

Tables des matières

1. Introduction	2
2. Question de recherche et problématique	3
2.1 Définitions des concepts.....	4
3. Méthodologie	10
3.1 Bases de données.....	10
3.2 Mots-clés et équation de recherche.....	11
3.3 Périodiques, ouvrages consultés.....	11
3.4 Autre ressource.....	12
4. Résultat de recherche	12
5. Analyse critique des articles	13
6. Comparaison des résultats	20
7. Discussion et perspectives	25
7.1 Question et résultats.....	25
7.2 Les compétences et interventions infirmières.....	27
7.3 Référence théorique.....	29
7.4 Eléments inattendus.....	31
7.5 Recommandations pour la recherche infirmière.....	31
7.6 Recommandations pour la pratique clinique.....	32
7.7 Limites de la revue de littérature.....	33
8. Conclusion	34
9. Bibliographie	36
9.1 Liste de références bibliographiques.....	36
9.2 Liste bibliographique.....	38
10. Annexe	40
10.1 Grille d'analyse vierge.....	40
10.2 Questionnaire de BECK.....	41
10.3 CD-ROM.....	43

1. Introduction

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est la troisième cause de mortalité en Suisse après les maladies cardiovasculaires et les cancers, ainsi que la première cause d'invalidité acquise de l'adulte de plus de 65 ans. (Giroud, Jaquin, Béjot, 2011, p.17). Son apparition brutale effraie, les signes avant-coureurs sont peu connus.

L'AVC est comme son nom l'indique, un accident. Comme tel il est imprévisible, inévitable, foudroyant. Les conséquences engendrées par un AVC peuvent être lourdes : handicaps visibles comme l'hémiplégie, par exemple, ou invisibles comme certains troubles cognitifs,

Lors de nos stages respectifs dans un service de neuroréhabilitation, nous nous sommes aperçus que la prise en soin des patients se portait essentiellement sur ces pertes et que le vécu, le ressenti et l'aspect psychologique des patients semblaient peu pris en compte. Certaines études démontrent qu'entre 30 et 40% des patients victimes d'un AVC présentent des symptômes dépressifs. (Turner, 2010, p. 11). Ce qui peut avoir un impact négatif sur leur qualité de vie, la rééducation, voire prolonger l'hospitalisation.

Nous avons été surpris de la variété des lésions et des symptômes neurologiques propres à chacun avec toutes un point en commun : le bouleversement de leur vie. En tant qu'infirmier, il est de notre rôle de nous adapter aux déficits, difficultés et ressources de la personne et de l'accompagner dans ce processus de réadaptation. Pour les patients, l'acceptation de leur perte d'indépendance, partielle, complète, momentanée, définitive est une phase clé d'un cheminement de deuil. Accepter, accueillir un corps parfois changés souvent différents. Et peu importe la ou les lésions occasionnées, l'aspect psychologique était pour tous, un dénominateur commun.

Durant ce stage, nous avons été interpellé, par le courage, la force morale, le combat quotidien de ces personnes lors de leur réadaptation.

Par ailleurs, nous avons constaté qu'à l'hôpital, les patients sont dans une sorte de bulle protectrice, mais que lorsqu'ils retournent à domicile, ils se retrouvent confrontés, de manière plus aigüe à leur perte d'indépendance. C'est souvent dans ce cadre qu'une dépression peut survenir. L'isolement social, le fait de ne plus pouvoir pratiquer certaines activités voire la perte momentanée ou définitive de son emploi, sont des événements cataclysmiques dans une vie et peuvent conduire à la dépression. Il est de notre rôle infirmier de contribuer à son dépistage, de la prévenir au travers de soins spécifiques, optimaux et centrés sur la personne et de l'accompagner en cas de diagnostic. Cette prise en soin infirmier se doit d'être holistique.

La première partie s'intitulant « Question de recherche et problématique » permet de se rendre compte plus précisément des raisons qui nous ont amené à choisir la dépression post-AVC dans un contexte de réhabilitation comme sujet principal. Nous aborderons également l'importance du rôle infirmier dans la prévention de cette problématique.

Par la suite nous présenterons notre méthode de recherche, l'analyse critique des articles, leurs éléments clés et les répercussions sur la pratique. La partie discussion permettra d'apporter des réponses à notre question de recherche, d'exposer notre point de vue professionnel et de discuter des implications pour la pratique clinique et la recherche infirmière.

Nous espérons que ce travail suscitera l'intérêt des professionnels de la santé travaillant dans un contexte des neurosciences.

2. Question de recherche et problématique

Pour commencer nous allons présenter notre question de recherche et son origine.

Nous avons utilisé la méthode PICOT qui nous a semblé pertinente et précise car elle décrit la population choisie (P), l'intervention (I), les résultats attendus (O) et le temps (T).

La comparaison (C) étant optionnelle, nous avons choisi de ne pas l'inclure dans notre question de recherche puisque nous n'avons pas de comparaison à faire. Notre questionnement est :

« Quel rôle infirmier dans la prévention de la dépression post-AVC en neuroréhabilitation ? »

PICOT :

Population : (P)	Adulte ayant subi un AVC
Intervention : (I)	Détection, prévention de la dépression et accompagnement en cas de diagnostic
Comparaison : (C)	-
Outcomes : (O)	Prévention de la dépression post-AVC
Times : (T)	Durant la réhabilitation

Selon la revue de littérature Suisse (2010), « A partir des années 1970, Robinson et coll. ont entamé des travaux pionniers dans le domaine de la dépression post-AVC qui, selon les dernières données épidémiologiques, affecte un tiers des survivants. » p.750

Notre motivation à choisir ce sujet s'est avant tout basée sur ce que représente l'AVC pour le patient et pour nous en tant que futur professionnel de santé. La brutalité de l'AVC représente un challenge entre l'acceptation de celui-ci et les pertes qu'il occasionne chez les patients. Mais c'est aussi un challenge pour l'équipe soignante qui accompagne ces patients qui vivent un événement bouleversant toute leur vie et dont les symptômes sont propre à chacun et peuvent parfois passer inaperçus, dont la dépression.

Nous avons remarqué que la réadaptation physique prend une place extrêmement importante, en terme de temps, dans la réhabilitation et que l'aspect psychologique semble avoir une part nettement moins conséquente dans l'organisation des soins du patient. En effet, de nombreux intervenants transitent autour de la personne et la majeure partie du planning en réhabilitation est consacrée à la rééducation physique ou cognitive. Il nous semble qu'il y a peu d'espace offert pour aborder la dimension psychologique dans ce planning. Il va de soi qu'après ces brusques changements, il y a une étape normale du processus d'adaptation, où les états psychologiques sont plus instables, fragiles. C'est pour cela qu'il est de notre rôle infirmier de les identifier, de détecter des symptômes annonciateurs d'une possible dépression. Dans une optique de soins individualisés, il nous faudrait être attentif aux différents facteurs de risques et facteurs protecteurs appartenant à la personne, d'où l'importance de la considérer dans sa globalité.

La dépression peut en outre, avoir un aspect tabou si le patient n'a jamais été confronté à cela auparavant. De plus, aborder l'aspect psychologique avec le patient peut être vécu comme une

intrusion dans sa sphère intime. C'est pour cette raison que ce n'est pas systématiquement eux qui vont demander de l'aide.

L'infirmière joue un rôle essentiel dans cette optique d'être attentif à l'état psychologique du patient car elle a une vue d'ensemble en étant proche de lui et est présente 24h/24h. Elle devrait être capable de détecter les symptômes dépressifs et de faire en sorte que le patient se confie à elle. Pour ce faire l'infirmière doit créer une alliance thérapeutique ainsi qu'une relation de confiance avec la personne afin de lui offrir un accompagnement ciblé et adapté à ses besoins. Beaucoup d'articles abordent la thématique de la dépression post-AVC sans spécifier le rôle de l'infirmier face à la dépression.

Le fait que l'hospitalisation prive les patients de leurs liens sociaux favorise leur solitude et renforce un état dépressif. Dans ce contexte, la famille du patient joue un rôle primordial car elle est une ressource et un appui pour lui.

Parallèlement à ce que nous avons pu constater dans les articles et dans la pratique, l'enseignement concernant les AVC que nous avons eu dans notre cursus à la Source aborde peu l'aspect psychologique.

Afin de nous guider dans notre réflexion, nous avons décidé d'aborder cette problématique en nous appuyant sur la vision d'une théorie infirmière : le rétablissement. Nous avons choisi cette théorie car elle correspond à la vision que nous nous faisons de l'accompagnement en réhabilitation. Nous avons pu faire des liens entre le processus d'acceptation de la perte d'indépendance et les principes fondamentaux de cette théorie qui sont l'espoir, la redéfinition de l'identité, la découverte d'un sens à la vie et la responsabilité du rétablissement. Ces concepts vont refléter les événements que le patient vit au travers de l'AVC. La théorie du rétablissement identifie plusieurs phases dans lesquelles la personne évolue : le moratoire, la conscience, la préparation, la reconstruction, la croissance. Reconnaître où le patient se situe dans son processus de rétablissement permet à l'infirmière d'adapter ses interventions et sa prise en soin.

Dans ce projet nous allons identifier quelques interventions infirmières possibles dans la prévention de la dépression post-AVC. Nous allons confronter notre vision avec ce qui se fait déjà dans la pratique mais nous allons également dégager des pistes en terme d'interventions infirmières utilisables en tant que futurs diplômés.

2.1 Définitions des concepts

Dans ce chapitre, nous définissons les principaux concepts découlant de notre question de recherche, ceci afin d'avoir un langage commun et d'explicitier correctement les liens que nous ferons avec la théorie.

L'AVC

L'AVC se définit comme un déficit neurologique d'apparition brutale, dû à une ischémie ou une hémorragie cérébrale. Cela conduit à un arrêt de l'apport en oxygène et en glucose pour le parenchyme cérébral entraînant un effondrement des processus métaboliques dans le territoire cérébral affecté. (Prudhomme & Brun, 2012, p.1). Les signes et symptômes sont directement représentatifs de la zone cérébrale lésée. L'AVC ischémique se caractérise par une perturbation de la

circulation sanguine cérébrale due à l'obstruction d'un vaisseau sanguin. (Brunner et Suddarth, 2011, p. 2435). On parle aussi d'infarctus cérébral. L'AVC hémorragique est lui causé par la rupture d'un vaisseau suite à un anévrisme ou une hypertension. (Prudhomme & Brun, 2012, p.15). L'hémorragie entraîne une pression qui va écraser le parenchyme, jusqu'à le nécroser si aucune intervention n'est faite.

Les AVC peuvent être dus à une embolie, une thrombose d'origine athéromateuse, ou une hémorragie. 80% des AVC sont ischémiques et 20% sont hémorragiques. (Prudhomme & Brun, 2012, p.1). La dépression post-AVC est souvent négligée mais elle représente une proportion d'un tiers des patients ayant été victime d'un AVC. (Santos Broche, 2010, p.751)

En Europe, le gradient d'incidence est décroissant d'Est en Ouest. Les principaux facteurs prédisposants de l'AVC sont l'âge, les maladies cardiovasculaires, l'hypertension, l'hypercholestérolémie et le diabète. Et les facteurs environnementaux sont l'alimentation, les régimes salés, l'alcool, le tabac, la sédentarité et l'accès à la prévention. (Giroud, Jaquin, Béjot, 2011, p.19)

Il s'agit de la 1^{ère} cause d'invalidité acquise de l'adulte de plus de 65 ans, l'âge moyen d'un AVC est de 68 ans. (Giroud, Jaquin, Béjot, 2011, p.18)

En fonction du territoire cérébral lésé, le patient peut avoir une modification de l'état de conscience, des troubles de la parole tels que l'aphasie de Broca ou l'aphasie de Wernicke, des troubles visuels, des troubles moteurs et sensitifs, des troubles de déglutition, des troubles de la coordination ou encore une dépression, pour ne citer que ceux-ci. Des lésions du tronc cérébral donnent, par exemple, des troubles de la vigilance, des nausées et des vomissements ou des troubles de l'équilibre et des vertiges. Les hémorragies cérébrales peuvent provoquer des céphalées très importantes ainsi qu'une hypertension intracrânienne.

Les examens d'imagerie doivent être réalisés en urgence afin de différencier un AVC ischémique d'un AVC hémorragique. Les principaux examens réalisés sont le scanner et l'IRM. En cas d'AVC ischémique, un traitement anti-thrombolytique peut permettre une récupération complète. (Prudhomme et Brun, 2010, p. 7)

La réadaptation des patients victimes d'un AVC débute précocément, dès les premières 24h en soin aigu et se poursuivent intensément dans les services de neuroréhabilitation.

La neuroréhabilitation

Mission de la neuroréhabilitation

Le but d'un service de réhabilitation est de garantir une continuité de soins et de traitements spécialisés, de favoriser une récupération aussi précoce que possible ainsi que d'adapter les éventuels moyens auxiliaires. La finalité est de maximaliser la récupération globale ainsi que la réinsertion sociale et professionnelle des patients. (Geets, Ingwiller, Thirioux, 2011, p.34)

Population

Les patients sont admis en raison d'une atteinte du système nerveux, d'une maladie musculaire ou de problématiques neuro-orthopédiques. Comme par exemple, un hémisyndrome, une tétraplégie, un trauma crânien ou un syndrome de Guillain-Barré.

Rôle infirmier

L'un des rôles de l'infirmière travaillant avec des personnes ayant subi un AVC est d'aider le patient et ses proches à comprendre la pathologie de l'AVC. Les interprétations pertinentes de l'infirmière sur les limitations, les possibilités et les améliorations du patient constituent des attentes réalistes et des objectifs pour son fonctionnement futur. L'infirmière apporte un soutien affectif, elle soulage la douleur émotionnelle et la souffrance. Elle permet aussi de maintenir les fonctions normales, de prévenir des complications et les traumatismes, de répondre aux besoins de base du patient et les aide à intégrer les activités nouvellement acquises de la vie quotidienne. Elle stimule leurs compétences et les techniques dans leurs activités. Elle protège aussi l'intégrité physique et cognitive du patient et prévient des conséquences secondaires de l'AVC. (Kirkevold, 2010, p. 31-32)

Autres professionnels

La réadaptation prend du temps et nécessite une équipe interprofessionnelle. Les physiothérapeutes participent à améliorer, recouvrer ou maintenir la mobilité des patients hospitalisés. Par leur travail sur les mouvements, l'équilibre, le tonus musculaire et la posture, ils favorisent l'autonomie dans la vie de tous les jours, en proposant notamment des moyens auxiliaires à la marche. (Geets, Ingwiller, Thirioux, 2011, p.36)

Par des programmes d'exercices individualisés, les ergothérapeutes visent à améliorer ou à maintenir au maximum l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne, telles que les soins corporels, l'alimentation, les activités ménagères, les loisirs ou le travail. Ils peuvent également proposer et adapter des moyens auxiliaires, confectionner des attelles sur mesure et effectuer des évaluations à domicile pour préparer la sortie de l'hôpital. (Geets, Ingwiller, Thirioux, 2011, p.36)

Les logopédistes évaluent et rééduquent les troubles (expression et / ou compréhension) du langage oral ou écrit, dans le but d'améliorer ou de restituer les capacités de communication de l'individu. Ils examinent et traitent également les troubles de la parole, les troubles de la voix ainsi que les troubles de la déglutition. (Geets, Ingwiller, Thirioux, 2011, p.37)

Les neuropsychologues évaluent les troubles cognitifs, émotionnels et comportementaux. Ils proposent également des mesures thérapeutiques afin de récupérer et compenser ces déficits au quotidien, dans un but de réinsertion sociale ou professionnelle. (Geets, Ingwiller, Thirioux, 2011, p.37).

