

***Comment l'infirmière peut-elle faire émerger
les forces de l'adulte hospitalisé afin de
prévenir la dépression post-AVC ?***

Travail de Bachelor

GOGNIAT Marion – N° 16871345

KIM Zélia – N° 11301355

MATHEY Jade – N° 07250947

Directrice : CHATELAIN Brigitte - Maître d'enseignement HES
Membre du jury externe : FEDELE Sabrina - Infirmière spécialisée HUG,
chargée de cours HES

Genève, 30 Juillet 2019

DÉCLARATION

« Ce travail de Bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de Bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de Bachelor, du juré et de la HEdS.

Nous attestons avoir réalisé seuls/seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

Fait à Genève, le 30 juillet 2019

GOGNIAT Marion

KIM Zélia

MATHEY Jade

REMERCIEMENTS

Par ces quelques mots, nous voulons remercier toutes les personnes qui nous ont permis, directement et indirectement, de réaliser ce travail de Bachelor. Leurs soutiens et leurs suggestions, ainsi que le temps qu'elles nous ont consacré, nous ont été très précieux.

Principalement, nous tenons à remercier Madame Chatelain Brigitte pour ses précieux conseils et son aide tout au long du processus d'élaboration de ce travail. Merci de nous avoir guidé, d'avoir cru en nous et de nous avoir insufflé l'envie de donner toujours le meilleur de nous-même.

Nous remercions aussi Madame Pinto Sara qui nous a suivi pour notre travail de Science Infirmières 4 et qui nous a permis de construire la base de notre travail de Bachelor.

Par la suite, nous souhaitons remercier Madame Fedele Sabrina, infirmière spécialiste clinique HUG et chargée de cours HEdS, d'avoir accepté l'invitation pour être notre jurée à la soutenance de ce travail.

Nous aimerions également remercier nos familles respectives ainsi que nos amis pour les relectures et leur soutien tout au long de la rédaction de ce travail.

RÉSUMÉ

Thème : ce travail implique l'infirmière dans la recherche des forces pour prévenir la dépression chez l'adulte hospitalisé dans le contexte d'un accident vasculaire cérébrale.

Problématique : la dépression post-AVC, une complication fréquente souvent négligée et non dépistée, touche considérablement la personne sur le plan biopsychosocial et spirituel. L'approche des soins infirmiers fondée sur les forces développée par Gottlieb en 2013, valorise la prévention ainsi que les soins centrés sur le patient et son proche. Elle recommande un partenariat de collaboration entre ces derniers et l'infirmière afin de faire émerger les forces de la personne.

Méthode : l'objectif de cette revue de littérature est de répondre à la question : comment les infirmières peuvent-elles faire émerger les forces de la personne hospitalisée afin de prévenir la dépression post-AVC ?

Pour y répondre, une recherche sur trois bases de données a été effectuée. Les articles trouvés ont été triés selon le titre, le résumé et le type de la population cible.

Résultats : la personne et ses proches sont tous les deux vulnérables face à la dépression post-AVC. Cette dernière peut être évaluée à l'aide d'outils de mesures scientifiques. Toutes les échelles ont leurs particularités et demandent un choix minutieux pour une évaluation pertinente.

Discussion/Conclusion : l'infirmière peut utiliser l'observation, le statut mental et les outils scientifiques pour faire émerger les forces de la personne. La complémentarité de l'approche des soins infirmiers fondée sur les forces et des outils de mesures scientifiques peuvent apporter une plus grande performance au dépistage de la dépression post-AVC.

Mots-clés :

Français :

Dépression post accident vasculaire cérébral, prévention secondaire, soins infirmiers, approche des soins infirmiers fondée sur les forces

Anglais :

Depression post-stroke, secondary prevention, nursing, strength based nursing approach

LISTE DES ABRÉVIATIONS

Mots	Abréviations
ACCP	Apparence, Comportement, fonctions Cognitives et Processus de la pensée
AS	Approche systémique
ASFF	Approche de soins infirmiers fondée sur les forces
AVC	Accident vasculaire cérébral
AVQ	Activités de la vie quotidienne
BDI	Beck Depression Inventory
CGI	Clinical Global Impression
CIM-10	Classification internationale des maladies, 10 ^{ème} version
CINAHL	Cumulative index to nursing and allied health literature
DPA	Dépression post-AVC
DSM-V	Manuel diagnostique et statistique des maladies mentales, 5 ^{ème} version
GDS	Geriatric Depression Scale
GMS	Geriatric Mental State examination
HES-SO	Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale
HRSD	Hamilton Depression Rating Scale
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
KFH	Conférence des Recteurs des Hautes Écoles Spécialisées Suisses
MADRS	Montgomery-Asberg Depression Rating Scale
OFSP	Office fédérale de la santé publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PHQ-2	Patient Health Questionnaire-2
PHQ-9	Patient Health Questionnaire-9
SODS	Signs of Depression Scale
VAMS	Visual Analogue Mood Scale

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Examen clinique infirmier de l'état mental – ACCP	19
Tableau 2. PICO	28
Tableau 3. Résumé des équations de recherches	29
Tableau 4. Tableau comparatif des articles sélectionnés	34

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Classification de l'épisode dépressif.....	13
Figure 2. Processus en spirale.....	25
Figure 3. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles	31
Figure 4. Pyramide des niveaux de preuve des articles scientifiques	33
Figure 5. Boucle d'amplification de la dépression post-AVC	66

