je pense avant tout que ça vient de nous et de notre façon de
193 travailler et de notre relationnel et aussi du matériel à notre disposition, parce que finalement,
194 c'est ce qu'on disait, s'appuyer sur des activités qui sont signifiantes qui puissent déclencher...
195 si tu as que dalle en matériel forcément ça va être un peu compliqué de proposer des activités
196 variées, d'essayer tous les jours une nouvelle activité jusqu'à ce qu'il y ait de l'accroche, mais
197 je ne sais pas s'il y a d'autres établissements qui seraient plus pertinents. En tout cas je ne pense
198 pas que ce ne soit pas favorisant.

199 **Ok ça n'handicap pas, mais ce n'est pas favorisant.**

200 X : voilà

201 Jordi : dernière question. Est-ce que tu penses qu'en France, pendant nos études, ou même par
202 la suite, il y a des journées où toutes les publications, tu vois, tout ce qui paraît dans la littérature
203 scientifique, tu penses qu'on est assez sensible à ce sujet, assez préparé à le rencontrer ?

204 X : en tant qu'ergothérapeute

205 **Oui bien sûr**

206 X : je ne sais pas. Je pense qu'on n'est jamais assez préparé. C'est pareil pour tout en fait. Pour
207 moi c'est vrai que c'est particulier, mais la difficulté ... alors bon après la lecture c'est vrai que
208 c'est encore autre chose, parce qu'encore une fois c'est les moyens que tu te donnes. Je pense
209 que si tu veux trouver des infos et vraiment t'informer et faire un mémoire sur la dépression, je

210 ne sais pas si tu as manqué un peu de support, d'infos et d'études à ce niveau-là, mais après
211 vraiment pour le côté scolaire, la préparation à ça, je pense que c'est difficile en fait de...

212 **Si on compare par exemple à une pathologie comme par exemple l'AVC, est ce que tu**
213 **penses que...**

214 X : ben oui, le truc c'est qu'on est sur du psychique et donc voilà moi je me rappelle qu'on a
215 fait beaucoup de jeux de rôle par exemple. Je pense que c'est plus difficile de jouer quelqu'un
216 de dépressif que quelqu'un d'hémiplégique. Donc dans la préparation, c'est pareil, tu es moins
217 préparé parce qu'il y a une infinité de réactions possibles, c'est ça que je veux dire. Et c'est
218 pour ça que la psy m'attire autant. C'est que deux dépressifs avec la même pathologie et avec
219 plus ou moins un environnement socio-économique familial un peu sensible, ne réagira pas de
220 la même façon et ni à tes paroles, ni à tes propositions d'activités, ni à son hospitalisation, tu
221 vois ?

222 **Oui.**

223 X : donc comment te préparer à ça, c'est difficile. Tout ce qui est psy c'est difficile. Après c'est
224 faire de vraies rencontres. Ça nous permet de rencontrer de vrais patients et là c'est une autre
225 dynamique qui se présente. Mais je pense que c'est le terrain avant tout qui va nous former. Ce
226 qui compte, c'est d'avoir la notion des moyens à utiliser, des grandes lignes à éviter et puis
227 après il faut se lancer. Ce n'est pas évident et puis des fois tu vas te prendre des claques, mais
228 je pense que c'est comme sur l'aphasie, c'est pareil, on n'est pas préparé et tu te retrouves avec
229 des patients aphasiques. Bon ben faut se lancer. Tu vas te prendre des claques il ne va pas
230 comprendre. Bon et je pense avec l'expérience, voilà on va être de plus en plus préparé. Donc
231 c'est l'expérience et notre vécu professionnel qui va nous former.