D'autres professionnels interviennent aussi dans les prises en soin, tels que l'aumônier, les psychologues et les médecins.

Les réseaux externes sont par exemple : L'EMS, Le CMS, Brio ou encore Transport Handicap.

Exemple d'offre en soin

Par exemple, l'infirmière prend en soin un patient victime d'un AVC ayant une hémiplégié à droite et une aphasie. Les techniques de communication sont primordiales pour prendre correctement en charge ce type de patient. Un livret peut être conçu avec des images que le patient sait interpréter, il est utilisé afin de savoir s'il aimerait aller aux toilettes ou s'il a faim par exemple. L'infirmière va préparer son petit-déjeuner, l'aider à manger si cela se révèle nécessaire, puis débiter sa toilette. A l'aide du livret, le patient va pouvoir montrer s'il préfère une douche ou une toilette au lit. Elle va développer encore d'autres outils de communication afin que l'interaction avec le patient soit optimale, comme la gestuelle. Lors de la toilette, il est très important de stimuler le côté hémiplégié du patient en se positionnant justement de ce côté-là. Guider le patient et le laisser faire ses soins au maximum contribue à la réadaptation. Afin d'évaluer son état psychologique, le

soignant peut observer le faciès du patient, sa motivation à réaliser ses soins d'hygiène ou s'il est davantage en retrait que d'habitude.

La dépression

Selon l'OMS (2016), « La dépression constitue un trouble mental courant, caractérisé par la tristesse, la perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de faible estime de soi, des troubles du sommeil ou de l'appétit, d'une sensation de fatigue et d'un manque de concentration ».

Selon les différents résultats que nous avons pu lire dans de nombreuses études, il a été démontré que plus d'un tiers des personnes ayant subi un AVC feront une dépression par la suite. (Brosch Santo, 2010, p.751). Il s'agit d'un problème qui préoccupe au niveau de la recherche, d'autant que dans notre société actuelle, les diagnostics de dépression sont en augmentation et prennent de plus en plus d'importance dans la conscience collective.

La dépression représente avant tout un sentiment de tristesse sur le premier plan, et concerne souvent une situation de perte, d'abandon ou de fin d'une période considérée comme agréable. Liens que nous pouvons faire avec le trauma que peut représenter un AVC. Dans cet état déprimé, d'autres symptômes s'ajoutent à la tristesse, tels que la perte de dynamisme et d'intérêts, le plaisir n'est plus ressenti avec la même intensité, la concentration et l'attention sont réduites alors qu'une baisse du sommeil et de l'appétit apparaissent. (Debray, 2007, pp. 53-63)

L'ensemble de ces différents symptômes font un syndrome : l'état dépressif. Ce syndrome peut s'installer de manière insidieuse, progressive, sur une longue période ou de manière brutale, en lien avec un événement traumatisant, les deux cas de figures peuvent se manifester lors d'un AVC.

Les dépressions sont toutes caractérisées par un syndrome dépressif majeur. Il dépend à la fois du fonctionnement psychologique de la personne et de facteurs neurochimiques. Il est diagnostiqué par les critères du DSM IV et correspond à l'épisode dépressif de la CIM-10.

Nous avons décidé de parler du DSM IV car c'est la référence qui est mentionnée dans la plupart de nos articles :

Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir :

1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (ex. se sent triste ou vide) ou observée par les autres (ex : pleure).
2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (ex. modification du poids corporel en 1 mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

Ces symptômes provoquent une détresse chez la personne ou une diminution du fonctionnement au niveau social ou au travail. Ils ne sont pas reliés à l'utilisation de médicaments ou d'une substance ni à un problème médical et ne sont pas le résultat d'un deuil. (American Psychiatric Association, 2000, p.411)

En tant qu'infirmier nous devons être attentifs à ces différents symptômes dans notre quotidien. Et dans notre rôle professionnel, nous devons découvrir ce qui est la cause de ces symptômes.

Tout comme un AVC peut avoir une multitude de conséquences, la dépression peut également avoir un impact majeur sur la qualité de vie de la personne et sur d'autres aspects comme la familiale, le social, et la santé. D'où l'importance d'agir, d'évaluer, de détecter et d'anticiper les interventions comprenant le patient dans sa globalité.

Le rétablissement

Pour la rédaction de ce travail, il n'a pas été évident de trouver une théorie infirmière qui corresponde à ce que nous avons envie d'apporter au travail, et à ce qui pourrait être utile dans la pratique. Nous avons pensé à différentes théories comme celle de la Transition de Méleis, ou celle de Péplau. Mais, selon nous, aucune n'arrivait à concilier réellement AVC et dépression, tout en nous proposant des actions concrètes pour notre réflexion et pour notre pratique. Après de nombreuses recherches, nous avons décidé de nous intéresser à une théorie que l'un de nous avait déjà eu l'occasion d'étudier et d'utiliser dans la pratique. Il s'agit du paradigme du rétablissement.

Cette théorie a été travaillée et définie plusieurs fois, nous allons nous baser sur les écrits de Provencher. C'est une théorie qui est surtout utilisée en psychiatrie, mais au vu de ces mêmes concepts, nous pensons qu'elle pourrait tout à fait convenir à notre contexte.

Selon Provencher (2007) : « Le rétablissement est ensuite défini comme une expérience globale de santé qui repose sur la présence conjointe d'une expérience de restauration dans un contexte de maladie et d'une expérience d'optimisation du potentiel de la personne dans un contexte de santé. » (p. 4)

L'expérience du rétablissement repose sur 4 dimensions. (Provencher, 2007, pp.7-9)

1. La redéfinition de soi

La personne se définit de moins en moins en fonction de son problème de santé, la découverte de nouvelles facettes du soi et à la réactivation de forces et de ressources oubliées. La personne s'investit dans la performance de nouveaux rôles, gagne une meilleure estime de soi, et donne une grande importance à « qui elle veut être ».

2. La relation à l'espace temporel

Elle a la possibilité de conjuguer sa vie au futur, l'espoir représente un moteur et la spiritualité est une source de soutien.

3. Le pouvoir d'agir

L'interpersonnel représente la motivation à contrôler ses conditions de vie.

L'interactionnel représente la consolidation des habiletés sociales telles que les relations ou le développement d'un nouveau regard critique face à son rétablissement.

Le comportemental représente un rôle de plus en plus actif voire proactif dans le but d'atteindre des nouveaux objectifs de vie.

4. La relation avec les autres

Il s'agit de la construction d'un environnement social respectant la personne et validant son potentiel de croissance, dans l'établissement de relations authentiques et réciproques (famille, amis, pairs).

Selon Provencher, l'expérience de rétablissement repose sur 4 ingrédients essentiels :

- L'espoir : représente le catalyseur du rétablissement, ainsi que la mise en route du processus.
- La redéfinition de l'identité : est la distinction de ce qui appartient à la maladie et ce qui appartient à la personne. Avec comme principe d'éviter l'impact négatif de l'aliénation et de la stigmatisation. La maladie peut être intégrée de différentes façons : elle peut être acceptée comme une partie de soi, et intégrée par la personne, ou elle peut être mise en déni par la personne.
- La découverte d'un sens à la vie : signifiant de nouveaux buts ainsi que de nouvelles valeurs, la reconstruction de nouveaux projets et l'endossement de nouveaux rôles sociaux.
- La responsabilité du rétablissement : c'est la décision de gérer sa santé et son traitement, de faire ses propres choix de vie et de prendre des risques mesurés. Ceci dans le but de poursuivre sa croissance. Il est donc indispensable pour les professionnels de la santé de ne pas estimer savoir ce qui est bon pour le patient à leur place.

Les étapes du rétablissement: (Andresen, Caputi, Oades, 2006)

Étapes	Trouver et maintenir de l'espoir	Rétablir une identité positive	Trouver un sens à la vie	Prendre la responsabilité de sa vie
Moratoire	Pas d'espoir dans le futur et le rétablissement	Perte de l'identité	Perte du sens de la vie	Impuissance, désespoir, sentiment d'être dépassé, déni, confusion, repli, révolte
Conscience	Espoir en une amélioration ; conscience que d'autres ont pu s'améliorer	Acceptation de la maladie ; distinction entre la maladie et soi	Donner un sens à la maladie	Désir de prendre soin de soi ; envie de faire face
Préparation	Espoir dans la capacité propre de pouvoir se rétablir	Reconnaissance de ses forces et de ses faiblesses	Établissement de buts pour le futur; redécouverte de valeurs personnelles	Utilisation des ressources existantes, construction de la confiance en soi; apprentissage de stratégies pour faire face
Reconstruction	Efforts pour améliorer sa santé. Confiance dans la capacité à se remettre sur les rails	Acceptation de la maladie comme une partie de soi; découverte de nouveaux aspects de soi; développement d'une nouvelle identité	La maladie nous apprend quelque chose sur la vie ; engagement dans la vie	Volonté de prendre des risques; confiance dans la capacité de gérer la maladie; sentiment d'être responsable de sa vie

Croissance	Bien-être et optimisme envers le futur	Identité différente mais améliorée; bonheur d'être soi; sentiment d'accomplissement	Acquisition de nouvelles valeurs dans la vie; engagement dans de nouveaux projets	Disposition à affronter de nouveaux défis; capacité à bien gérer la maladie; sentiment d'être en contrôle de sa vie
-------------------	--	---	---	---

Il s'agit ci-dessus d'une définition et d'une description rapide de ce que représente la théorie du rétablissement en tant que processus. Et nous pensons que sur bien des aspects, elle peut correspondre à ce qui peut être vécu après un AVC. Des concepts comme la redéfinition de soi, le pouvoir d'agir ou encore des ingrédients comme l'espoir et la découverte d'un sens à la vie, nous semblent être des éléments porteurs pour reconstruire une vie après l'AVC. Il s'agit d'une manière pour nous de pouvoir situer où la personne se trouve dans ce processus, quelles sont ses ressources, et sur quoi nous allons pouvoir agir. Le but à terme est évidemment pour nous de nous servir de ces outils pour anticiper et prévenir de possibles dépressions et accompagner la personne pour qu'elle puisse se reconstruire et à accepter sa maladie.

3. Méthodologie

Dans ce chapitre, nous allons décrire la démarche méthodologique que nous avons utilisée pour trouver nos articles et rédiger notre travail de Bachelor.

Notre question de recherche s'est d'abord construite autour de la perte d'indépendance suite à un AVC. Ensuite, grâce aux diverses recherches effectuées dans des bases données, lors de nos discussions et sur nos expériences professionnelles, nous avons affiné notre thématique de recherche. La thématique de la dépression post-AVC s'est construite comme une évidence au fur et à mesure de nos recherches. En tant que futurs professionnels de santé, inclure le rôle infirmier était primordial pour nous.

Les différentes recherches que nous avons réalisées à partir de CINAHL ou PubMed nous ont permis de constater qu'il y a beaucoup d'écrits sur la dépression post-AVC. Cependant, peu de ces recherches prennent en compte le rôle infirmier.

3.1 Bases de données

Pour la recherche d'articles scientifiques, nous avons utilisé les bases de données CINAHL et PubMed. PubMed est avant tout constituée d'articles touchant au domaine biomédical, et référence au total plus de quatre mille revues médicales. CINAHL met en avant les références de la littérature en soins infirmiers. Dans le but d'obtenir un regard extérieur à cette thématique, nous avons contacté des professionnels de la santé exerçant dans le domaine des neurosciences. Ils nous ont proposé plusieurs articles scientifiques relevant de l'importance du rôle infirmier dans cette prise en soin.

3.2 Mots-clés et équation de recherche

Nous avons effectué une vérification de nos différents mots-clés auprès du Thésaurus CINAHL.

Voici un tableau récapitulatif de nos résultats.

Terme du thésaurus (français)	Terme du thésaurus (anglais)
AVC	Stroke
Post-AVC	Post Stroke
Dépression	Depression
Prévention	Prevention
Réhabilitation	Rehabilitation
Interventions infirmières	Nursing interventions
Rôle infirmier	Nursing role
Dépression post AVC	Post stroke depression

Après lecture des titres des articles proposés par les bases de données, nous avons pris connaissance des résumés de ceux qui semblaient les plus pertinents selon notre problématique. Nous avons finalement sélectionné 7 articles dont chacun comporte une thématique spécifique vis-à-vis de notre question de recherche. Pour chacun de ces articles nous avons employé la grille de Fortin (2010, pp. 88-91) que nous avons adaptée.

Le tableau ci-dessous présente notre processus de recherche d'articles scientifiques :

Date de la recherche	Base de données	Equation de recherche	Nombres d'articles obtenus	Nombres d'articles retenus et analysés
15.12.2015	CINAHL	Post stroke depression AND rehabilitation	156	2
15.12.2015	CINAHL	Post stroke AND depression	346	0
15.12.2015	CINAHL	Post stroke depression AND prevention	37	1
05.02.2016	CINAHL	Post stroke depression AND nursing interventions	10	0
05.02.2016	Autres*		4	2
28.03.2016	CINAHL	Post stroke depression AND prevention AND rehabilitation	10	1
1.04.2016	PUBMED	Post stroke depression rehabilitation	456	0
1.04.2016	PUBMED	Nursing interventions stroke depression	92	0
25.04.2016	CINAHL	Depression AND nursing role	720	1

* Articles conseillés par des professionnels

3.3 Périodiques, ouvrages consultés

Dans le but de définir les concepts de notre travail, nous nous sommes servis de diverses sources théoriques telles que *Pathologies neurologiques*, (Prudhomme, & Brun, 2012), *Neurologie, neurochirurgie et soins infirmiers* (Guillemin, Michel, Pradat, Riéra & Viginard, 1998), *Soins infirmiers aux personnes atteinte de troubles psychiatriques – Prise en charge et diagnostics infirmiers* (Cottereau, 2007), *Psychiatrie – Syndromes des Maladies, Soins infirmiers* (Debray, 2007)

Le livre *Fondements et étapes du processus de recherche, Méthodes quantitatives et qualitatives* (Fortin, 2010), nous a guidés dans le chapitre concernant l'analyse critique des articles.