TABLE DES MATIÈRES

Déclaration	2
Remerciements	3
Résumé.....	4
Liste des abréviations	5
Liste des tableaux.....	6
Liste des figures	6
Table des matières.....	7
Introduction.....	9
1. Problématique	10
1.1. Question de recherche initiale.....	12
2. État des connaissances.....	13
2.1. Dépression	13
2.2. Dépression post-AVC	14
2.3. Rôle infirmier	15
2.4. Prévention	17
2.5. Dépistage de la dépression	18
3. Approche des soins infirmiers fondée sur les forces de Gottlieb	20
3.1. Paradigme infirmier – École de pensée	20
3.2. Influences de l'approche	21
3.3. Métaconcepts	22
3.3.1. La personne	22
3.3.2. Les soins infirmiers	23
3.3.3. La santé.....	23
3.3.4. L'environnement	24
3.4. Investigation clinique de l'ASFF	24
3.5. Problématique en regard de l'ancrage théorique.....	27
4. Méthode	28
4.1. Sources d'informations et stratégies de la recherche documentaire.....	28
4.2. Diagramme de flux.....	30
4.3. Articles retenus.....	32
5. Résultats.....	33
5.1. Tableau comparatif	34
5.2. Analyse critique des articles retenus.....	45
5.2.1. La personne	45
5.2.2. Le proche aidant.....	47

5.2.3. Le rôle et les interventions de l'infirmière	49
6. Discussion.....	54
6.1. Contexte	54
6.2. Phase 1 : Explorer et faire connaissance.....	56
6.2.1. La personne	57
6.2.2. Le proche	58
6.3. Phase 2 : Focaliser	60
6.4. Phase 3 : Exécuter	62
6.4.1. Examen clinique mental.....	62
6.4.2. Outils de prévention.....	63
6.5. Phase 4 : Réviser	66
7. Conclusion	69
7.1. Forces et limites du travail	70
7.1.1. Forces	70
7.1.2. Limites.....	71
7.2. Recommandations.....	73
7.2.1. Cliniques.....	73
7.2.2. Recherches	74
7.2.3. Enseignements.....	74
8. Références.....	76
9. Annexes.....	82
9.1. Annexe 1 : Patient Health Questionnaire-9	82
9.2. Annexe 2 : Geriatric Depression Scale	83
9.3. Annexe 3 : les quatre approches de l'ASFF	84
9.4. Annexe 4 : l'auto-efficacité.....	86
9.5. Annexe 5 : les caractéristiques des forces.....	87
9.6. Annexe 6 : les huit approches pour la recherche des forces	88
9.7. Annexe 7 : les quatre phases du processus en spirale	89
9.8. Annexe 8 : Signs of Depression Scale.....	91

INTRODUCTION

Le travail de Bachelor conclut la formation en soins infirmiers au sein de la Haute École de Santé de Genève. Pour ce faire, ce travail de recherche réalisé sous la forme d'une revue de littérature met en avant trois aspects : les soins infirmiers, la dépression post-AVC et l'approche des soins infirmiers fondée sur les forces.

La première partie est consacrée à la problématique. Elle est composée des données épidémiologiques, des notions physiopathologiques et du but du travail. Cette partie apporte également un éclairage sur des concepts clés : la dépression post-AVC, la prévention, les soins infirmiers.

La deuxième partie se compose de plusieurs paragraphes explicitant l'approche des soins infirmiers fondée sur les forces créé par Gottlieb en 2013 traduite en français en 2014 (Gottlieb, & Gottlieb, 2017 ; Paquette-Desjardins, Sauvé, & Gros, 2015).

La troisième partie présente la méthodologie de la recherche sur différentes bases de données scientifiques. Un diagramme de flux explique le chemin effectué pour retenir les neuf articles scientifiques répondant à la question de recherche.

Finalement, la dernière partie présente les résultats, l'analyse des articles et la mise en lien avec l'ancrage théorique. Cette partie a permis de faire ressortir des éléments pertinents afin de répondre à la question de recherche. La conclusion apporte plusieurs perspectives en vue d'améliorer la pratique soignante.

1. PROBLÉMATIQUE

L'accident vasculaire cérébral est l'une des causes principales de décès dans la plupart des pays du monde, notamment en Suisse (Fragile Suisse, s.d. ; Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2018). Plus de 10% des personnes seront atteintes par un AVC au cours de leur vie. Dans la Confédération helvétique, il s'agit de la principale cause de handicap acquis chez l'adulte dont l'incidence représente 16'000 nouveaux cas par an (Fragile Suisse, s.d.). De plus, d'ici 2023, cette incidence risque d'augmenter de 30% à la suite du vieillissement de la population (Paccaud, Peytremann Bridevaux, Heiniger & Seematter-Bagnoud, 2010 ; Ziejka, Skrzypek-Czerko & Karłowicz, 2015). En outre, un quart des personnes atteintes ont moins de 65 ans (Fragile Suisse, s.d.).

Lors d'un AVC, un transfert rapide aux urgences et une hospitalisation sont nécessaires (Schneider & Schneider, 2012). Cet événement de santé survient telle une intrusion dans la vie de la personne (Dufour, Andreoli, Vuagnat, Schnider & Hazeghi, 2010). Il existe un risque de décès de 30% dépendant du temps de la prise en charge dès le début des symptômes, du type d'AVC et de sa localisation cérébrale (Inserm, 2013). Les Hôpitaux Universitaire de Genève (HUG) sont à la pointe de la prise en soins de cette pathologie. En effet, les HUG sont l'un des « Stroke Centers » de Romandie, incluant également des « Stroke Units », révélant l'importance de l'AVC en Suisse (Carrera, Hirt, Sztajzel, Michel, Kleinschmidt & Du Pasquier, 2017). L'arrivée aux « Stroke Units » bouleverse l'individu dans différents domaines qui lui demandent de reconsidérer ses objectifs, ses rôles ainsi que ses projets de vie. La plupart du temps, la personne s'en sort avec des séquelles allant de légères à graves. Ces dernières touchent principalement le domaine physique, mais aussi le domaine psychologique et social (Vanhook, 2009).