232 **Ok pour ce type de patient.**

233 X : je ne vois pas ce qu'ils auraient pu nous proposer de plus.

234 **Après est-ce que toi tu aurais trouvé utile de plus en parler, d'être sensibilisé ? Toi**
235 **aujourd'hui tu n'aurais pas autre chose à proposer ? Est-ce que toi tu penses qu'il aurait**
236 **fallu insister là-dessus même si tu n'arrives pas à imaginer les moyens ?**

237 X : oui ben, de par l'étendue.... Si on est sur le réactionnel et le chronique, on est sur une
238 pathologie qui touche énormément de monde donc de par ce fait, bien sûr que plus on en parle
239 plus on est avisé, mais pourquoi pas. Je suis ouverte à la discussion.

240 **Ok. Ça va**

241 X : plus tu en parles, plus tu échanges avec les uns et les autres... tu vois les expériences, les

242 connaissances, plus tu en apprends, plus c'est agréable.

Annexe 4 : **Entretien 3**

1 *Tout d'abord j'aimerais savoir ce que tu fais pour un patient atteint d'une pathologie*
 2 *neurologique ou traumatologique qui souffre d'une dépression réactionnelle ?*

3 Bah euh, d'abord j'essaie d'instaurer un dialogue pour euh...comprendre les raisons de sa
 4 dépression s'il arrive à les verbaliser et sinon. Bah...je lui demande s'il souhaite que je l'oriente
 5 vers un professionnel plus adapté et ensuite ...euh en fonction de ce que ça donne j'en parle en
 6 équipe, avec les collègues ou en staff. Je n'alerte pas non plus tout le monde tout de suite si
 7 c'est juste un petit coup de mou mais si vraiment ça perdure, évidemment je fais remonter l'info.

8 *Mmmh d'accord, mais en termes d'objectif, une fois que tu as analysé que ton patient souffre*
 9 *de dépression réactionnelle, comment tu le place dans la prise en charge ?*

10 Bah une fois que je prends conscience du trouble de l'équilibre psychologique de mon patient,
 11 je vais forcément en prendre compte dans ma prise en charge, en adaptant mes activités sur des
 12 activités plus agréables pour lui, plus dans ses envies, ses goûts, ses plaisirs mais toujours en
 13 allant dans le sens des objectifs présentés en début de prise en charge. Mais ...euh, disons que
 14 je vais faire une place plus importante à la valorisation, le plaisir, l'estime de soi ...etc.

15 *Donc du coup oui voilà, après est ce que tu en fais un objectif de rééducation a proprement*
 16 *parlé ?? comme les autres objectifs de début de prise en charge je veux dire.*

17 Non je ne refais pas de nouveaux objectifs, disons que j'apporte des modifications aux objectifs
 18 initiaux et je modifie mes séances, mes activités etc...

19 *Mais du coup Est-ce que tu changes ton approche ? ton comportement dans la prise en*
 20 *soins ?*

21 Oui. Euh enfin, c'est dur à dire, je vais modifier mon approche dans le sens où je vais plus
 22 travailler sur la valorisation, que je vais insister sur la prise en compte de ses capacités, ses
 23 récupérations etc...après euh...je ne vais pas non plus lui mentir sur la prise en charge ou sur
 24 son état de santé ni sur ses incapacités mais je vais vraiment le mettre dans des situations qui
 25 lui permette de se rendre compte de ses capacités plutôt que ses incapacités.

26 Je vais aussi veiller à ne pas le mettre en situation d'échec ...enfin tu me diras c'est ce qu'on
 27 essaie même dans une prise en charge standard, mais c'est un peu utopique, quelquefois on n'a
 28 pas le choix que de mettre le patient en évaluation et donc le mettre parfois en situation d'échec.

29 Mais la du coup dans cette phase-là, je vais vraiment faire très attention à ne pas le mettre en
30 situation d'échec, pour le valoriser et l'encourager. Cela étant, on est en rééducation SRR pour
31 une pathologie neurologique ... donc on ne peut pas non plus prendre du retard parce que ça
32 risquerait ensuite d'être plus difficile ... donc tout se joue là, la difficulté je veux dire ... parce
33 que oui, forcément on va prendre en compte son équilibre psychologique, sa dépression
34 etc...mais pas au profit de la rééducation initiale, sinon on perd tout...tu vois ?