D'autres ouvrages nous ont été utiles tel que : *La maladie, catastrophe intime* (Marin, 2014). En effet, cet ouvrage nous a particulièrement passionné car l'auteur explique avec quelques métaphores, la quête d'une nouvelle identité après avoir été malade et l'importance de la rééducation. Nous avons cité plusieurs passages de cet ouvrage dans notre travail.

Nous avons aussi utilisé quelques périodiques : *Lésions vasculaires et dépression à début tardif: mythe ou réalité?* (Santos Brosch, la revue de littérature Suisse 2010), *Le rétablissement : cadre théorique et savoir expérientiel – Première partie* (Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, Le partenaire, Volume 15, 2007).

3.4 Autre ressource

En plus de nos recherches d'articles, nous avons eu l'occasion d'interviewer Madame Diane Morin, infirmière spécialisée en éducation thérapeutique au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, le 20 juin 2016. Notre entretien avait pour but d'acquérir des renseignements complémentaires d'une experte de terrain sur les outils mis en place dans le canton de Vaud pour prévenir la dépression post-AVC.

4. Résultat de recherche

Afin de parvenir à sélectionner les articles scientifiques traitant de notre question de recherche, nous avons établi puis respecté divers critères d'inclusion et d'exclusion, le but étant de trouver et de retenir ceux correspondant au contexte choisi et à la problématique.

Critère d'inclusion :

La population	Adulte victime d'un AVC
Le contexte	Neuroréhabilitation
Le soin	Prévention de la dépression post-AVC
La langue	Anglais, français

Critère d'exclusion :

La population	Patients n'ayant pas subi un AVC
Le contexte	Soins aigus et CTR ne comprenant pas la neuroréhabilitation, domicile
Le soin	Soins qui n'incluent pas les patients victimes d'un AVC
La langue	Les langues dont nous ne maîtrisons pas la traduction

L'ensemble des articles que nous avons retenu est en anglais, ce qui a représenté pour nous une charge de travail conséquente. La traduction de ces derniers était un défi majeur car nous nous sommes souciés de ne pas déformer les propos des auteurs.

Un autre aspect des difficultés que nous avons rencontrées durant la sélection de nos articles est qu'ils contenaient peu d'informations sur les interventions concrètes des infirmières dans la prévention de la dépression post-AVC.

Les titres des sept articles retenus sont présentés ci-dessous :

1. Predictivity of early depressive symptoms for post-stroke depression (2015): Lewin-Richter, A., Volz, M., Jobges, M., Werheid, K.
2. Acute phase factors associated with the course of depression during the first 18 month after first-ever stroke (2015) : Eriksen, S., Gay, C., Lerdal, A.
3. A one-year follow-up study into the course of depression after stroke (2010). Bour, A., Rasquin, S., Aben, I., Boreas, A., Limburg, M., Vernhey, F.
4. Prevalence of post-stroke depression in an Irish sample and its relationship with disability and outcome following inpatient rehabilitation (2004) : Cassidy, E., O'Connor, R., O'Keane, V.
5. Environmental Factors of Hospitalisation which contribute to Post-stroke Depression during rehabilitation for over 65 year olds (2010) : Turner, J.
6. The Role of Nursing in the Rehabilitation of Stroke Survivors An Extended Theoretical Account (2010) : Kirkevold, M.
7. Effects of a stroke rehabilitation education programme for nurses (2004) : Booth, J., Hillier, V., Waters, K., Davidson, I.

5. Analyse critique des articles

1. Predictivity of early depressive symptoms for post-stroke depression (2015). Lewin-Richter, A., Volz, M., Jobges, M., Werheid, K.

Nous avons retenu cet article car leur étude récente de 2015 est basée spécifiquement sur notre problématique. Leur étude paraît fiable en raison de leur méthode utilisée pour la récolte de données, tels que des questionnaires et interviews spécialisés.

Les auteurs présentent des interventions pertinentes afin de prévenir la dépression post-AVC ainsi que des exemples concrets qu'ont vécus les patients lorsqu'ils faisaient partie de cette étude.

C'est une étude quantitative qui étudie la valeur prédictive des symptômes dépressifs évalués pendant la réadaptation neurologique des patients hospitalisés pour le développement d'une dépression post-AVC, 6 mois plus tard. 76 patients ayant eu un AVC ischémique ont été recrutés au Centre neurologique de réadaptation (Brandenburg Klinik, Bernau, Allemagne) et on été évalués pendant une période de 6 mois. Les symptômes dépressifs ont été évalués avec l'échelle GDS¹.

Selon cette étude, la première année après un AVC serait la plus propice à faire une dépression. Les retours à domicile provisoires représentent une transition critique dans la chaîne de soin aux soins ambulatoires. Au cours de leur hospitalisation, l'auto-efficacité des patients et le soutien social par exemple, agissent comme des facteurs protecteurs. Lorsque les patients rentrent chez eux, ils se rendent compte de l'impact de leurs déficits sur leur vie quotidienne et dès leur retour en réhabilitation, ils développent des symptômes dépressifs qui peuvent répondre aux critères d'une dépression.

Les chercheurs proposent donc d'évaluer psychologiquement les patients en réhabilitation et transmettre ces informations aux fournisseurs des soins à domicile. Sur 76 patients, 70% ont développé des symptômes dépressifs en moins de 6 mois, la cause principale serait les effets

¹ Questionnaires permettant d'identifier la symptomatologie dépressive des personnes âgées

négatifs qu'engendre un AVC sur la vie de tous les jours. Cette étude démontre aussi que les patients présentant des symptômes dépressifs précoces avaient un risque accru de développer une dépression majeure six mois plus tard.

Les chercheurs proposent d'inclure une échelle d'auto-évaluation des symptômes dépressifs en réhabilitation.

2. Acute phase factors associated with the course of depression during the first 18 month after first-ever stroke (2015). Eriksen, S., Gay, C., Lerdal, A.

Nous avons choisi de retenir cette étude quantitative en raison de son but et de ses résultats qui nous permettent de nous aider à répondre à notre question de recherche. De plus, la méthode d'analyse des résultats est fiable et les normes éthiques sont respectées, comme l'indiquent les auteurs en mentionnant que les participants ont donné un consentement éclairé. Les résultats de cette étude soulèvent certaines interrogations très enrichissantes à notre travail.

Le but de cette étude est avant tout de décrire l'évolution des dépressions post-AVC durant les 18 mois suivant l'incident et d'examiner les différences des symptômes dépressifs par rapport aux caractéristiques démographiques et cliniques de la phase aiguë. 94 patients atteints d'un premier accident vasculaire cérébral ont été recrutés dans deux hôpitaux en Norvège selon certains critères, tels que d'avoir plus de 18 ans ainsi qu'un fonctionnement cognitif adéquat pour avoir un consentement éclairé.

Dans le cadre d'une étude de cohorte longitudinale, les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux et des entretiens en face-à-face en utilisant des questionnaires 15 jours après l'AVC et 6, 12 et 18 mois plus tard. La dépression post-AVC a été mesurée avec le « Beck Depression Inventory II »².

Cet article met en avant l'importance des premières semaines, et surtout du premier mois, dans l'évolution positive de la personne face à ses symptômes, par exemple les progrès ou les reconstructions. Les facteurs psychologiques et environnementaux présents avant l'AVC auront une nette importance sur le long terme. Cette étude analyse aussi le rôle de la fatigue et de l'épuisement dans l'apparition de ces symptômes. Cela dépend entre autres des comorbidités, de la condition et des problèmes physiques, ainsi que des activités quotidiennes avant et après l'AVC. Les patients ont très souvent verbalisé des sentiments d'incapacité lors de difficulté à accomplir d'anciennes tâches. Le soutien psychosocial qui commence dans la phase aiguë et continue tout au long du processus de réhabilitation peut être utile pour améliorer les résultats à la fois physiques et psychologiques après un AVC. Cette étude a révélé que trois facteurs évidents dans la phase aiguë prédisent l'évolution des symptômes dépressifs dans les 18 mois après un AVC: (1) le niveau de fonctionnement physique dans la phase aiguë, (2) vivre avec un conjoint / partenaire (3) l'emploi au moment de l'accident vasculaire cérébral. Les patients déprimés après un AVC se disent inutiles tandis que les patients non-déprimés disent qu'ils ont accepté leur handicap.

Les chercheurs n'ont trouvé aucune association entre l'âge, le sexe ou le type d'accident vasculaire cérébral.

² Echelle en annexe de ce travail

3. A one-year follow-up study into the course of depression after stroke (2010). Bour, A., Rasquin, S., Aben, I., Boreas, A., Limburg, M., Vernhey, F.

Dans cet article, leur méthode de récolte de données est très congruente de part le fait que les patients ont dû remplir de nombreux questionnaires et faire des auto-évaluations. C'est l'article dans lequel la dépression est la mieux décrite et travaillée. Cette étude nous a permis d'intégrer les diverses façons d'identifier et prévenir une dépression post-AVC.

Le but de cette étude quantitative est d'étudier l'évolution de la dépression après un AVC. 180 patients victimes de leur premier AVC ont été recrutées dans le service d'urgence de l'hôpital universitaire de Maastricht au Pays-Bas et leurs potentiels symptômes dépressifs ont été évalués à 1, 3, 6, 9, et 12 mois après un AVC. Un mois de suivi après leur AVC tous les patients ont eu une évaluation psychiatrique par un médecin de recherche, en utilisant l'entrevue clinique structurée du DSM-IV. Les patients ont été invités à remplir des échelles d'auto-évaluation sur la dépression. Le névrosisme³ a été évalué un mois après l'AVC en utilisant le « Neo Five Factor »⁴.

Les résultats démontrent que chez 52% des patients déprimés, la dépression était déjà apparente après un mois. Il n'y avait aucune différence dans la gravité de la dépression, la localisation de la lésion, la cognition et le sexe. Les patients souffrant de dépression post-AVC d'apparition tardive étaient plus instruits. Chez 44% de ces patients, la dépression a récidivé dans la première année après un AVC. Les patients atteints de récurrence étaient plus âgés. Cette étude démontre que les symptômes dépressifs précoces sont liés à la causalité biologique provoquée par les dommages du cerveau lui-même, alors que les symptômes dépressifs tardifs sont plutôt déclenchés par des marqueurs sociaux et psychologiques.

La causalité de la dépression post-AVC n'a pas été complètement élucidée. Les chercheurs ont trouvé que les patients dépressifs étaient moins souvent instruits que les patients non-déprimés. Les facteurs psychosociaux et bio-sociaux comptent dans l'apparition d'une dépression à tous les stades de la réadaptation de l'AVC. Il est concevable que les patients avec plus de déficits physiques et cognitifs souffrent plus souvent de dépression et que l'incidence soit plus élevée.

Selon cette étude, les périodes les plus propices à développer une dépression, se situent durant la phase aiguë de l'AVC et dans les semaines qui suivent. Les causes seraient que certains patients sont désormais dépendants pour les activités de la vie quotidienne et que le contact social est extrêmement diminué.

Une meilleure compréhension de l'évolution spontanée de la dépression peut aider à décider si et quand un patient doit être traité avec des antidépresseurs et des interventions non-pharmacologiques. Les chercheurs pensent que d'avantage de recherches sur le traitement de la dépression post-AVC est justifiée.

³ Trait de personnalité chez les personnes sujettes à la colère, l'anxiété et la dépression

⁴ Inventaire permettant d'identifier 5 traits caractéristiques de la personnalité

4. Prevalence of post-stroke depression in an Irish sample and its relationship with disability and outcome following inpatient rehabilitation (2004). Cassidy, E., O'Connor, R., O'Keane, V.

Nous avons décidé de retenir cette étude quantitative car elle nous amène avant tout des informations précises sur la prévalence des symptômes dépressifs post-AVC. Il s'agit de pistes d'interventions et de liens que nous pouvons faire avec les différents rôles infirmiers. De plus cet article est critique envers lui-même et n'hésite pas à comparer ses résultats avec d'autres études. Il met surtout l'accent sur le rôle préventif que nous pouvons avoir en tant que futur professionnel, mais aussi sur de futures recherches.

Le but principal de cet article est de pouvoir déterminer la prévalence de différents éléments prédicteurs d'un risque plus élevé de dépression post-AVC, ceci dans une population en réadaptation. L'utilité sera de pouvoir étudier les facteurs prédictifs de la dépression post-AVC et les conséquences qu'elle peut avoir sur la rééducation et son efficacité.

De nombreuses études déjà menées montrent que la majorité des patients survivant à un AVC expérimentent un handicap majeur et une qualité de vie significativement altérée. La reconnaissance de la dépression et des personnes à risque de faire une dépression en milieu hospitalier a une réelle importance: cela peut augmenter le taux de survie post-AVC. L'observance du traitement, la capacité de se prendre en soin soi-même et la qualité de vie de la personne permet de réduire la longueur du séjour à l'hôpital et diminuer le coût des soins médicaux.

L'hypothèse de départ de cette étude est que la dépression clinique serait communément associée à une plus grande incapacité fonctionnelle, ainsi qu'à de moins bons résultats à court terme après la réadaptation.

Un consentement éclairé écrit a été obtenu de chacun des patients participant, ayant fait un premier AVC 3 à 12 mois auparavant, ayant de 18 à 65 ans. Les patients ont été évalués à plusieurs reprises durant leur hospitalisation et sur plusieurs aspects tels que : l'invalidité (« Rankin Disability Scale »⁵), la cognition (« Mini-Mental State examination »⁶) et l'humeur (« Epidemiologic Studies Depression Scale »⁷).

50 patients (29 hommes, 21 femmes) ont été évalués. La majorité des sujets de l'étude ont été jugés sévèrement à très sévèrement handicapés en utilisant la « Ranking classification ».

Les facteurs prédicteurs de la dépression ayant été envisagés avant l'étude : le sexe, le côté hémiparalysé, les antécédents psychiatriques et la base de handicap, ont été utilisés comme des variables prédictives.

Il y avait une réduction significative des résultats dans les échelles utilisées pour évaluer l'invalidité ainsi qu'une amélioration de la cognition, dans les deux mois suivant le début de la réhabilitation.

Il a été constaté que la dépression est bien une comorbidité très commune en réadaptation (plus de 20% sur l'échantillon de l'étude), ce qui correspond aux moyennes d'autres études. La deuxième constatation était que le meilleur facteur prédicteur de la dépression post-AVC était le sexe, les femmes ayant presque deux fois plus de symptômes dépressifs que les hommes. Une autre constatation fut qu'aucun lien entre l'emplacement de la lésion au cerveau et la dépression n'est

⁵ Echelle permettant d'évaluer le degré de handicap d'une personne

⁶ Questionnaire qui permet d'évaluer les fonctions cognitives

⁷ Echelle d'auto-évaluation des manifestations de symptômes dépressifs

clairement démontrable, dans la période post-AVC non-aiguë. Ils n'ont également pas trouvé de relation entre les antécédents psychiatriques et la dépression après un AVC.