La personne serait confrontée dans 40% des cas à une hémiplégié et/ou une aphasie¹, les deux séquelles les plus fréquentes après un AVC (Inserm, 2013). Il existe aussi des répercussions physiques telles que des atteintes motrices d'un ou de plusieurs membres qui limitent les déplacements, une dysarthrie, des troubles de la déglutition ainsi qu'une incontinence urinaire et/ou fécale (De Peretti, Grimaud, Tuppin, Chin & Woimant, 2012). De plus, des troubles perceptifs des cinq sens peuvent également être présents. Par exemple, la personne peut être victime d'une perte de la sensibilité ou d'une altération de la vision (Coridys, 2019 ; Inserm, 2013). Ces différentes séquelles peuvent rendre les activités de la vie quotidienne (AVQ) difficiles, voire impossibles.

¹ « Atteinte de l'émission ou de la compréhension du langage secondaire à un dommage au cerveau » (Jarvis, Chapados et Lavertu, 2015, p.)

De plus, l'AVC peut entraîner un changement dans les rôles au sein de la famille. Le patient peut avoir tendance à s'isoler socialement en lien avec la perte de son travail, des difficultés dans les AVQ et dans ses loisirs. Pour la personne en âge de travailler, la probabilité d'un retour au travail après un AVC est souvent diminuée indépendamment de la sévérité de l'atteinte neurologique. Environ 50% des patients ont retrouvé une activité professionnelle dans la période des 6 mois suivant l'AVC. Pourtant, plus de 65% de ces travailleurs disent rencontrer des obstacles concernant les aspects professionnels et sociaux en lien avec la sévérité de l'AVC, les capacités cognitives et le niveau de dépression (Pradat-Diehl & Peskine, 2009, cité par CAMIP.Info, 2010). De ce fait, la personne peut ressentir une impression d'inutilité et peut avoir plus de risque de développer une dépression (Korpershoek, van der Bijl & Hafsteinsdóttir, 2011 ; Vanhook, 2009). La famille et l'entourage sont également concernés par l'AVC, car ils peuvent devenir de potentiels proches aidants (Korpershoek et al., 2011). Selon Caputo (2011) dans 98% des cas, le proche aidant fait partie du réseau familial de la personne. Dans cette situation, il peut subir non seulement le fardeau du proche aidant avec des limitations sociales et professionnelles, mais aussi le poids financier qui en découle (Ramelli, 2016 ; Vanhook, 2009).

L'incompréhension, la vulnérabilité et la péjoration soudaine de l'état de santé sont des éléments stressants pouvant aller jusqu'à un état de stress post-traumatique. Ils peuvent provoquer des troubles du sommeil, des troubles de l'humeur tels que de l'anxiété généralisée ou encore une dépression (Gronchi-Perrin, Annoni, Berney, Simioni & Vingerhoets, 2008). Les troubles cognitifs tels qu'une démence vasculaire, des troubles de l'attention, des troubles de la compréhension ou encore des troubles du langage (une aphasie) peuvent également être présents. D'autres conséquences importantes existent telles que le sentiment d'auto-dévalorisation ou de culpabilité ainsi qu'une diminution d'intérêt ou de plaisir pour certaines activités antérieurement appréciées. Enfin, une dernière conséquence potentielle et significative est celle de pensées de mort ou d'idées suicidaires récurrentes (Hamid & MacKenzie, 2017).

La dépression est le trouble affectif le plus fréquent lors d'un AVC (Simon, 2007). Selon Caputo (2011), sa prévalence est plus grande chez les personnes atteintes d'AVC que dans la population générale. Elle représente entre 30% et 60% des patients survivants avec un pic d'incidence durant les trois premiers mois après l'événement traumatique (Schneider & Schneider, 2012). La dépression post-AVC (DPA) implique des répercussions négatives qui ont des conséquences défavorables sur la réadaptation, la récupération et sur la qualité de vie (Vanhook, 2009). La présence d'une DPA renforce l'isolement social de la personne

et du proche aidant. Par conséquent, ce dernier peut développer à son tour une dépression. Le risque de mortalité par le suicide peut également être augmenté chez la personne victime de la DPA (Son, 2015). C'est pourquoi, il serait favorable de la dépister et de la traiter au plus tôt tout en restant attentif au proche aidant (Hamid & MacKenzie, 2017 ; Schneider & Schneider, 2012).

1.1. Question de recherche initiale

Tout au long de ce parcours de vie, le patient est confronté aux divers impacts de l'AVC, augmentant le risque de développer une DPA. L'infirmière devrait anticiper non seulement les complications de l'AVC, mais aussi celles de la DPA. En vue d'un grand nombre de besoins sur la prévention, l'articulation de la question de recherche est la suivante :

Quelles interventions peuvent être mises en place par l'infirmière² pour prévenir la dépression après un AVC chez l'adulte hospitalisé ?

² Lire aussi au masculin

2. ÉTAT DES CONNAISSANCES

2.1. Dépression

La dépression est un trouble psychique, « caractérisé par la tristesse, la perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou une faible estime de soi, des troubles du sommeil ou de l'appétit, d'une sensation de fatigue et d'un manque de concentration » (OMS, 2019).

Selon Oberle, Broers et Saillant (2017) :

La prévalence annuelle de la dépression est environ de 6,5% en Suisse et le risque d'être atteint d'un état dépressif au moins une fois au cours de la vie est de 16,6%. La durée moyenne d'un épisode dépressif est de 4 à 6 mois, et se prolonge en cas d'absence de traitement (p.3).