35 ***Dans le même thème, est ce que tu te bases sur des concepts, des modèles, une approche***
36 ***spécifique ?***

37 Euh non.

38 ***Et Tu peux me dire pourquoi ?***

39 Hum ...C'est anonyme hein ?

40 ***Oui Bien sûr !***

41 Bah pour être totalement honnête avec toi. Je n'ai jamais trop compris toutes ces histoires de
42 concepts, modèle et tout ça quoi...enfaite euh...comment te dire...euh...c'est bien joli sur
43 papier mais en vrai, c'est bien plus compliqué à mettre en place tu vois. Et puis en formation
44 on voit la pratique et c'est très bien je ne dis pas le contraire hein ...mais une fois que tu es
45 devant ton patient, face à une prise en charge plus ou moins compliqué, bah... ce que tu as écrit
46 sur ton papier et tous ces concepts, bah tu peux pas forcément t'en servir...

47 ***D'accord. Est-ce que pendant ta prise en charge tu évalues l'engagement du patient dans la***
48 ***thérapie ?***

49 Oui bien sûr !!! enfin tu veux dire euh...sa capacité à se positionner en tant qu'acteur dans sa
50 prise en charge c'est ça ?

51 ***Oui, enfin Comment il s'accapare sa prise en charge quoi.***

52 Mhmm, attend je réfléchis... Bah sur mon ressenti lors des bilans d'entrée je pense, ses
53 motivations, ses attentes, ses ambitions. Enfaite lors du bilan d'entrée c'est vrai que je pose
54 souvent la question « qu'attendez-vous de nous, de la prise en charge, de la rééducation » et
55 c'est vrai qu'en fonction de la réponse on se fait assez rapidement une idée de l'état d'esprit de
56 la personne, de ce qu'elle souhaite, ce qu'elle est prête à faire mais aussi de sa conscience ou
57 non de la difficulté de la prise en charge et de son handicap s'il y a.

58 Après on peut aussi se tromper sur ce type d'analyse, certain patient, consciemment ou non,
59 livre un tout autre discours que ce qu'il pense et veule vraiment donc c'est une évaluation
60 continue enfaite, presque chaque jour, une observation précise de l'attitude et du discours du
61 patient quoi.

62 ***Tu n'utilises pas de concept particulier pour ça ? tu connais le concept du MOH ?***

63 Euh. Non.

64 ***Du processus de deuil ?***

65 Euh. Non plus

66 ***Est-ce que dans une prise en charge ... enfin avec qui tu partages l'information quand tu me***
67 ***dis au début j'en parle aux autres professionnels ?***

68 Bah en staff avec toute l'équipe. Enfin non, en vrai d'abord j'en parle à mes collègues
69 ergothérapeute pour voir si elles ont le même ressenti que moi, si elles ont remarqué un
70 changement de comportement chez tel ou tel personne. Ensuite j'en parle en équipe au staff,
71 avec la psychologue, les kinés, le médecin MPR et tous les autres professionnels qui gravitent
72 autour de ce patient bien sûr !

73 ***Est-ce que, toujours par rapport à cette coopération, est ce que vous mettez quelque chose en***
74 ***place de collectif ?***

75 Bah collectif euh...oui, c'est le but d'une discussion en staff. En gros on va réfléchir ensemble
76 sur la suite à tenir mais la prise en charge derrière elle est individuelle donc au final on adaptera
77 tous notre comportement dans la même direction mais la relation et les séances resteront en
78 relation duelle tu vois ? Oui et non quoi ...