En résumé, il y a quatre principales conclusions à cette étude. Tout d'abord, la dépression majeure est fréquente chez les sujets en rééducation suite à leur premier AVC. Deuxièmement, les femmes semblent être particulièrement à risque de dépression après un AVC, éventuellement reflétant leur risque général accru de dépression. Troisièmement, la dépression dans l'échantillon ne semble pas être liée à l'incapacité fonctionnelle suite à un AVC. Quatrièmement, la mesure d'invalidité post-AVC au début de la rééducation était prédictive du résultat fonctionnel durant la rééducation (après deux mois de réadaptation pour patients hospitalisés).

5. Environmental Factors of Hospitalisation which contribute to Post-stroke Depression during rehabilitation for over 65 year olds (2010). Turner, J.

Le but de cette étude qualitative est de ressortir les facteurs propres à l'hospitalisation et pas à la personne directement. Cet article rappelle que le cadre hospitalier et tout ce qu'il implique est un facteur de stress. Il est aussi important de souligner que dans cette étude, la parole a été redonnée aux patients qui ont raconté leur vécu, avec leurs mots et leur ressenti, il ne s'agit donc pas d'une simple échelle d'évaluation.

Cette étude vise à comprendre les différentes influences des facteurs psychosociaux et environnementaux liés à l'hôpital, qui contribuent à la dépression post-AVC. La dépression post-AVC est une complication commune, se manifestant chez 30 à 40% des patients victimes d'AVC, qui ont été hospitalisés pendant plus de quatre semaines (selon la majorité des études actuelles auquel l'article se réfère).

Les participants ont été recrutés dans une unité de réadaptation, dans un service en Nouvelle-Zélande. Les facteurs psychosociaux et environnementaux qui contribuent à l'apparition de la dépression post-AVC lors de l'hospitalisation, sont d'un intérêt capital. Les principaux facteurs qui ont été étudiés, en référence aux effets de l'hospitalisation, étaient les conséquences de la maladie chronique, tel que l'AVC, les mécanismes d'adaptation des patients, leurs façons de faire face à un traitement médical et des méthodes de prestation des soins infirmiers. Selon plusieurs auteurs, la dépression post-AVC ralentit la récupération en raison des symptômes dépressifs, de dévalorisation et aussi de manque d'espoir. Cela peut à son tour, augmenter la durée de l'hospitalisation. Être à l'hôpital aggrave d'avantage la perturbation de l'environnement connu et l'activité sociale habituelle. Cette baisse de l'activité sociale peut évidemment conduire à un retrait social.

Ce nouvel environnement a de multiples facteurs d'influence psychosociaux où les niveaux de stress sont exacerbés pour les patients victimes d'AVC. Ces facteurs comprennent pour les patients interviewés : l'exigence des professionnels de la santé, le sentiment d'être dépassés par le manque de connaissances et l'utilisation de la terminologie médicale. L'environnement physique a également une importance de taille : l'accès réduit pour une personne dépendante, les routines liées à la durée de l'hospitalisation et la présence de personnes étrangères envahissant leur espace privé, crée un inconfort et un stress supplémentaire pour le patient.

Le thème principal qui est ressorti de ces interviews est celui de la "déresponsabilisation" ressentie, un «sentiment de contrôle réduit», et le sentiment «d'être dans une capsule temporelle». Certains participants ont estimé qu'ils étaient toujours sous pression pour intégrer et apprendre, ce qui aurait

diminué leur sens de « l'auto-valeur » et de leur estime de soi. Une participante a déclaré qu'elle se sentait « comme quand j'étais un enfant à l'école ».

Le « Desempowerment » était le facteur primordial, les patients l'ont verbalisé comme ayant le plus gros impact négatif selon eux, se traduisant souvent par des objectifs et des attentes provenant de soignants, et non des patients eux-mêmes, ainsi qu'un contact des soignants pas assez soutenant et encourageant. Les stressseurs étant associés aux changements, à l'intégration de nouveaux apprentissages, aux pertes, au fait de se sentir mis à part et à l'attente et l'ennui.

6. The Role of Nursing in the Rehabilitation of Stroke Survivors An Extended Theoretical Account (2010). Kirkevoid, M.

Il nous est vite apparu durant nos recherches que nous aurions besoin d'articles parlant des infirmiers et de leur rôle en réhabilitation. Ces articles n'ont pas été les plus simples à trouver et cette étude qualitative nous a été conseillée directement de la pratique. Il est important que nous puissions réfléchir à ce travail en nous appuyant sur des bases solides, adaptables à notre future profession et dans lesquelles nous nous projetons.

La recherche en sciences infirmières dans le domaine post-AVC a considérablement augmenté ces dernières années et elle met l'accent sur les expériences des patients lors de processus d'ajustement et de réadaptation après un AVC. Le but principal du rapport précédent était de mettre en évidence la façon dont le travail des infirmières contribue au processus de réhabilitation suite à un accident vasculaire cérébral. Il a également été entrepris de répondre dans cet article au constat suivant : les patients sentent souvent que leurs besoins et leurs préoccupations ne sont pas dûment pris en compte dans les services de réadaptation. Plusieurs rôles et fonctions clés de l'infirmière ont été mis en évidence, comme essentiels à l'accompagnement du patient.

La fonction de conservation est définie comme les activités ou les mesures que les infirmières font afin de protéger l'intégrité physique et cognitive du patient, ainsi que de prévenir les conséquences secondaires de mauvais fonctionnement suite à l'AVC.

La fonction d'interprétation est définie comme étant les activités que les infirmières initient afin d'aider les survivants et leurs proches à comprendre les causes et conséquences de l'AVC. Être "frappé" par un accident vasculaire cérébral est une expérience inattendue et souvent terrifiante, les patients et leurs familles ont besoin d'aide pour comprendre les diverses implications pour leur vie de tous les jours, leurs rôles, leur identité, leur fonctionnement.

La fonction consolatrice est définie comme les actions ou les mesures que les infirmières mettent en place dans le but d'aider à gérer le choc émotionnel et les souffrances qui suivent un AVC. Elle implique le soutien affectif, le fait d'être présent et de reconnaître les difficultés et les souffrances des personnes touchées. Cela est nécessaire pour répondre aux nombreuses pertes qu'un AVC peut amener, cette fonction s'adresse aussi à la famille. La fonction consolatrice est également nécessaire afin de supporter l'imprévisibilité et l'insécurité associée au processus de récupération, pour maintenir ou susciter l'espoir et retrouver le fonctionnement de la personne.

La fonction d'intégration représente les mesures que les infirmières entreprennent afin d'aider les patients à intégrer les activités nouvellement acquises, lors de thérapie, dans la vie quotidienne et les compétences techniques en lien avec ces activités. Cette fonction implique de doubler le patient, l'accompagner, de répéter avec lui, c'est à dire de passer du «faire pour» à «faire avec» voire «laisser

faire». Cela implique également d'aider les victimes d'AVC dans leur vie et leur plan vis-à-vis de leurs proches, pour leur situation future.

En fait, les infirmières permettent des interventions qui visent à améliorer le niveau d'activité des patients au sein de leur réadaptation. Cela inclut la supervision, l'encouragement, l'incitation et l'autonomisation du patient à effectuer et à s'impliquer autant que possible dans leur prise en soins, plutôt que de faire ces tâches pour eux.

Comme les infirmières sont les professionnelles les plus uniformément présentes tout au long des phases de récupération et de réhabilitation suite à un AVC, les soins prodigués ont le potentiel de valoriser une multitude de ressources au profit des patients et des membres de leur famille.

7. Effects of a stroke rehabilitation education programme for nurses (2004). Booth, J., Hillier, V., Waters, K., Davidson, I.

Nous avons retenu cet article en raison de la mise en évidence de la réalité du travail en réhabilitation. En effet, les auteurs font des remarques pertinentes sur le rôle spécifique des infirmières qui travaillent avec des patients victimes d'AVC.

Le but de cette recherche quantitative est d'étudier les effets d'un programme d'éducation de réadaptation sur la pratique des infirmières travaillant dans les unités de réadaptation spécialisées en AVC.

Dans cet article, l'accent est mis sur les processus et les pratiques des infirmières au cours des activités des soins du matin. Ils comprennent les activités d'hygiène personnelle par exemple, qui sont des éléments reconnus et légitimes du processus de réadaptation suite à un AVC, mais ils peuvent être considérés comme des événements ordinaires.

Un autre objectif de cette étude est d'enregistrer individuellement les interactions entre une infirmière et un patient. Les observations ont été effectuées avec des séances de 90 minutes, au cours de laquelle la personne de contact, l'activité du patient, le style de l'interaction physique et verbale ont été enregistrés.

37 patients victimes d'AVC et 26 infirmiers ont consenti à participer à l'étude. Les temps de contact moyen entre les membres du personnel infirmier et les patients lors de séances de soins du matin étaient de 21 minutes.

Concernant l'intervention éducative, elle a été basée sur le concept de Bobath (1990).

L'intervention comprend 7 heures de mise en place et l'éducation englobe la manipulation thérapeutique des patients atteints d'un AVC ainsi que la facilitation des activités des soins du matin. Le programme a été conçu et enseigné par des physiothérapeutes et des ergothérapeutes, la présence des infirmières aux cours était obligatoire.

Cet article souligne que les infirmières travaillant avec des patients victimes d'AVC ont un manque de compétences spécifiques. Deux explications possibles sont proposées, tout d'abord, un manque de connaissances et de compétences concernant la réadaptation et, deuxièmement, une incapacité à reconnaître la période de soins du matin comme une occasion de rééducation spécifique.

Un manque de temps peut expliquer leur incapacité à entreprendre des activités de réadaptation physique spécifiques, mais les chercheurs pensent que cela peut être un masque pour «ne pas avoir de compétence ou de confiance suffisante».

De nombreuses questions restent sans réponse, notamment : Combien de temps le programme éducatif est nécessaire ? Quelle est sa nature optimale et quel est le contenu le plus approprié afin d'apporter un effet bénéfique sur les résultats des patients.

6. Comparaison des résultats

A l'aide d'un tableau comparatif, nous allons présenter les principaux résultats obtenus de ces 7 articles ainsi que les retombées sur la pratique, qui vont nous permettre d'aborder le chapitre de la discussion.

No	Articles et auteurs	Questions et/ou but de la recherche	Principaux résultats	Retombées utiles pour la pratique
1	<i>Predictivity of early depressive symptoms for post-stroke depression (2015)</i> , Lewin-Richter, A., Volz, M., Jobges, M., Werheid, K.	Etudier la valeur prédictive des symptômes dépressifs évalués pendant la réadaptation des patients hospitalisés pour le développement d'une dépression 6 mois après un AVC.	La recherche en ce qui concerne la dépression majeure a montré que la plupart des patients se rétablissent dans les 3 à 6 mois et que le taux de récupération ralentit vers 12 mois. Les entretiens de suivi ont révélé que 72,3% répondaient aux critères du DSM-IV pour les troubles dépressifs. Une analyse de régression a indiqué que les patients atteints de symptômes dépressifs précoces avaient un risque accru de développer une dépression majeure 6 mois plus tard, soit 43%. 26,7% de l'échantillon répondaient aux critères du DSM-IV pour la dépression à 6 mois post-AVC.	Les chercheurs proposent d'inclure une échelle d'auto-évaluation des symptômes dépressifs en réhabilitation et de transmettre ces informations aux fournisseurs de soins à domicile afin qu'il n'y ait pas de coupure dans la chaîne de soins. Cela pourrait contribuer à la prévention ou aux traitements des troubles dépressifs. En hospitalisation, une haute efficacité, l'auto-évaluation et le soutien social peuvent agir comme des facteurs protecteurs. Cette étude démontre aussi que les patients présentant des symptômes dépressifs précoces avaient un risque accru de développer une dépression majeure six mois plus tard. Il est dit que les patients aphasiques sont significativement plus à risque de développer des symptômes dépressifs.
2	<i>Acute phase factors associated with the course of depression during the first 18 month after first-ever stroke (2015)</i> Eriksen, S., Gay, C., Lerdal, A.	Le but de cette étude est de décrire l'évolution de la dépression post-AVC au cours des 18 mois après un premier AVC et d'examiner les différences dans les symptômes dépressifs par rapport aux caractéristiques démographiques et cliniques dans la phase aiguë du patient	L'âge moyen des patients était de 67.7 ans. Les scores de dépression étaient significativement plus élevés chez les patients qui ont eu un fonctionnement physique plus faible dans la phase aiguë, vivaient seuls ou ne travaillaient pas au moment de l'accident vasculaire cérébral. Un tiers des survivants d'un AVC ne retourne jamais au travail. Les patients qui avaient un travail lorsqu'ils ont eu leur AVC étaient moins dépressifs que ceux qui n'en avaient pas. Les femmes et les hommes ont été séparés dans l'une de leur étude car les femmes sont plus connues pour avoir plus de symptômes dépressifs dans la population générale.	La dépression post-AVC est probablement un phénomène multifactoriel qui a été expliqué comme un mécanisme physiopathologique lié à une lésion cérébrale, en lien avec son site et son emplacement, comme une réaction psychologique à la perte et aux changements suite à un AVC. Les patients ayant moins de déficiences physiques acceptent plus facilement leur handicap. Prêter plus d'attention aux patients vulnérables : pas de réseau familial ou professionnel. Les patients déprimés disent se sentir inutiles, pris au piège, sans défense et se sentent perdus.
3	<i>A one-year follow-up study into the course</i>	Le but de cette étude est de décrire l'évolution	Dans 52% des patients déprimés suite à un AVC, la dépression était déjà apparente après 1 mois. Il n'y avait	Les chercheurs ont constaté que la dépression est plus fréquente dans la phase aiguë après un AVC mais