Le diagnostic de cette dernière se base sur deux classifications internationales de diagnostics psychiatriques : le Manuel diagnostique et statistique des maladies mentales, 5^{ème} version (DSM-V) et la Classification internationale des maladies, 10^{ème} version (CIM-10) (Oberle et al., 2017).

Figure 1. Classification de l'épisode dépressif

	DSM-V	CIM-10 (code F.32)
Durée minimale	2 semaines	2 semaines
Symptômes / Critères essentiels/majeurs	1. Humeur dépressive 2. Perte d'intérêt ou de plaisir <i>Présence d'au moins 1 des symptômes toute la journée, presque tous les jours.</i>	1. Humeur dépressive 2. Perte d'intérêt ou de plaisir 3. Fatigue ou perte d'énergie <i>Présence d'au moins 2 des symptômes toute la journée, presque tous les jours.</i>
Autres symptômes / Critères	<i>Présence d'au moins 4 symptômes (sur un total de 7) :</i> 3. Perte ou gain de poids significatif 4. Insomnie ou hypersomnie 5. Agitation ou ralentissement psychomoteur 6. Fatigue ou perte d'énergie 7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) 8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer 9. Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider	<i>Présence d'au moins 2 critères mineurs (sur un total de 7) :</i> 4. Inappétence, perte de poids 5. Troubles du sommeil 6. Baisse de l'estime de soi et de la confiance en soi 7. Attitude morose, pessimiste face à l'avenir 8. Sentiment de culpabilité/dévalorisation 9. Baisse de la concentration /attention 10. Idées suicidaires
Degré de sévérité (la corrélation des degrés de sévérité entre DSM-V et CIM-10 est approximative)	- Léger = ≥1 essentiel et 4 autres - Moyen = ≥ 6 symptômes dont au moins 1 essentiel - Sévère = ≥ 7 symptômes dont au moins 1 essentiel	- F32.0 : Léger = ≥ 2 majeurs et 2 mineurs - F32.1 : Moyen = ≥ 2 majeurs et 3-4 mineurs - F32.2 : Sévère = 3 majeurs et 4-5 mineurs + idées suicidaires - F32.3 : Sévère avec symptômes psychotiques

Tiré de : Oberle et al., 2017, p.3

Oberle et al. (2017) ont classé les facteurs de risque de la maladie sont en six catégories :

- Somatiques : maladies graves ou chroniques (... maladies neurologiques telles que le parkinson ou les AVC avec séquelles invalidantes, ...)
- Psychiatriques : antécédents dépressifs, tentatives de suicide, troubles anxieux, troubles cognitifs ...
- Abus de substances et d'alcool ...
- Prise de médicaments ...
- Familiaux et relationnels : perte d'un proche, divorce, rupture amoureuse ...
- Socio-professionnels : isolement, précarité, perte d'emploi, chômage, migration, victimes de violence (p. 5).

L'AVC est un facteur de risque d'origine somatique pour une DPA (Oberle et al., 2017). Cette dernière a elle aussi des facteurs de risques qui lui sont propres : la gravité de l'AVC, les limitations physiques, l'altération de l'image de soi, le manque de soutien social, la perte du travail ou les difficultés professionnelles, la fatigue, le sentiment d'inutilité ainsi que la diminution de la motivation (Hamid & MacKenzie, 2017). Les personnes les plus susceptibles de développer la DPA sont celles ayant des antécédents personnels de dépression ou d'anxiété ainsi que des antécédents familiaux de dépression (Hamid & MacKenzie, 2017 ; Vanhook, 2009).

2.2. Dépression post-AVC

Actuellement, il n'existe pas de définition officielle de la DPA (de Man-van Ginkel, Gooskens, Schuurmans, Lindeman & Hafsteindóttir, 2010). En revanche, selon Simon (2007), celle-ci est classée dans la catégorie « troubles de l'humeur liés à une condition médicale générale » (p.248).

Selon Berney et Guex (2000) :

La présentation clinique de la dépression post-AVC est similaire à celle survenant en dehors d'une atteinte neurologique. Une des difficultés souvent évoquées est liée au fait que des symptômes cognitifs comme les troubles de la concentration, de l'attention, et un ralentissement sont fréquents dans les deux affections.

Simon (2017) explique que la DPA peut être soit liée au traumatisme psychologique en lien avec la prise de conscience des handicaps de l'AVC (dépression tardive), soit liée aux

lésions induisant des modifications neurochimiques dans le cerveau, principalement les parties responsables des émotions (dépression précoce). Il ne semble pas y avoir de manifestations cliniques différentes entre la dépression et la DPA. Cependant, la sévérité de la dépression serait plus élevée chez les personnes ayant eu un AVC (de Man-van Ginkel et al., 2015 ; Son, 2015). Il existe des difficultés de détection précoce de la DPA tant pour les médecins que pour les infirmières (de Man-van Ginkel et al., 2010 ; Pinoit et al., 2006). D'une part, la DPA présente des caractéristiques particulières (précoces ou tardives) et d'autre part, il semble ne pas y avoir de consensus chez les infirmières concernant les interventions de prévention (Simon, 2007).

Ainsi, l'un des défis de l'infirmière serait de différencier les manifestations spécifiques de la DPA en distinguant la période de la tristesse résiduelle normale de la dépression pathologique (Schneider & Schneider, 2012). Tout cela fait de la DPA une priorité lors de la prise en soins infirmière d'autant plus que si cette pathologie était repérée et traitée, la personne et son proche aidant verraient leur situation s'améliorer dans 80% des cas (Schneider & Schneider, 2012).