79 ***D'accord. Est-ce que tu estimes que la structure dans laquelle tu travailles et le SSR en***
80 ***général est adapté à ce type de problématique ?***

81 Non ...enfin, c'est difficile à dire. Oui et non. En même temps une pathologie psy se traite dans
82 un service adapté mais du coup plus adapté à la pathologie initiale qu'était neuro ou
83 traumato...donc que choisir ? que privilégier sans rien lâcher ? Ce n'est vraiment pas facile. Je
84 ne sais pas trop quoi te répondre euh enfin si, enfin ma réponse c'est non, je te réponds non
85 mais je ne sais pas s'il y a d'autres choix tu vois. On ne peut pas envoyer ce patient en psy pour

86 soigner sa dépression en abandonnant sa rééducation plus fonctionnelle, ça ne marcherait pas,
87 sur le plan psy non plus d'ailleurs, surtout concernant la dépression relationnelle, enfin
88 réactionnelle pardon. Mais malheureusement on n'est pas pro en rééducation pour vraiment
89 soigner la dépression. Donc on en prend compte évidemment, on ne laisse pas le patient dans
90 son mal-être mais on n'est pas forcément les mieux placés pour la prise en charge psy du
91 coup....

92 *Est-ce que tu penses que c'est un thème qui est assez abordé ...enfin je veux dire, qui*
93 *mériterait qu'on en parle plus ?*

94 Ah bah ça c'est sûr, il faut plus en parler, parce qu'aujourd'hui c'est malheureusement trop
95 cloisonné, la psy c'est la psy, la rééducation fonctionnelle c'est la rééducation fonctionnelle et
96 on les traite trop de façon séparée...sauf que tu l'as vu toi-même des fois, c'est des pathologies
97 qui se croisent, et là on est bloqué parce qu'on est bien formé à l'un mais pas à l'autre et ça
98 devient compliqué, il serait bon que ça change !

Résumé :

Au cours de leur pratique en Soins de Suite et de Réadaptation, les ergothérapeutes sont amenés à prendre en soin des personnes dont l'état physique ou cognitif est altéré, impactant leur quotidien et plus particulièrement leur manière de réaliser leurs activités. Il en résulte une situation de handicap qui peut conduire à un état dépressif. Celui-ci est dû à la non acceptation de cette perte d'autonomie et d'indépendance. Durant ce bouleversement, qui marque le début d'une phase de deuil, l'énergie psychique de la personne est absorbée par sa dépression, l'empêchant ainsi de s'investir dans ses activités et sa thérapie. Le concept du processus de deuil permet de comprendre les mécanismes psychiques à l'origine de cette carence. A travers une méthode clinique et une analyse thématique, nous nous sommes intéressés à l'application du modèle de l'Occupation Humaine et du concept du processus de deuil par les ergothérapeutes en S.S.R dans le but de favoriser l'engagement de la personne. Nous avons ainsi pu mettre en avant des éléments en faveur de l'utilisation de ces derniers.

Mots-clés :

Dépression, dépression réactionnelle, soins de suite et de réadaptation, situation de handicap, activité, engagement, processus de deuil, ergothérapie, modèle de l'Occupation Humaine, méthode clinique.

Abstract :

During their practice in post-acute care and rehabilitation, the occupational therapists have to take care of person with physical and cognitive impairment. This disabilities impact their activities of daily life. As a result, person with disabilities can have a depressed state due to the non-acceptance of their progressive lost of autonomy and independence. During this disruption, which is the beginning of the stages of grief, the psychic energy of the person is absorbed by his depression that prevent him to invest himself in his activities. This lack of engagement is also reflected in his therapeutic. The notion of the grieving process enables us to understand the psychic mechanisms driving this lack. Using a clinical research method and thematical analysis, we focused on the occupational therapist prospective application of this models in rehabilitation center in order to enhance the involvement of the person. So, we have pointed many elements that belongs to an application of these latter two.

Keywords :

Reactional depression, post-acute care and rehabilitation, psychic energy, activity, commitment, mourning process, occupational therapy, human occupation model, clinical method.