	<p><i>of depression after stroke (2010)</i>, Bour, A., Rasquin, S., Aben, I., Boreas, A., Limburg, M., Vernhey, F.</p>	<p>naturelle de la dépression chez les patients victimes de leur premier AVC.</p>	<p>aucune différence dans la gravité de la dépression, la localisation de la lésion, la cognition et le sexe. Les patients souffrant de dépression post AVC d'apparition tardive étaient plus instruits. Chez 44% de ces patients, la dépression revenait dans la première année après un AVC. Chez 80 patients victimes d'AVC suivis pendant plus de 3 mois, les enquêteurs ont trouvé une prévalence de 25% à la phase aiguë, et que 60% de ces patients se sont rétablis à moins de 1 an. Dans leur étude la dépression a récidivé chez 28% des patients. Les patients atteints de récurrence de la maladie étaient plus âgés. Il n'y avait pas de différence dans la fréquence du traitement médicamenteux antidépresseur entre les patients qui ont guéri ou chez qui la maladie a persisté ou récidivé.</p>	<p>qu'elle peut aussi survenir des mois ou des années après l'évènement. Il est relaté que les premiers symptômes dépressifs sont associés aux conséquences directes de l'AVC tandis que les symptômes tardifs sont plus liés au fonctionnement psycho-social. Il est concevable que les patients avec plus de déficits physiques et cognitifs souffrent plus souvent de dépression et que l'incidence de la dépression soit en fait plus élevée. Une meilleure compréhension de l'évolution spontanée de la dépression peut aider à décider si et quand un patient doit être traité avec des antidépresseurs ou des interventions non-pharmacologiques.</p>
4	<p><i>Prevalence of post-stroke depression in an Irish sample and its relationship with disability and outcome following inpatient rehabilitation (2004)</i>, Cassidy, E., O'Connor, R., O'Keane, V.</p>	<p>Cette étude a pour but d'examiner la prévalence de symptômes dépressifs chez une population de patients hospitalisés en réadaptation, après un premier AVC. Il s'agira également d'étudier les différents facteurs prédictifs de la dépression post-AVC, ainsi que de la relation entre la dépression post-AVC et les résultats durant et après la réadaptation.</p>	<p>La majorité des sujets ont été jugés sévèrement voire très gravement handicapés (utilisant les diverses échelles, pour chaque aspect). Et sur tous les sujets, 10 (20%) répondaient aux critères de diagnostic de la dépression selon le DSM-IV (trouble dépressif majeur). Dans cette étude, les femmes avaient significativement plus de symptômes auto-déclarés de la dépression. Le sexe a représenté durant cette étude le meilleur prédicteur de la dépression post-AVC, les femmes ayant presque deux fois plus de symptômes dépressifs que les hommes. Il est constaté que les antécédents psychiatriques n'ont pas d'influence sur les chances de déclarer différents symptômes dépressifs (ce qui allait à l'encontre des résultats d'autres études). Dans cette étude la localisation de la lésion dans le cerveau n'a pas d'influence directe sur la dépression. Il est mis également en avant que la dépression n'est pas en lien direct avec les résultats précoces de la réadaptation physique. Il aura été assez surprenant de voir que la dépression dans l'échantillon était sans rapport avec l'ampleur de l'invalidité fonctionnelle post-AVC (en contradiction avec</p>	<p>Il est mis en avant que l'étude ne couvrait qu'une petite partie du suivi de la personne, et qu'il serait encore plus probable de voir apparaître des symptômes dépressifs après plus de temps. L'efficacité des échelles a pu être démontrée dans son évaluation, mais elle dépend directement des capacités et de la formation des évaluateurs. L'efficacité des traitements antidépresseur a été prouvée mais attention à ne pas couvrir certains symptômes de manière trop préventive. Il existe différents facteurs prédictifs (de dépression post-AVC) susceptibles d'être mis en avant et identifiés/pris en compte dans la prise en soins. Attention à ne pas tout de suite identifier les lésions et pertes comme un synonyme de plus grande chance de dépression post-AVC</p>

			d'autres articles).	
5	<i>Environmental Factors of Hospitalisation which contribute to Post-stroke Depression during rehabilitation for over 65 year olds (2010)</i> , Turner, J.	Cette étude vise à comprendre les multiples facteurs d'influence psychosociaux et environnementaux liés à l'hôpital, qui contribuent à la dépression post-AVC. Cette étude se focalisera sur les vécus de six patients qui ont été hospitalisés pour un premier AVC, et qui avaient durant leur hospitalisation développés une dépression post-AVC. Le but étant qu'ils puissent raconter leur ressenti et selon eux, ce qui a influencé sur leur dépression (venant de l'hospitalisation).	Le milieu hospitalier est décrit et vécu comme exacerbant les différents niveaux de stress par de nombreux facteurs. Le principal ressenti et celui qui est le plus ressortit de la part des patients : c'est le sentiment de « desempowerment ». Il est ressorti deux principaux éléments de cette étude contribuant au sentiment de « desempowerment » : le sentiment de contrôle réduit et le sentiment de se trouver dans une capsule temporelle. Le fait d'être confiné dans cette chambre entouré d'éléments étrangers réduit d'avantage le sentiment de contrôle. La dynamique familiale a également été décrite comme changée, avec les conversations difficiles, des proches agissant différemment à leur égard, des proches qui ont de la peine avec leur absence, tout cela influençant sur l'empowerment. Beaucoup des participants ont exprimé se sentir fréquemment sous pression durant l'hospitalisation, et certains ont exprimé le sentiment de se sentir infantilisé, et que ce qui est exprimé n'est pas toujours pris au sérieux. Il a aussi été mis en avant que bien souvent, les patients ne se sentaient pas assez stimulés sensoriellement, et se contentaient « d'attendre quelque chose qui n'arrivait pas », ce qui conduit à une certaine culpabilité.	L'exigence des professionnelles de la santé a une influence significative sur la psychologie du patient : que ce soit dans le langage utilisé, ou le sentiment d'être dépassé par les événements et le rythme hospitalier. La routine quotidienne et la monotonie qui s'installe représentent également un facteur significatif d'influence. Ainsi que la présence de personnes étrangères qui envahit leur sphère privée : d'où l'importance d'un partenariat de confiance pour avancer avec le patient. L'empowerment est décrit comme une valeur indispensable. Il a été identifié que le personnel soignant était tout à fait à même de faire les différentes tâches sans pour autant réussir à bien identifier les différents facteurs de stress. Les infirmières ont souvent remarqué des changements d'humeur des patients mais le système de soin ne leur permettait pas forcément de réagir. L'importance du maintien du lien familial et l'implication de la famille dans les soins est primordiale. Plusieurs facteurs protecteurs ont été identifiés : visite à domicile durant l'hospitalisation, sortie sur l'extérieur, l'encouragement positif du personnel et accueil bienveillant de la progression.
6	<i>The Role of Nursing in the Rehabilitation of Stroke Survivors An Extended Theoretical Account (2010)</i> , Kirkevold, M.	Cet article vise à fournir une critique et une extension théorique d'un précédent article cherchant à décrire la contribution des infirmières à la	Il a été dégagé quatre principales fonctions infirmières en réhabilitation. La fonction de conservation, qui est définie comme les activités et mesures que les infirmières pratiquent afin de protéger l'intégrité physique et cognitive du patient. Il s'agit de prévenir les possibles conséquences secondaires, les complications, traumatismes, ainsi que	L'efficacité des attitudes positives des infirmières dans leurs interactions au quotidien avec les patients favorise leurs implications dans leurs traitements de réadaptation et semble bonifier le potentiel de récupération. Il est indispensable, entre soignants et avec les patients, de veiller à ce que les objectifs du patient

		<p>réadaptation d'ACV. Ce nouveau développement fournit un regard neuf sur différents aspects pouvant affiner et étendre la compréhension du rôle infirmier découlant du précédent article. Cet article met en valeur les principaux rôles infirmier en réhabilitation, les différentes interventions qui leur sont propres, tout en les mettant en lien avec le vécu des patients dans ces services.</p>	<p>de répondre aux besoins de base des patients. La fonction d'interprétation se définit comme les activités que les infirmières font dans le but d'aider les survivants et leurs proches à comprendre ce qu'est l'AVC et ces implications au quotidien. Il s'agit d'une expérience inattendue, souvent terrifiante, et les patients et leurs proches, ont besoin d'aide pour pouvoir comprendre ces implications, les changements de rôle, d'identités, et les nouveaux fonctionnements. La fonction consolatrice se définit comme les actions et mesures que les infirmières font dans le but de soulager la douleur et la souffrance émotionnelle post-AVC. Cette fonction se focalise sur la dimension affective et sur la prise d'un sens à la vie. Elle prend en compte un soutien affectif, la reconnaissance des difficultés et souffrance. La fonction d'intégration se réfère aux actions visant à aider le patient à intégrer les activités nouvellement acquises dans sa vie de tous les jours, et les compétences qui les accompagne.</p>	<p>soient réalistes et réalisables, ajustés à leur évolution et en accord avec les valeurs de la personne. L'entretien motivationnel est efficace pour prendre le temps de relever les préoccupations actuelles du patient, leurs objectifs, leurs difficultés, ainsi que pour renforcer son optimisme et son autonomie. Les changements de rôle et les changements de la compréhension de soi et de son identité occupent une place importante dans le vécu des patients. Le soutien provenant de l'infirmière encourage la gestion dans la réalisation des tâches de développement. L'incidence élevée de dépression post-AVC est mise en lien avec un isolement social</p>
7	<p><i>Effects of a stroke rehabilitation education programme for nurses (2004),</i> Booth, J., Hillier, V., Waters, K., Davidson, I.</p>	<p>Le but de cette étude est d'étudier les effets d'un programme d'éducation de réadaptation sur la pratique des infirmières travaillant dans les unités de réhabilitation.</p>	<p>Les temps de contact moyen entre les membres du personnel infirmier et des patients lors de séances de soins du matin étaient de 21 minutes. Le style de l'interaction physique la plus fréquemment observée est que les infirmières ont adopté une approche compensatoire en effectuant l'activité pour le patient. «Aucune interaction physique» a été le deuxième style d'interaction physique la plus souvent enregistrée. Cela représente la présence des soins infirmiers, mais aucune interaction physique n'est observable, comme par exemple lorsque les infirmières parlent aux patients ou font les lits. Le troisième style fréquemment observé d'interaction physique, était la supervision dans laquelle les infirmières sont restées en retraits.</p>	<p>Les infirmières disent avoir un manque de temps afin d'entreprendre une réadaptation optimale avec le patient. Les chercheurs démontrent que les infirmières doivent avoir une spécialisation afin de travailler efficacement avec les patients victimes d'AVC, ils proposent « l'intervention éducative » enseignée par des physiothérapeutes et ergothérapeutes. Les soins du matin ne sont pas perçus comme une rééducation spécifique par les infirmières. Il y a peu d'interaction entre les infirmières et les patients.</p>

7. Discussion et perspectives

Dans la partie qui va suivre, nous allons nous positionner par rapport aux résultats obtenus des recherches que nous avons effectuées, des liens que nous pouvons faire avec la pratique et le rôle infirmier, ainsi que les perspectives divergentes que le concept de soin que nous avons retenu a pu nous amener.

Cette partie va se composer de divers items qui nous ont semblé les plus pertinents. Notre raisonnement et nos résultats nous ont conduits à proposer des recommandations pour la pratique clinique infirmière et identifier les limites de la revue de littérature.

Comme déjà mentionnée dans le chapitre « Autre ressource » nous avons pensé qu'il serait judicieux de pouvoir s'appuyer sur les dires d'un professionnel de santé qui travaille avec des patients ayant une dépression post-AVC, Mme D. Morin.

Elle a participé à la création d'un programme d'accompagnement pour les patients ayant été victimes d'un AVC et leur entourage. Le programme commence 4 à 9 mois après l'AVC et se compose de 4 demi-journées d'animation constituées d'ateliers à thème. Les ateliers permettent d'informer et de sensibiliser les participants sur la pathologie de l'AVC ainsi que sur les répercussions de celui-ci. L'effet de groupe permet aux patients de légitimer leurs dires et les témoignages s'avèrent très efficaces. Les conjoints sont les bienvenus et partagent aussi leur vécu. Selon D. Morin, il est difficile de motiver les patients à participer à ce programme. Il attire surtout des jeunes patients, avec de nombreux handicaps.

Environ 75 % de la discussion de ses ateliers porte sur l'aspect psychologique et constitue la demande principale des patients. Selon elle, 1/4 des participants souffrent de dépression et expriment vouloir être aidé.

7.1 Question et résultats

Nos résultats nous ont permis de répondre, en partie, à notre question de recherche qui est : quel rôle infirmier dans la prévention de la dépression post-AVC en neuroréhabilitation ?

Dans la plupart de nos recherches, nous avons obtenu de nombreuses pistes d'interventions pour la pratique future, mais peu sont centrées sur le rôle infirmier. Par ailleurs, beaucoup d'éléments ont déjà été mis en pratique et validés par des chercheurs auprès de certains patients inclus dans leurs études.

Certains facteurs prédictifs décrits dans plusieurs études permettent d'établir une certaine prévalence des symptômes dépressifs. Tel que dans l'article de Eriksen, Gay & Lerdal (2015), où ils décèlent que les patients vivant seuls ou qui ne travaillent pas au moment de l'AVC ont majoritairement plus de risque de faire une dépression. Il a aussi été remarqué que les patients atteints de récurrence étaient plus âgés et qu'il y avait une association entre l'âge et le type d'AVC. Ils ont relevé qu'il n'y a aucune différence dans la gravité de la dépression concernant la localisation de la lésion et le sexe des patients. Contrairement à l'étude de Cassidy, O'Connor, O'Keane (2004), dans laquelle le sexe a représenté le meilleur facteur prédictif dans la dépression post-AVC. Selon Bour, Rasquin, Aben, Boreas, Limburg & Vernhey (2010), les dépressifs suite à un AVC étaient moins instruits que les patients non-déprimés.

Nous nous sommes rapidement aperçus qu'un élément clé qui est ressorti de notre analyse d'article, est l'importance des relations sociales et du contexte social. En effet, comme le démontre très bien l'article de Eriksen, Gay & Lerdal (2015), les patients déprimés verbalisent se sentir inutiles, pris au piège. Ils mettent ceci en lien avec leur isolement social. La réhabilitation pouvant se prolonger de nombreux mois, il est compliqué pour les patients de concilier leur vie sociale, la réhabilitation et le maintien des liens affectifs. Selon l'article de Turner (2010), la routine quotidienne a représenté pour les patients une forme de monotonie sur le long terme : elle est décrite comme un facteur significatif pouvant influencer sur une probable dépression. Cependant plusieurs facteurs protecteurs ont été identifiés dans l'article de ce même auteur, telles que les sorties extérieures durant la réhabilitation ainsi que des retours à domicile provisoires.

Maintenir les liens familiaux est primordial en réhabilitation, plusieurs articles démontrent que cela favorise une bonne santé mentale du patient, notamment dans l'article de Turner (2010). Cet article démontre aussi la complexité que peut représenter les liens familiaux dans ce contexte. Il s'agit d'une demande d'attention récurrente de la part des patients qui verbalisent dans cette étude la difficulté qu'ils éprouvent à garder des liens positifs avec leurs proches. Les rapports sont décrits comme étant différents, plus distants et moins naturels.

Il a aussi été mis en avant dans cet article que l'implication de la famille dans le projet de soin est essentielle et peut grandement contribuer à l'empowerment et à l'évolution positive du patient.