2.3. Rôle infirmier

Les infirmières sont en première ligne lors du dépistage de la DPA (Hamid & MacKenzie, 2017). Cependant, elles ne semblent pas être sensibilisées aux interventions de prévention à mener. De plus, il semblerait qu'un faible nombre d'actions réalisées par les infirmières soient répertoriées en faveur de ces patients. Le manque de temps pour les soins généraux est souvent rapporté par les infirmières, ce qui peut être davantage un obstacle au dépistage (de Man-van Ginkel et al., 2010). De surcroît, elles semblent se concentrer beaucoup plus sur les aspects somatiques que sur les aspects psychiques face aux risques de décès ou d'invalidité de la personne (Schneider & Schneider, 2012).

Pourtant, selon Schneider & Schneider (2012), les symptômes de la DPA sont surtout visibles durant les trois premiers mois. Donc, ils devraient pouvoir être décelés par les infirmières. D'autant plus que cette durée englobe largement la période d'hospitalisation (Hôpitaux Universitaires de Genève, 2017 ; Le Magazine de L'Hôpital Neuchâtelois, 2013 ; Schneider & Schneider, 2012).

L'infirmière ayant un niveau Bachelor est dotée de sept compétences définies par la Conférence des Recteurs des Hautes Écoles Spécialisées Suisses (KFH) pour accompagner les patients (Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale [HES-SO],

2012). Elle va découvrir le patient qui lui-même va devoir s'accommoder de sa nouvelle identité (rôle d'apprenant et formateur). Des entretiens infirmiers permettraient d'offrir au patient et à sa famille un espace de parole, tout en favorisant la collaboration et en créant une ambiance propice à l'amélioration de l'état de santé (rôle de collaborateur, de manager et de communicateur). L'infirmière adopte lors d'un entretien une attitude facilitante à la communication. La spécificité, le respect, l'empathie, l'authenticité, la congruence ainsi que la rétroaction sont des attitudes facilitatrices (Doyon & Longpré, 2016). Tout au long de l'hospitalisation, il est important que l'infirmière soit en relation de confiance avec le patient (de Man-van Ginkel et al., 2010).

Selon la HES-SO (2012), « en tant que promoteurs et promotrices de la santé, les infirmières et infirmiers s'appuient sur leur expertise et leur influence pour promouvoir la santé et le mieux-être des patient-e-s et des collectivités » (p. 32). L'infirmière a le devoir de dépister les problèmes de santé et de faire de l'enseignement thérapeutique afin de prévenir la survenue des complications (Doyon & Longpré, 2016 ; Ivernois & Gagnayre, 2011). De ce fait, le rôle de celle-ci en milieu hospitalier va bien au-delà des soins somatiques et de l'administration des médicaments ainsi que de leurs surveillances (rôle de l'expert). Elle accompagne les patients en les amenant à s'exprimer sur leurs ressentis, leurs inquiétudes et leurs volontés tout en respectant la déontologie infirmière (rôle de communicatrice et de professionnel).

Pour apporter une qualité de soins au patient, l'infirmière réfère sa pratique à des savoirs scientifiques. La pratique basée sur des résultats probants ou Evidence Based Nursing aide l'infirmière à fournir des soins actualisés en se référant aux études avec de hauts niveaux de preuves tout en ayant une vision critique de celles-ci. (HES-SO, 2012 ; Morin & Eicher, 2012).

2.4. Prévention

Selon Naudin, Hiolle, Huet et Peruzza (2011) :

La prévention regroupe des mesures visant à éviter certains risques ou à réduire le nombre et la gravité des maladies ou des accidents. Ceci demande : une connaissance globale de la population ; l'identification des facteurs de risques des individus et des groupes sociaux à risques élevés ; une analyse épidémiologique communautaire (p.138).

L'Office fédéral de la santé publique Suisse (OFSP) (2018) affirme que :

La prévention doit être davantage axée sur le patient : ses besoins doivent être au cœur du dispositif, sa participation aux processus de traitement doit être renforcée et il doit convenir d'objectifs avec son médecin. Cette démarche participative est plus bénéfique qu'une prescription venue d'en haut. Elle renforce les compétences et la responsabilité du patient envers sa santé.

Selon OMS (s.d.), il existe trois niveaux de préventions :

- La prévention primaire consiste à des « actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population en réduisant le risque d'apparition de nouveaux cas » (cité par Naudin, Hiolle, Huet & Peruzza, 2011, p.138).
- La prévention secondaire désigne « tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population en réduisant l'évolution et la durée » (cité par Naudin, Hiolle, Huet & Peruzza, 2011, p.138).
- La prévention tertiaire fait référence à « tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques dans une population en réduisant au minimum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie » (cité par Naudin et al., 2011, p.138).

Dans le Clinical Guidelines for Stroke Management 2017, il est conseillé de dépister la dépression par une personne expérimentée avec l'utilisation d'une échelle valide (Foundation Stroke, 2017). Pour dépister la dépression post-AVC, l'infirmière peut utiliser différentes échelles ou questionnaires pour argumenter son hypothèse clinique. Ces outils peuvent être perçus comme de la prévention secondaire, car ils permettent de réduire la prévalence de la DPA. En fonction des résultats recueillis durant l'entretien, l'infirmière peut cibler les informations souhaitées en utilisant comme support une échelle clinique ou un questionnaire spécifique.

2.5. Dépistage de la dépression

La personne dépressive manifeste le plus souvent des plaintes qui mettent indirectement en évidence une dépression. Les symptômes qui reviennent le plus souvent sont : « troubles du sommeil (insomnie ou hypersomnie), fatigue, maux de tête, vertiges, douleurs vertébrales, constipation, nausées-vomissements, anorexie et/ou perte de poids » (Oberle et al., 2017, p.4). C'est pourquoi, une recommandation de bonnes pratiques serait de « pratiquer un dépistage de la dépression chez tous les nouveaux patients et chez ceux qui sont à risque de développer une dépression ... à l'aide d'un certain nombre de questionnaires validés de dépistage » (Alson et al., 2016, cité par Oberle et al., 2017, p.4).

Oberle et al. (2017) proposent le Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) (cf. annexe 1) et le Geriatric Depression Scale (GDS) (cf. annexe 2) permettant le dépistage de la dépression (Oberle et al., 2017). Ces deux échelles existent en deux versions, longue et courte et leurs différences reposent sur les questions et les réponses formulées autrement. Toutefois, leur but commun reste de détecter les symptômes dépressifs. Les informations recueillies par l'échelle ou par le questionnaire sont utiles à l'évaluation infirmière de l'état de santé mentale du patient.

Dans le cadre actuel de la formation en soins infirmiers à la Haute école de santé Genève, l'infirmière peut se référer à l'ouvrage rédigé par Jarvis, Chapados et Lavertu (2015) pour effectuer un examen clinique infirmier de l'état mental. Selon Jarvis et al. (2015), « l'infirmière peut évaluer l'état mental au moyen de l'entrevue ... il suffit de garder en tête les quatre principaux éléments de l'évaluation de l'état mental » (p.101) créant l'acronyme ACCP : « apparence, comportement, fonctions cognitives et processus de la pensée » (Jarvis et al., 2015, p.101). L'ACCP aide l'infirmière à « évaluer les forces et les habiletés d'adaptation de la personne quant à sa santé mentale et dépister tout le problème lié à celle-ci » (Jarvis et al., 2015, p.101). Chaque élément comprend des aspects à observer qui sont illustrés par le tableau suivant :

Tableau 1. Examen clinique infirmier de l'état mental – ACCP

		Observations
A	Apparence	<ul style="list-style-type: none"> - Posture - Mouvement du corps - Habillement - Soins personnels et hygiène
C	Comportement	<ul style="list-style-type: none"> - Niveau de conscience - Expression faciale - Langage
C	Fonctions Cognitives	<ul style="list-style-type: none"> - Orientation - Période d'attention - Mémoire de travail - Mémoire à long terme - Compréhension des mots - Lecture - Ecriture
P	Processus de la pensée et perceptions	<ul style="list-style-type: none"> - Contenu de la pensée - Perceptions - Dépistage de l'anxiété - Dépistage des pensées suicidaires

Ces différents repères guident l'infirmière dans son investigation clinique. Elle peut évaluer l'état cognitif de la personne et les symptômes de la dépression, à savoir : l'humeur de la personne, la perte d'intérêt, la perte ou le gain de poids, l'insomnie, l'agitation versus le ralentissement, la fatigue, la dévalorisation, la difficulté à se concentrer ainsi que les pensées de morts ou suicidaires (Oberle et al., 2017).

3. APPROCHE DES SOINS INFIRMIERS FONDÉE SUR LES FORCES DE GOTTLIEB

Aujourd'hui, Gottlieb (1946 -) est une infirmière canadienne de pratique avancée et possédant un doctorat en sciences infirmières. En 2013, elle publie ses réflexions sur l'approche des soins infirmiers fondée sur les forces (ASFF) traduite en français en 2014 (Gottlieb & Gottlieb, 2017 ; Paquette-Desjardins, Sauvé, & Pugnaire Gros, 2015).

3.1. Paradigme infirmier –  cole de pensée

Gottlieb considère son approche comme une philosophie (Gottlieb, & Gottlieb, 2017). « La philosophie d'une science guide les valeurs à la base de l'évolution d'une discipline » (Meleis, 2012, cité par Pepin, Ducharme & Kérouac, 2017, p.196). Selon la hiérarchie des connaissances de Fawcett, les philosophies sont considérées comme abstraites (Fawcett, 2013). Gottlieb marque un changement de paradigme³ dans les soins infirmiers : du modèle médical fondé sur les déficits, la transition se fait par le modèle fondé sur les forces de l'individu, de la famille et de la communauté. Ce nouveau mouvement d'orientation des soins fait référence au paradigme transformatif. Il s'agit « d'un phénomène qui peut être défini par une structure, un pattern unique ; c'est une unité globale en interaction réciproque et simultanée avec une unité globale plus large, c'est-à-dire le monde qu'il l'entoure » (Pepin et al., 2017, p.32).

Le paradigme transformatif est n  des besoins de promotion de la santé et des préventions des maladies. Il implique de partager ses connaissances et savoir agir concernant la santé et les soins en partenariat. C'est-à-dire que le soignant inclut la personne ainsi que les proches aidants en respectant leur priorité et les dimensions biopsychosociales et spirituelles (Gottlieb & Gottlieb, 2014).

Située dans l' cole de pensée de l'apprentissage de la santé, l'infirmière partage ses connaissances et son savoir-faire concernant la santé et les soins en instaurant un partenariat avec la personne et sa famille (Pepin et al., 2017). Gottlieb s'inspire de Nightingale qui expliquait que « l'infirmière crée des environnements pour soutenir les mécanismes innés et appris de guérison » (Pepin et al., 2017, p. 66). Ce partenariat éclairé par l'ASFF met en avant la double asymétrie afin de favoriser le bien-être de la personne

³ « Courant de pensée, façon de voir et de comprendre le monde qui influence l'enrichissement des savoirs, des savoir-être et des savoir-faire des discipline » (Pepin & al., p.195).

et de sa famille selon leurs préoccupations et leurs besoins. Ainsi, ils sont experts de leur situation, de leurs forces et de leur autobiographie alors que l'infirmière est experte dans les soins et l'accompagnement. De cette reconnaissance mutuelle de compétences va naître le partenariat de collaboration (Gottlieb & Gottlieb, 2014).