Malgré que les articles présentent peu d'interventions infirmières directes, beaucoup ont relevé l'influence importante que celles-ci peuvent avoir sur le patient positivement ou négativement. Par exemple, dans l'article de Kirkevold (2010), l'attitude positive des infirmières favorise l'implication des patients ainsi que le renforcement de l'optimisme et de l'auto-efficacité. Il a aussi été relevé que l'entretien motivationnel mené par les infirmières est efficace afin de relever les préoccupations actuelles de la personne et de favoriser son empowerment.

Cependant l'article de Turner (2010) fait ressortir que les infirmières peuvent également contribuer au stress et au mal être du patient. Par exemple, en employant un langage non adapté auprès des patients, comme en utilisant des termes médicaux complexes, ou encore en infantilisant le patient. Selon Booth, Hillier et Davidson (2004), les infirmières ont exprimé manquer de temps auprès des patients afin d'entreprendre une réadaptation optimale avec eux. Par ailleurs, cette étude a aussi mis en évidence le peu d'interactions relationnels entre les infirmières et les patients. Ce qui peut les amener à ne pas se confier à l'infirmière. Cela entraîne une diminution de confiance dans la relation soignant-soigné et qui va rendre la possibilité de créer un partenariat avec le patient très difficile.

L'auto-évaluation des patients victimes d'AVC s'est révélée efficiente dans l'étude de Lewin Richter, Volz, Jobges, & Werheid (2015). Cela permet au patient de se rendre compte de leur probable démoralisation et de potentiellement prévenir une dépression. L'auto-évaluation récurrente des patients sert de suivi de l'état psychologique et permet d'adapter la prise en soin du patient.

A propos des antidépresseurs, bien que la plupart des articles abordent le sujet, leurs résultats sont parfois contradictoires. Par exemple, Bour, Rasquin, Aben, Boreas, Limburg, & Vernhey (2010), constatent dans le cadre de leur recherche, qu'entre tous les patients ayant pris des antidépresseurs après leur AVC, le traitement était efficace pour certains et inefficace pour d'autres. Ils préconisent de faire davantage de recherches afin d'avoir une réponse fiable à l'efficacité des antidépresseurs.

A contrario, selon Cassidy, O'Connor & O'Keane (2004), les antidépresseurs ont démontré une efficacité dans le cadre de leur recherche. Bien que l'échantillon de cette recherche se compose de peu de patients, les antidépresseurs ont amélioré l'état psychologique des patients qui en ont pris. Les chercheurs préconisent de faire attention de ne pas être trop préventif au risque de masquer certains symptômes dépressifs.

Dans l'ensemble des résultats de nos recherches, certains domaines tels que l'influence positive ou négative de l'infirmière, l'efficacité de l'auto-évaluation ou l'importance du contexte social de la personne, ont la même résonance convergente dans tous les articles. Alors que d'autres résultats de recherche, comme l'efficacité des traitements antidépresseurs et les facteurs prédictifs de dépression post-AVC se contredisent parfois et sont souvent moins objectivables dans la pratique.

7.2 Les compétences et interventions infirmières

Selon Marin (2014), « Soigner, c'est alors donner à l'ancien malade le courage de dépasser l'angoisse qu'il ressent devant un corps qui n'est plus sien et qui lui incombe pourtant. L'aider à aimer et à habiter ce corps. Le soignant a ce pouvoir d'investir ce corps de valeur ou d'en révéler des capacités encore inconnues du patient. Le paradoxe du soin tient alors dans le fait de l'accompagner pour qu'il apprenne à être seul, à se supporter soi-même, dans tous les sens du terme : se réconcilier avec lui-même et ne plus craindre de s'effondrer sans tuteur extérieur.» (p.59)

Plusieurs articles démontrent que l'hospitalisation des patients en réhabilitation peut engendrer une dépression. Le fait de se sentir enfermé, la coupure du lien social est extrêmement important à prendre en compte en tant qu'infirmier. En effet, certains patients vivent de nombreux mois de réhabilitation et le manque d'interactions sociales peut devenir très lassant. Cela peut venir du fait qu'ils peuvent se sentir inutiles et « d'être dans une capsule temporelle ». (Turner, 2010, p.12). Le rôle de l'infirmière est de prévenir cette monotonie, cette solitude en proposant des activités qui ont du sens pour les personnes. Certes cela n'est pas comparable à ce que pourrait réellement faire le patient à l'extérieur de l'hôpital mais certaines activités peuvent permettre à la personne de se recréer avec qui elle est, en termes de déficits et de ressources. Lors de nos stages en neuroréhabilitation, il y avait des après-midi ou soirée « film », des bricolages ou encore de la poterie. Ce qui peut en plus de leurs utilités divertissantes, favoriser la gestuelle des patients ayant une atteinte sensitivomotrice. Etre attentif à ce que le patient ne s'ennuie pas lors de son hospitalisation, peut aider à prévenir une dépression.

Les patients peuvent ressentir un malaise en raison de la présence de personnes étrangères qui envahissent leur sphère privée, surtout lorsque la réhabilitation est de longue durée.

Il est important de s'annoncer avant d'entrer dans une chambre, de fermer les rideaux entre les lits selon leur volonté. L'infirmière se doit d'avoir conscience que la chambre du patient fait office de maison provisoire. Cependant la réalité hospitalière est que les chambres comportent parfois 4 lits, l'intimité des patients est alors limitée.

Diverses astuces peuvent tout de même aider les patients à se sentir « chez eux ». Lors de notre stage, les soignants avaient instauré des « heures de tranquillité » : si un patient recevait la visite de son conjoint, personne n'avait le droit de rentrer dans la chambre et cela contribuait au respect de leur vie privée. Maintenir le lien familial et impliquer la famille dans les soins est essentiel. Selon D.

Morin, l'infirmière a pour rôle d'intégrer la famille dans les soins afin de légitimer sa présence et son implication dans le projet de soin, dans le but qu'elle devienne un « soignant naturel » dans le cadre du domicile.

Un autre élément considérable à prendre en compte en tant qu'infirmier est le rythme du quotidien hospitalier car il peut favoriser un état dépressif chez les patients. Les nombreuses séances de thérapies sont éprouvantes pour les patients. Leurs calendriers sont très chargés en raison de leur réadaptation. Ils ont peu de temps pour se reposer, se ressourcer et réfléchir à leur devenir. Il est souhaitable que l'infirmière puisse prendre du temps afin de parler avec le patient de son état mental et de son devenir. Elle se doit d'être attentive au langage qu'elle emploie afin qu'il comprenne tous les aspects de sa prise en charge. Par sa présence 24/24h, elle assure une continuité dans le suivi du patient. C'est l'un de ses rôles de détecter une démoralisation du patient, d'identifier et d'investiguer un probable état dépressif. D'où l'importance de créer une relation de confiance.

L'infirmière devrait aussi préparer avec le patient son retour à domicile car selon D. Morin, le sentiment d'abandon est très présent dans cette période de fin d'hospitalisation.

L'un des principaux buts, selon elle, serait qu'il y ait une mise en commun des objectifs et des indicateurs d'atteintes. Bien souvent dans la pratique, ceux-ci sont différents entre les soignants et les patients. Pour rebondir sur les propos de Mme Morin, il s'agirait d'aller plus loin que la relation de confiance citée dans le paragraphe précédent et développer avec ce patient unique un partenariat. Partenariat qui permettrait au patient de partager son expertise, en termes de connaissance de soi, de ressources, de valeurs et d'être reconnu comme un partenaire à part entière avec lequel l'équipe soignante peut construire un projet de soin.

Claire Marin (2014), pose la question suivante, «Pourquoi l'idée de rééducation est-elle centrale ?» Et y répondrai ainsi : «La rééducation permet de s'approprier son corps blessé ou handicapé, de l'incorporer à soi, de reconnecter des parties qui avaient été séparées, de reconstituer l'unité d'un organisme et de permettre la reprise des flux dynamiques qui traversent le corps et lui impulsent ses mouvements.» (p.66)

Les encouragements positifs des soignants sont des facteurs protecteurs pour prévenir une dépression. En effet, il est difficile pour les patients d'accepter leur perte d'indépendance. La brutalité de l'AVC ne leur permet pas de se protéger. Chaque personne est unique et va vivre sa maladie à sa façon. Plusieurs articles démontrent que plus l'handicap physique est important, plus la personne a de la difficulté à accepter ses déficiences. Réalité encore plus compliquée quand l'handicap touche à des troubles cognitifs comme des troubles attentionnels ou mnésiques. Ces symptômes dit invisibles, sont tout aussi handicapants. L'infirmière doit être attentive à la perception du patient face à l'impact de l'AVC a sur sa vie.

Selon D. Morin, les stratégies de coping sont essentielles dans la réhabilitation post-AVC mais ne sont pas assez mobilisées par les infirmières. En effet, elle a constaté que durant ses ateliers, les stratégies de coping représentent un atout significatif pour les patients et qu'il est facile pour eux de les intégrer dans leur manière de percevoir leurs handicaps et leurs apprentissages. Le coping des patients va souvent se baser sur un élément positif qui est l'une de leurs ressources, comme leur

famille et leur environnement. C'est pour cela qu'ils abordent plus volontiers ce sujet avec les professionnels de santé car ils valorisent plus facilement leurs comportements positifs.

7.3 Référence théorique

Nous allons maintenant aborder l'intérêt que peut avoir le concept du rétablissement dans cette thématique. Les articles que nous avons lus et analysés nous ont amené beaucoup d'éléments intéressants, certains que nous pouvons lier au concept du rétablissement. Comme nous l'avons expliqué précédemment, il s'agit d'un concept ciblant la redéfinition du soi, la relation à l'espace temporel, le pouvoir d'agir et la relation avec les autres.

Selon Marin (2014), «Il s'agit sans doute plus d'aider le patient à se soigner lui-même que de le soigner directement.» (p.61)

Une dimension très importante de ce concept, selon Provencher (2007), est l'appropriation du pouvoir d'action de la personne. C'est une dimension également centrale en réhabilitation. Comme le mentionne Turner (2010) dans son article, les patients ont parlé de «desempowerment» durant leur réhabilitation. Ce ressenti est souvent abordé par les personnes dans cette étude comme étant un sentiment fort et présent durant leur séjour. Et le concept du rétablissement consiste, entre autre, à agir sur ce sentiment de pouvoir d'action restreint.

D'autres buts de ce concept sont que le patient puisse accepter de nouvelles facettes de soi, qu'il puisse également croire dans son potentiel de transformation et qu'il puisse avoir l'espoir en son avenir. Ce sont des valeurs auxquels nous avons pensé en choisissant cette thématique pour notre travail, même avant de choisir le concept du rétablissement comme théorie. Ces mêmes aspects ont été cités et discutés dans plusieurs de nos articles. Kirkevold (2010) nous parle des différents rôles et fonctions infirmières, capitales en réhabilitation, comme étant : la fonction conservatrice, la fonction d'interprétation, la fonction consolatrice et la fonction d'intégration.

La fonction d'interprétation a pour but d'aider le patient et ses proches à comprendre l'AVC et son influence sur la personne, et les changements que cela peut impliquer dans son quotidien. Pour reprendre les termes de Provencher, cela fait partie des nouvelles facettes de la personne, de son nouveau soi, d'après le problème de santé, de la dimension de redéfinition de soi. Comme le mentionne Kirkevold (2010), la découverte et la considération de ces changements sont nécessaires pour que la personne puisse avancer de façon optimale dans son parcours de réhabilitation.

La fonction consolatrice consiste avant tout à soutenir, accompagner le patient et entendre sa souffrance émotionnelle. Elle a pour but d'aider le patient à donner un sens personnel à sa vie, malgré son trauma. L'espoir en une meilleure vie, évoqué dans le concept du rétablissement, met aussi en valeur le fait de reconnaître les souffrances, les difficultés et les ressources de la personne.

La fonction d'intégration de Kirkevold va elle se cibler sur l'aide amenée au patient pour qu'il intègre les activités et compétences nouvellement acquises. Elles ne seront mises à profit que lorsque le patient croira dans son propre potentiel de transformation. Le concept du rétablissement évoque des aspects similaires dans sa dimension du pouvoir d'agir.

Qu'il s'agisse de réhabilitation ou de rétablissement, il est capital de pouvoir identifier, avec la personne, les ressources qu'elle possède elle-même et dans son entourage/environnement. Provencher (2007) nous décrit la famille et la communauté de la personne comme un soutien essentiel dans son processus de rétablissement. Et pour la rejoindre, Turner (2010) aborde

l'importance que l'implication de la famille dans le projet de soins va favoriser, renforcer le sentiment d'empowerment chez le patient.

Les aides et ressources extérieures à la personne sont une partie importante de l'évolution de celle-ci et Provencher nous parle entre autre dans ce chapitre des bienfaits que peuvent amener les pairs aidants. Qu'est-ce qu'un pair aidant ? Il s'agit d'une personne ayant vécu un problème de santé similaire, et qui aujourd'hui peut témoigner de son vécu et de son évolution positive. C'est avant tout pour le patient l'occasion d'entendre le récit de l'histoire de vie d'une personne ayant fait face à un trouble similaire. Le but étant pour le patient de pouvoir reprendre de l'espoir au travers de cet apport extérieur, qu'il puisse lui servir de modèle d'identification, d'inspiration pour certains aspects qu'il juge lui être similaires. Il s'agit aussi d'une autre source d'information pour le patient, ne faisant pas partie directe du cercle de soignants. Les pairs aidants sont une ressource utilisée notamment en psychiatrie et en oncologie. Que ce soit sur le plan de l'information, du soutien ou du modèle, il pourrait amener un élément que nous n'avons pas en tant que soignant : le vécu personnel. Pouvoir se raccrocher aux dires d'une personne ayant été à votre place à un moment de sa vie, c'est donner la possibilité d'espoir en son avenir et en ses capacités potentielles, malgré ses lésions présentes.

D. Morin nous a parlé des différents intérêts que peuvent avoir ces témoignages. Ils seraient surtout bénéfiques de les faire intervenir en fin d'hospitalisation, car les patients, ayant d'avantage de recul, seront plus à l'écoute et plus réceptifs. Ces témoignages pourraient les aider à se préparer au retour à domicile. Toujours selon elle, les patients donneraient d'avantage de valeur aux dires de personnes ayant vécu leur situation, qu'au personnel soignant.

Comme nous l'avons décrit au début de notre travail, un point central du concept du rétablissement est l'évolution de la personne dans un processus comprenant cinq phases.

La phase moratoire, caractérisée par la perte d'espoir, d'identité, d'un sens à la vie et par le sentiment d'être dépassé par la situation. La phase de conscience, caractérisée par une hausse de l'espoir, une acceptation de la maladie (problématique de santé), donner un sens à cette problématique de santé et l'envie de prendre soin de soi. La phase de préparation, caractérisée par l'espoir de se rétablir, la reconnaissance de ses forces et ses faiblesses, l'établissement de buts futurs et l'utilisation des ressources existantes. La phase de reconstruction, caractérisée par la confiance dans sa capacité de se remettre, l'acceptation de la problématique de santé comme faisant partie de soi, ce que la maladie nous a permis d'apprendre sur la vie et sur nous même et la volonté d'être responsable de sa vie. La phase de croissance, caractérisée par le bien-être de la personne, un optimisme vers son futur, le bonheur d'être soi, l'engagement dans de nouveaux projets et le sentiment d'avoir le contrôle de sa vie. Chacune de ces phases est traversée par la personne, en lien avec sa problématique de santé. Elle avance dans ces phases à son propre rythme en fonction de sa personne, de ses ressources, ses valeurs, du sens qu'elle donne à cet évènement de santé et à sa vie.

Le but principal pour l'infirmière est de pouvoir identifier dans quelle phase le patient se trouve, d'où il vient et qu'est-ce qu'il lui faudrait pour passer à la phase suivante. L'idéal étant de pouvoir identifier à chaque fois les ressources nécessaires pour que la personne puisse évoluer favorablement. Il s'agira aussi de s'adapter au rythme de la personne. Que les objectifs dans son projet de soins lui soient personnels et adaptés. L'évolution dans ces différentes phases devrait évidemment être l'objet d'observations de la part de l'infirmière, afin de déceler de possibles

indicateurs d'une évolution positive dans ce processus. Le principal indicateur d'évolution positive étant l'autodétermination de la personne dans l'orientation de sa vie.

Pour nous, les différentes phases décrites par le concept du rétablissement font beaucoup de parallèles avec ce que nous avons pu vivre et voir en stage, ceci avec le vécu des patients que nous avons accompagnés. Nous pensons que ces phases sont transposables dans un processus de réhabilitation post-AVC. Qu'elles sont un outil à même d'être utilisé par l'infirmière, un outil pouvant également parler au patient.

L'importance de la thématique de l'acceptation de la maladie revient régulièrement dans les écrits et dans la pratique comme un élément clé de la réhabilitation. Et pour faire le lien entre le concept du rétablissement et les implications dans la pratique, nous allons revenir sur les dires de D. Morin. Selon elle, l'apprentissage des différentes phases d'acceptation de la maladie est une étape capitale dans le processus d'assimilation de ses nouvelles conditions de vie. Ce sont ces mêmes phases d'acceptation de la maladie qui permettront à la personne de valoriser ses capacités de résilience. Les différentes étapes du rétablissement guident également la personne vers l'acceptation de sa maladie.

7.4 Éléments inattendus

Nous nous sommes aperçus en comparant les différents résultats de nos recherches, que plusieurs d'entre eux étaient contradictoires sur certains aspects. Par exemple les thématiques de l'efficacité des antidépresseurs, du sexe des patients ou encore de l'impact des lésions neurologiques sur le risque de développer une dépression post-AVC. Malgré ces divergents résultats, le choix de l'utilisation d'une théorie infirmière représente pour nous une manière de prendre en soin le patient sur une base commune, qui ne dépend pas uniquement des différents résultats de recherche.

Un élément qui nous a surpris est que la plupart des chercheurs proposent peu d'interventions concrètes en lien avec leurs résultats.

Par ailleurs, nous avons été interpellé des renseignements que Madame D. Morin nous a donnés concernant les interventions mises en place en Suisse romande pour le suivi post-AVC. Il n'y aurait apparemment, que le Centre Hospitalier Universitaire Vaudois qui propose un programme comme décrit précédemment. Cela sous entendrait que rien de spécifique n'est mis en place dans le reste de la Suisse romande.

7.5 Recommandations pour la recherche infirmière

Après lecture et analyse de nos 7 articles, nous pouvons mettre en évidence que certaines questions restent en suspens.

Selon Eriksen, S., Gay, C., Lerdal, A. (2015), des études futures sont nécessaires pour examiner comment les facteurs ultérieurs tels que le retour au travail, la récupération de la fonction et le soutien social peuvent influencer la prévention d'une dépression post-AVC. Ils remarquent aussi que des études ont démontré que le soutien psychosocial peut améliorer la qualité de vie des patients après un AVC, mais d'autres preuves sont nécessaires afin d'évaluer son efficacité.

D'après Turner, J. (2010), l'étude a ouvert la porte à d'autres questionnements sur l'influence des facteurs psychosociaux dans l'environnement hospitalier : ceux prenant en compte la formation du

personnel, l'efficacité de la communication et de la coordination au sein du service, professionnellement et en lien avec la famille.

Les chercheuses Booth, J., Hillier, V., et Davidson, I. (2004), constatent que les infirmières ne sont pas suffisamment formées pour travailler avec les patients victimes d'AVC. Ils préconisent donc d'avantage de recherche sur leur programme mis en place dans leur étude afin d'apporter un effet bénéfique sur les résultats des patients.

Bour, A., Rasquin, S., Aben, I., Boreas, A., Limburg, M., Vernhey, F. (2010), ont souligné que les patients ayant de simples troubles dépressifs sont souvent exclus des études et pourtant cela serait intéressant de les prendre en compte. Dans la plupart des recherches effectuées, les patients aphasiques étaient exclus en raison de la difficulté pour les chercheurs d'évaluer leur état mental. Mais selon ces auteurs, il existe des mesures de dépistage pour définir la gravité de la dépression chez les patients aphasiques et cela pourrait permettre de les inclure dans les études. Ils préconisent aussi de faire davantage de recherche sur les antidépresseurs pour les patients victimes d'un AVC.

Certaines thématiques nous semblent plus pertinentes à relever et à approfondir dans la recherche. Notamment l'utilisation des antidépresseurs chez des patients victimes d'AVC. Pour nous, il serait essentiel de pouvoir se fier à des recherches congruentes et focalisées sur le sujet de cette thématique car les résultats des recherches étudiées jusqu'à présent sont divergents. Un des biais que nous avons rencontré dans certains articles choisis est le petit nombre de participants.

Nous trouverions intéressant que dans les futures études, les chercheurs agrandissent leur échantillon notamment sur les patients aphasiques et les victimes d'un AVC hémorragique qui ont été la plupart du temps exclus des études.

Il serait aussi pertinent, selon nous, de pouvoir interviewer des patients sur leur proactivité, ce qui selon eux, favoriserait leur stimulation au quotidien et casserai la routine hospitalière.

7.6 Recommandations pour la pratique clinique

Cette partie concerne les différentes préconisations que nous avons estimées les plus intéressantes et applicables dans notre future pratique. Elles nous semblent cohérentes par rapport à la mission d'un service de réhabilitation.

D'après Cassidy, E., O'Connor, R., O'Keane, V. (2004), une équipe de psychiatrie de liaison serait susceptible d'être bénéfique.

Bour, A., Rasquin, S., Aben, I., Boreas, A., Limburg, M., Vernhey, F. (2010), explique qu'une meilleure compréhension de l'évolution spontanée de la dépression post-AVC peut aider à décider si et quand un patient doit être traité avec des antidépresseurs et/ou des interventions non-pharmacologiques.

Selon Turner, J. (2010), la possibilité de faire appel à des aumôniers dans un service de réhabilitation pourrait considérablement aider l'orientation spirituelle et psychologique.

Booth, J., Hillier, V. et Davidson, I. (2004) constatent qu'aucun modèle de réadaptation alternative n'est disponible pour leur étude et ils ont conclu qu'il fallait se concentrer sur la préparation pédagogique des infirmières concernant leur rôle dans la réadaptation.

En ce qui nous concerne, nous pensons que les échelles d'auto-évaluation psychologiques peuvent être très efficaces afin de prévenir une possible dépression. Elles peuvent permettre au patient de se

situer et de prendre le recul nécessaire afin de mettre en évidence leur ressenti. De plus nous nous demandons s'il ne serait pas pertinent, pour les patients avec des troubles cognitifs, que les infirmières s'approprient et utilisent ces échelles d'évaluation psychologiques pour détecter et anticiper un syndrome de dépression.

Nous pensons également que des entretiens formels et ponctuels entre l'infirmière et le patient pourraient représenter une manière efficace d'aborder les besoins et difficultés de la personne. Cela nous permettrait d'une part de faire des liens avec les différentes répercussions psychologiques que vit le patient, d'autre part, de veiller à ce que le suivi du projet de soin de la personne soit cohérent avec ses attentes. Selon D. Morin, ces entretiens donneraient une dimension supplémentaire dans laquelle les patients pourraient se décharger de leur souffrance potentielle et s'ouvrir à un futur. Ces entretiens pourraient faire partie du planning thérapeutique.

Les retours provisoires à domicile sont selon nous susceptibles d'être bénéfiques à l'évolution positive du patient, ils pourraient permettre de construire un projet de soin efficace et adapté, basé sur des faits concrets qu'aurait vécu le patient lors de ses retours chez lui.

7.7 Limites de la revue de littérature

Dans cette partie, nous allons aborder les limites que nous avons rencontrées durant la réalisation de ce travail.

Tout d'abord, l'utilisation des bases de données était nouvelle pour nous, il nous a fallu du temps pour nous approprier l'outil CINAHL. Nous avons constaté au fur et à mesure que notre travail avançait, que nous gagnions en efficacité et rapidité dans nos recherches spécifiques.

Le fait que l'intégralité des articles sélectionnés soit en anglais, a représenté une charge de travail conséquente et la finesse de la traduction n'a pas été évidente à retranscrire.

Il va de soi que la localisation des pays où les recherches ont été effectuées représente une limite dans l'interprétation des résultats. La culture et l'identité de chaque pays amènent des valeurs qui lui sont propres. Elles influencent directement sur la pratique clinique et nous ne pouvons pas forcément les transposer à notre culture et à nos pratiques de soin suisse.

Avant de commencer la rédaction de notre travail de Bachelor, nous avions comme projet de définir une catégorie d'âge spécifique dans notre recherche d'article. Cependant nous nous sommes rapidement aperçus que peu d'articles se limitaient à une tranche d'âge stricte. Nous avons donc élargi notre échantillon de recherche afin qu'il corresponde à nos critères d'inclusion.

Une dernière limite de notre travail est que selon nous, nous ne proposons que peu d'interventions infirmières concrètes, nouvelles et dont nous sommes sûrs de l'efficacité dans la pratique. Nous disposons actuellement d'énormément de différentes pistes d'interventions mais il est difficile pour nous de juger lesquelles seront les plus à même d'être transposées, appliquées et pertinentes dans la pratique. Nous aurions au final nous-mêmes besoin de pratiquer ces différentes interventions pour nous rendre compte des possibles bénéfices pour le patient.

8. Conclusion

Pour clôturer cette rédaction, il nous a semblé important de partager quelques éléments clés et réflexions.

Ce travail représente pour chacun de nous une découverte dans le monde de la recherche. L'un des principaux apprentissages que nous avons réalisés est l'utilisation et l'appropriation des bases de données. Au terme de cet exercice, nous arrivons à déceler l'importance qu'elles pourraient avoir dans notre pratique future pour améliorer la prise en soin des patients. Ce qui nous donne envie de les réutiliser.

Il est également le plus grand investissement en temps et en énergie de notre formation en soin infirmier. Notre choix de binôme s'est construit sur la base de notre intérêt commun pour cette thématique qu'est la dépression post-AVC et non sur des liens uniquement amicaux. L'un des éléments le plus aidant lors de la réalisation de notre travail, a été l'acceptation de l'expression de chacun dans l'accord et dans le désaccord. Nous avons réussi à gérer et à alterner le travail que nous réalisons seuls ou en commun, ce qui nous a permis une réflexion plus personnelle et approfondie. Cela a aussi servi à se confronter à la vision de l'autre et à prendre du recul sur notre travail. Nous avons réussi à trouver un équilibre entre nos deux façons d'être, ce qui a contribué à une bonne gestion du temps et à la répartition équitable et harmonieuse de notre travail.

Cet exercice nous a conforté dans notre volonté d'être attentif et impliqué vis-à-vis de cette thématique en tant que futurs professionnels de santé dans les domaines de la neurologie et de la psychiatrie. Notre représentation sur la problématique de la dépression post-AVC a évolué dès le commencement de nos recherches. En effet, nous ne nous attendions pas à ce que ce problème de santé soit aussi récurrent dans l'actualité des recherches. La dépression post-AVC est une problématique suffisamment large et complexe pour que chacun des articles retenus ait une identité propre et une volonté d'amener des résultats uniques.

Certains articles nous ont renvoyé à une représentation de l'infirmière qui nous a quelque peu interrogés. En tant qu'étudiant nous pouvons avoir une représentation parfois idéalisée de l'infirmière et de son rôle dans les soins. Certaines études mettent bien en valeur l'importance d'être conscient des limitations de la pratique imposée par la charge de travail, par certaines contraintes économiques et le besoin de formation du personnel.

L'interview que nous avons eu la chance de réaliser avec Madame D. Morin, nous a permis d'avoir des réflexions concrètes vis-à-vis de la pratique. En partageant son avis d'experte, elle a légitimé certaines de nos idées que nous présentons dans notre travail. Cette interview nous a permis de nous informer sur les éléments présents dans le canton de Vaud et ont confirmé qu'il y avait peu d'outil mis en place pour prévenir la dépression post-AVC.

Nous sommes heureux d'avoir réalisé ce travail ainsi que de notre implication tout au long de sa réalisation. Nous avons su respecter l'agenda que nous avons prévu et nous accorder le temps de réflexion nécessaire pour l'élaboration de ce projet.

Ayant tous les deux fait un stage dans un service de neuroréhabilitation, nous constatons que les infirmières ont les compétences nécessaires pour influencer sur l'évolution psychologique du patient

et l'intégrer dans le projet de soins voire de co-construire le projet de soin avec lui. Ce stage, ainsi que nos expériences professionnelles et ce travail nous permettent de nous positionner professionnellement et de revendiquer un savoir, un savoir faire et surtout un savoir être infirmier.