3.2. Influences de l'approche

L'approche transformative de Gottlieb est née grâce à l'influence de la réforme de la santé qui a eu lieu au Canada. D'un côté, cette réforme de promotion de la santé favorise l'auto-responsabilité de la personne, de l'autre une pénurie de médecin qui a mené les infirmières à adapter la profession par rapport aux besoins de la population et à prendre plus de leadership (Gottlieb & Gottlieb, 2014 ; Paquette-Desjardins et al., 2015). Ce nouveau rôle et ces nouvelles compétences ont encouragé les infirmières à se former davantage, notamment à l'examen clinique infirmier (Gottlieb & Gottlieb, 2014 ; Jarvis et al., 2015).

Quatre approches ont permis la réorientation des prestations de soins. Ces approches sont interconnectées entre elles, car toutes s'appuient sur les mêmes croyances et les mêmes valeurs fondamentales pour le patient, la famille et l'infirmière. Elles sont les suivantes (cf. annexe 3) (Gottlieb & Gottlieb, 2014) :

- Les soins centrés sur le patient, sur la personne et sur la famille et les soins centrés sur la relation
- Le mouvement d'autonomisation de la personne et sa famille
- La promotion de la santé, la prévention de la maladie et les auto-soins
- Les soins en partenariat de collaboration (concertation) (p. 17).

L'ASFF a été influencée également par l'école de l'apprentissage de la santé, la théorie de l'approche systémique (AS) et l'auto-efficacité de Bandura (Gottlieb & Gottlieb, 2014 ; Pepin et al., 2017).

Selon l'AS, les différents systèmes peuvent influencer la personne et être de diverses natures telles que la famille, la vie sociale ou professionnelle. Par conséquent, la personne est vue de manière holistique en interaction avec tous ses systèmes mettant en avant sa complexité (Fawcett, 2013 ; Formation Thérapeute, 2017). Lors d'une DPA, les aspects holistiques et complexes sont particulièrement visibles, car l'impact de la situation de santé de la personne se fera notamment sur le plan social, familial et professionnel (Formation

Thérapeute, 2017 ; Gottlieb & Gottlieb, 2014). La prise en soin valorise la personne et sa famille. D'ailleurs, ce savoir-être pourrait avoir un effet bénéfique lors d'une DPA, afin de faire obstacle ou de limiter les forces négatives de cette maladie (Gottlieb & Gottlieb, 2014 ; Pepin et al., 2017).

La théorie de l'auto-efficacité de Bandura met en avant comment la personne et sa famille parviennent à la prise en main de leur propre santé par l'auto-efficacité, c'est-à-dire par le sentiment d'efficacité personnelle (Pepin et al., 2017). Il existe quatre moyens pour y parvenir : les expériences actives de maîtrise, les expériences vicariantes, la persuasion verbale et l'état physiologique et émotionnel (cf. annexe 4). Ainsi, cette théorie peut préparer et soutenir aux changements de comportements de santé dans une situation de dépistage de DPA. L'auto-efficacité peut se manifester dans l'ASFF par l'autonomisation, l'autodétermination, par les dispositions pour apprendre, par les autosoins, le partenariat de collaboration et en termes de force infirmière. (Bandura, 2004, cité par Académie Bordeaux, s.d. ; Gottlieb & Gottlieb, 2014).

3.3. Métaconcepts

L'ASFF est une approche qui guide l'infirmière dans sa pratique et qui repose sur un ensemble de postulats⁴ composés des quatre métaconcepts en soins infirmiers : la personne, les soins infirmiers, la santé et l'environnement (Gottlieb & Gottlieb, 2014).

3.3.1. La personne

La personne est vue comme un être unique dans un tout intégré ayant l'aptitude de se développer, de se métamorphoser afin de guérir de façon autonome. La personne a une perception subjective de la réalité, notamment de sa propre santé. Elle va accommoder et donner un sens aux épreuves qu'elle a vécues. Gottlieb ne cherche pas à dissimuler les vulnérabilités de la personne. Elle utilise les forces afin de compenser ces fragilités pour en quelque sorte rétablir l'équilibre. Lorsque la personne a la possibilité d'avoir un proche pour l'aider, c'est une force supplémentaire. Ses forces vont l'aider à la résilience et à son épanouissement personnel malgré les déficits. Dans le contexte de la prévention secondaire de la DPA, l'utilisation des échelles et des entretiens sont applicables à la

⁴ Les postulats sont « les idées que nous tenons pour acquises ou que nous acceptons comme étant vraies, sans que nous demandions des preuves, car elles sont évidentes puisqu'elles découlent de l'expérience » (Gottlieb & Gottlieb, 2014, p. 67).

plupart des personnes. Pourtant, les personnes sont toutes très différentes les unes des autres. Ainsi, utiliser un même outil pour toutes peut être rédhibitoire et dépersonnalisant (Gottlieb & Gottlieb, 2014). Or, une approche infirmière individualisée positive pour chaque personne, selon ses valeurs et ses priorités pour permettre des soins uniques dans le contexte d'une DPA peut permettre de rendre plus authentique et constructif ce dépistage.