9. Bibliographie

9.1 Liste de références bibliographiques

- American Psychiatric Association (2000). *DSM IV-TR manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. France : Masson
- Booth, J., Hillier, V., Waters, K., Davidson, I. (2005). Effects of a stroke rehabilitation education programme for nurses. *Journal of Advanced Nursing* 49(5), 465–473.
- Bour, A., Rasquin, S., Aben, I., Boreas, A., Limburg, M., Vernhey, F. (2010). *A one-year follow-up study into the course of depression after stroke*. Repéré à : <http://dx.doi.org/10.1007/s12603-010-0033-x> (doi)
- Cassidy, E., O'Connor, R., O'Keane, V. (2004). *Prevalence of post-stroke depression in an Irish sample and its relationship with disability and outcome following inpatient rehabilitation*. Repéré à : PMID: 14668142 NLM UID: 9207179 (medline)
- Document du catalogue de stage de la Haute Ecole de Santé la Source. Repéré à : <http://www.ecolelasource.ch/fichiers-stages/document/CHUV DNC ORG REHH.pdf>
- Eriksen, S., Gay, C., Lerdal, A. (2015). *Acute phase factors associated with the course of depression during the first 18 month after first-ever stroke* Repéré à : <http://dx.doi.org/10.3109/09638288.2015.1009181> (doi)
- Favrod, J., Rexhaj, S., Bonsack, C. (2012). Le Processus Du Rétablissement. Dossier Rétablissement et Psychose, *Santé Mentale*, 166 : 32-37
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (2^{ème} éd.). Montréal, Canada : Cheneliere Education.
- Geets, E., Ingwiller, C., Thirioux, K. (2011). La prise en charge infirmière en service de rééducation. *Soins*; 757: 32-37
- Gilbert, M., Dujardin, L., Morand, P., Calonne, K. et al. (2011). L'attaque cérébrale, une urgence thérapeutique. *Soins*; 757: 25-31
- Giroud, M. et al. (2011). Les accidents vasculaires cérébraux, des avancées thérapeutiques. *Soins* ; 757: 16-8.
- Jones Warren, B. (2007). The state of nursing science - cultural and lifespan issues in depression: part i: focus on adults. *In mental health nursing*, 28: 707–748. doi: 10.1080/01612840701405067
- Lewin-Richter, A., Volz, M., Jobges, M., Werheid, K. (2015). *Predictivity of early depressive symptoms for post-stroke depression*. Repéré à : <http://dx.doi.org/10.1007/s12603-015-0540-x> (doi)

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2016). *Définitions de la dépression*. Repéré à : <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-definition>

Santos Brosch, C-M., (2010), Lésions vasculaires et dépression à début tardif: mythe ou réalité? *La revue de littérature Suisse* 6, 751-752

Schöttke, H., Giabbiconi, C. M. (2015). Post-stroke depression and post-stroke anxiety: prevalence and predictors. *International Psychogeriatric Association*, 27:11, 1805–1812. doi:10.1017/S1041610215000988

Spicher, L., (communication personnelle {Présentation PowerPoint}, février 2015), conférence Mr. Boulanger/AVC.

Stephan, P. (2011). L'insertion sociale et professionnelle du patient. *Soins* ; 757 : 39-41

Turner, J. (2010). *Environmental Factors of Hospitalisation which contribute to Post-stroke Depression during rehabilitation for over 65 year olds*. Repéré à :1440-3994 (ISSN)

9.2 Liste bibliographique

Brunner, L. S., Smeltzer, S., Bare, B., & Suddarth, D. S. (2011), *Soins infirmiers en médecine et chirurgie 1: Généralités*, Bruxelles: Groupe de Boeck

Choi, N. G., Ransom, S., Wyllie, R. J. (2008). Depression in older nursing home residents: The influence of nursing home environmental stressors, coping, and acceptance of group and individual therapy. *Aging & Mental Health*, Vol. 12, No. 5, 536–547. doi : 10.1080/13607860802343001

Cottureau, M. J. (2007), *Soins infirmiers aux personnes atteinte de troubles psychiatriques – Prise en charge et diagnostics infirmiers*, Paris : Masson

Crocq, M. A. ((2014), Les principes du DSM. *Annales Médico-Psychologiques* 172 : 653–658. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2014.08.008>

Debray, Q. (2007), *Psychiatrie – Syndromes des Maladies*, Soins infirmiers, Paris : Masson

Fortinash, K., Holoday Worret, P. (2013). *Soins infirmiers, santé mentale et psychiatrie*. Bruxelles : Groupe de Boeck

Goffman, E. (1989), *Stigmaté. Les usages sociaux du handicap*, Paris : Minuit

Glozier N., «Workplace effects of the stigmatisation of depression», *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 40(9), 1998. p.793-800.

Graven, C., Brock, K., Hill, K., Joubert, L. (2011). Are rehabilitation and/or care co-ordination interventions delivered in the community effective in reducing depression, facilitating participation and improving quality of life after stroke? *Disability And Rehabilitation*; 33 (17–18): 1501–1520 doi: 10.3109/02699052.2012.729287

Greenwood, N., Mackenzie, A., Cloud, G., Wilson, N. (2010). Loss Of Autonomy, Control And Independence When Caring: A Qualitative Study Of Informal Carers Of Stroke Survivors In The First Three Months After Discharge. *Disability And Rehabilitation*; 32(2): 125–133. doi: 10.3109/09638280903050069

Guillemin, M. C., Michel, C., Pradat, P., Riéra, C., Vignard, H. (1998), *Neurologie, Neurochirurgie et soins infirmiers*, France : Lamarre

Hachette & Oxford Mini dictionnaire français-anglais : anglais-français. (2013). Paris, France : Hachette Education

Korpershoek, C., van der Bijl, J., Hafsteinsdottir, B. (2011). Self-efficacy and its influence on recovery of patients with stroke. *Journal of Advanced Nursing* 67(9), 1876–1894. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05659.x

Lewis, S.M., Heitkemper, M. M., & Dirksen, S. R. (2011), *Soins infirmiers : médecine- chirurgie*, Bruxelles : Groupe de Boeck

Marin, C. (2014), *La maladie, catastrophe intime*, France : PUF

Marieb, E.N., & Hoehn, K. (2010), *Anatomie et physiologie humaines*, Paris: ERPI

Nancy, J. L. (2000), *L'Intrus*, Paris : Galilée

Ojagbemi, A., Akinyemi, R., Baiyewu, O. (2014). Cognitive dysfunction and functional limitations are associated with major depression in stroke survivors attending rehabilitation in Nigeria. *NeuroRehabilitation* 34 : 455–461. doi:10.3233/NRE-141061

Prudhomme, C. & Brun, M-F. (2012), *Pathologies neurologiques*, France : Maloine

Rashid, N., Clarke, C., Rogish, M. (2013). Post-stroke depression and expressed emotion. *Brain Injury*,; 27(2): 223–238. doi: 10.3109/02699052.2012.729287

10. Annexe

10.1 Grille d'analyse vierge

Grille d'analyse d'études quantitatives et qualitatives adaptée de Fortin, 2010, pp. 88-91 :

Éléments d'évaluation	Questions pour réaliser la lecture critique
Titre <i>Titre en anglais/français (traduction)</i> <i>Auteurs (métier)</i> <i>Date de publication et journal (fiabilité)</i> <i>Lieu de la recherche</i> <i>Concepts clés et population (précisés dans le titre)</i>	
Résumé <i>Problème/Méthode/Résultats/Discussion (précisés dans le résumé)</i>	
Introduction	
Cadre de recherche <i>Méthode de recherche</i> <i>Cadre conceptuel ou théorique défini et justifié et cohérent avec la méthode</i> <i>Concepts clés définis et liés au but de l'étude</i>	
But, question de recherche <i>But clair et concis</i> <i>Questions/hypothèses clairement énoncées</i> <i>Expérience des participants/croyances/valeurs/perceptions (de quoi cela traite-il ?)</i>	
Méthode	
Population et échantillon <i>Description détaillée et précise de la population de l'étude et de l'échantillon</i> <i>Taille de l'échantillon déterminée</i> <i>Méthode appropriée d'accès au site et de recrutement des participants</i> <i>Saturation des données</i>	
Considérations éthiques <i>Questions éthiques identifiées</i> <i>Participants/leurs voix représentés adéquatement</i> <i>Moyens adéquats pour sauvegarder leurs droits/consentement éclairé</i> <i>Minimisation des risques et maximisation des bénéfices pour les participants</i>	
Mode de collecte des données <i>Méthodes et outils correctement décrits</i> <i>Méthodes et outils appropriés à la méthode de recherche et au cadre conceptuel</i> <i>Méthodes et outils créés pour les besoins de l'étude ou</i>	

<i>importés</i> <i>Méthodes et outils validés et fiables</i> <i>Questions bien posées et observations bien ciblées</i> <i>Données recueillies suffisantes et étayées</i>	
Conduite de la recherche <i>Le processus de collecte de données clairement décrit</i> <i>Personnel compétent pour minimiser les interprétations</i>	
Analyse des données <i>Méthode d'analyse statistique précisée et détaillée</i> <i>Méthode/stratégie d'analyse en cohérence avec la méthodologie</i> <i>Résumé compréhensible des résultats qui met en évidence des extraits rapportés</i>	
Résultats	
Présentation des résultats <i>Adéquatement présentés sous forme de tableau ou diagramme ou figure ou graphique ou modèle ou autre</i> <i>Résumés par un texte narratif</i> <i>Formulés avec exactitude</i> <i>Résultats évalués par les participants ou experts</i> <i>Signification et fiabilité et conséquence des résultats</i>	
Discussion	
Conséquences et recommandations <i>Conséquences pour la pratique clinique</i> <i>Conséquences et intérêts pour la discipline/pratique infirmière</i> <i>Recommandations pour les recherches futures</i> <i>Données suffisamment riches pour appuyer les conclusions</i> <i>Conclusion découle de l'interprétation des données</i>	

10.2 Questionnaire de BECK

Questionnaire de BECK (pour l'évaluation du niveau de dépression) (Pr Aaron Temkin Beck, psychiatre et Professeur émérite l'Université de Pensylvanie)

Choisissez la réponse qui correspond le mieux à votre état au cours de ces 3 dernières semaines.

Si votre total dépasse 20, vous souffrez peut-être de dépression et vous devriez apporter ce questionnaire à un médecin pour discuter de vos symptômes et de leur effet sur votre vie.

0- Je ne me sens pas triste. 1- Je me sens triste. 2- Je me sens perpétuellement triste et je n'arrive pas à m'en sortir. 3- Je suis si triste ou si découragé(e) que je ne peux plus le supporter.

0- Je ne me sens pas particulièrement découragé(e) en pensant à l'avenir. 1- Je me sens découragé(e) en pensant à l'avenir. 2- Il me semble que je n'ai rien à attendre de l'avenir. 3- L'avenir

est sans espoir et rien ne s'arrangera.

o- Je n'ai pas l'impression d'être une(e) raté(e). 1- Je crois avoir connu plus d'échecs que le reste des gens. 2- Lorsque je pense à ma vie passée, je ne vois que des échecs. 3- Je suis un(e) raté(e).

o- Je tire autant de satisfaction de ma vie qu'autrefois. 1- Je ne jouis pas de la vie comme autrefois. 2- Je ne tire plus vraiment de satisfaction de la vie. 3- Tout m'ennuie, rien ne me satisfait.

o- Je ne me sens pas particulièrement coupable. 1- Je me sens coupable une grande partie du temps. 2- Je me sens vraiment coupable la plupart du temps. 3- Je me sens constamment coupable.

o- Je n'ai pas l'impression d'être puni(e). 1- J'ai l'impression d'être parfois puni(e). 2- Je m'attends à être puni(e). 3- Je sens parfaitement que je suis puni(e).

o- Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même. 1- Je suis déçu(e) de moi-même. 2- Je suis dégoûté(e) de moi-même. 3- Je me hais.

o- Je ne crois pas être pire que les autres. 1- Je critique mes propres faiblesses et défauts. 2- Je me blâme constamment de mes défauts. 3- Je suis à blâmer pour tout ce qui arrive de déplaisant.

o- Je ne pense jamais à me tuer. 1- Je pense parfois à me tuer mais je ne le ferai probablement jamais. 2- J'aimerais me tuer. 3- Je me tuerais si j'en avais la possibilité.

o- Je ne pleure pas plus que d'habitude. 1- Je pleure plus qu'autrefois. 2- Je pleure constamment. 3- Autrefois, je pouvais pleurer, mais je n'en suis même plus capable aujourd'hui.

Prénom : Nom : Date de
naissance:.....

o- Je ne suis pas plus irritable qu'autrefois. 1- Je suis légèrement plus irritable que d'habitude. 2- Je me sens agacé(e) et irrité(e) une bonne partie du temps. 3- Je suis constamment irrité(e) ces temps-ci.

o- Je n'ai pas perdu mon intérêt pour les autres. 1- Je m'intéresse moins aux gens qu'autrefois. 2- J'ai perdu la plus grande partie de mon intérêt pour les autres. 3- Les gens ne m'intéressent plus du tout.

o- Je prends mes décisions exactement comme autrefois. 1- Je remets les décisions au lendemain beaucoup plus fréquemment qu'autrefois. 2- J'éprouve de grandes difficultés à prendre des décisions de nos jours. 3- Je suis incapable de prendre des décisions.

o- Je ne crois pas que mon apparence a empiré. 1- Je crains d'avoir l'air plus âgé(e) ou moins attrayant(e). 2- Je crois que mon apparence a subi des changements irréversibles qui me rendent peu attrayant(e). 3- Je crois que je suis laid(e).

o- Je travaille aussi bien qu'autrefois. 1- J'ai besoin de fournir un effort supplémentaire pour

commencer un travail. 2- Je dois me forcer vraiment très énergiquement pour faire quoi que ce soit.
3- Je suis absolument incapable de travailler.

o- Je dors aussi bien que d'habitude.1- Je ne dors pas aussi bien que d'habitude.2- Je me réveille une à deux heures plus tôt que d'habitude et j'ai du mal à me rendormir.3- Je me réveille plusieurs heures plus tôt que d'habitude et ne parviens pas à me rendormir.

o- Je ne me sens pas plus fatigué(e) que d'habitude. 1- Je me fatigue plus vite qu'autrefois.2- Un rien me fatigue.3- Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.

o- Mon appétit n'a pas changé.1- Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude. 2- Mon appétit a beaucoup diminué.3- Je n'ai plus d'appétit du tout.

o- Je ne crois pas avoir maigri ces derniers temps. 1- J'ai maigri de plus de cinq livres (2.2 kg).2- J'ai maigri de plus de dix livres (4.5 kg).3- J'ai maigri de plus de quinze livres (6.8 kg).

o- Ma santé ne m'inquiète pas plus que d'habitude.1- Certains problèmes physiques me tracassent comme des douleurs, des maux d'estomac ou des vertiges. 2- Je suis très inquiet(e) à propos de problèmes physiques et il m'est difficile de penser à autre chose.3- Mes problèmes physiques me tracassent tant que je n'arrive pas à penser à rien d'autre.

o- Je n'ai pas remarqué de changements à propos de ma sexualité. 1- Je m'intéresse moins aux rapports sexuels qu'autrefois.2- Je m'intéresse beaucoup moins aux rapports sexuels.3- J'ai perdu tout intérêt pour les rapports sexuels.

Votre Total: (sur 63)

10.3 CD-ROM