3.3.2. Les soins infirmiers

Les soins ont pour but de soutenir la personne dans son environnement pour l'aider à faire face à sa situation de santé en faisant émerger ses forces et ainsi favoriser sa guérison. L'infirmière fait partie de l'environnement de la personne et cherche à l'accompagner, à réaliser ses autosoins en suscitant auprès d'elle l'auto-efficacité et l'autonomisation. Selon l'ASFF, l'expérience de la maladie est vue comme une opportunité de croître permettant l'épanouissement de la conscience. Bien que la personne et sa famille possèdent des forces, elles ont néanmoins aussi des vulnérabilités. Ainsi, l'infirmière est présente pour faire passer ce cap de façon la plus harmonieuse qui soit. De la même façon, en dépistant la DPA, le patient pourrait peut-être éviter cette complication néfaste de l'AVC. Le cas échéant, il pourrait être traité et avoir une prise en soins adaptée (Gottlieb & Gottlieb, 2014). L'infirmière est l'une des forces qui a le rôle d'agir favorablement et sainement auprès de la personne. Elle possède la force des savoirs, du savoir-faire et du savoir-être afin de les transmettre à la personne. L'infirmière peut transmettre ses forces à la personne, par exemple en lui faisant prendre conscience de ses spécificités pour faire face à la situation de santé (Gottlieb & Gottlieb, 2014).

3.3.3. La santé

La personne est caractérisée par le désir intérieur d'améliorer et de prendre activement en main sa santé, laquelle est source de motivation. La santé coexiste avec la maladie (Gottlieb & Gottlieb, 2014 ; Pepin et al., 2017). En effet, selon Gottlieb et Gottlieb (2014), la santé est présente du début à la fin de la vie avec ou sans une pathologie ou une infirmité. La santé implique de bien utiliser les ressources internes et externes pour relever les difficultés de la vie. Ceci implique que lors d'une DPA, la personne peut avoir une perception positive de sa santé malgré les séquelles. L'infirmière cherche à faire ressortir les forces innées, acquises ou potentielles afin d'accompagner la personne et sa famille à tirer des conclusions positives de son vécu et de ses expériences (Gottlieb & Gottlieb, 2014 ; Pepin et al., 2017).

3.3.4. L'environnement

La personne et l'environnement ne font qu'un. L'environnement a une influence sur l'évolution de la personne en tant qu'énergies saines ou toxiques. Il peut être interne ou externe à la personne et se subdivise en plusieurs sous-catégories : le milieu hospitalier, social et culturel (Gottlieb & Gottlieb, 2014). Afin de surmonter la vulnérabilité de la personne des suites de l'AVC, les énergies contenues dans les différents environnements vont agir sur les forces.

Les forces ont pour but de faciliter l'adaptation de la personne à son nouvel environnement afin d'harmoniser sa situation. De cette manière, les forces y compris la famille, les proches, ainsi que l'infirmière avec son savoir, son savoir-faire et son savoir-être font partie intégrante de l'environnement.

3.4. Investigation clinique de l'ASFF

Selon Gottlieb et Gottlieb (2014) :

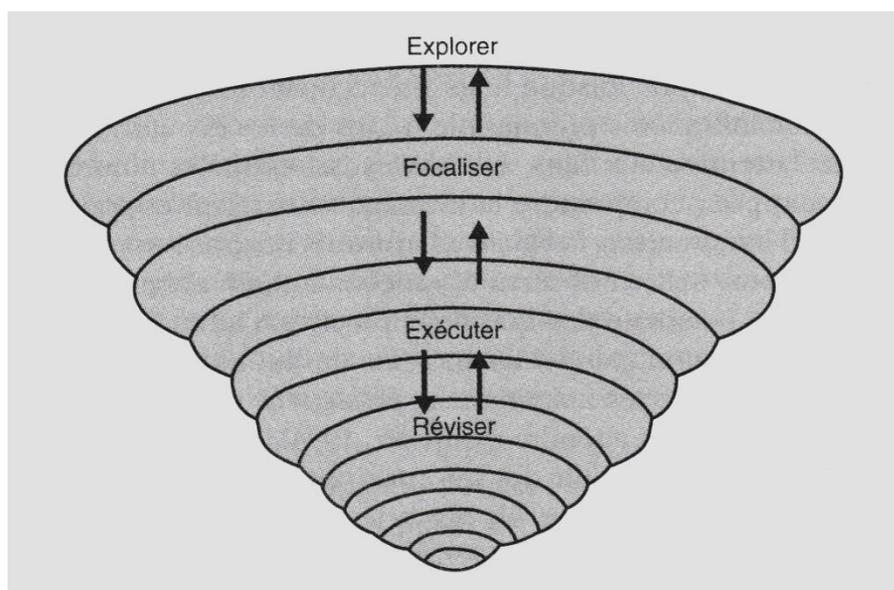
Les forces d'une personne ou d'une famille sont les qualités spéciales et uniques qui déterminent ce qu'elle peut accomplir et ce qu'elle peut devenir. Elles définissent souvent l'intégralité de la personne et expriment son humanité. Les forces sont des capacités qui permettent à la personne de composer avec les difficultés de la vie et de composer avec les incertitudes, et qui l'aident à rebondir et à se rétablir à la suite de toutes sortes de traumatismes ... Les gens ont besoin de leurs forces pour atteindre leurs buts, pour profiter au maximum de leur vie, pour améliorer leur santé et leur bien-être et pour faciliter leur rétablissement et leur guérison ... Ce sont des sources précieuses de pouvoir et d'énergie qui aident l'individu et la famille à relever les défis de la vie, grands et petits (p.121).

Lors de l'investigation clinique, l'infirmière recherche en permanence les forces singulières de la personne et de sa famille dans le but de créer un plan de soin personnalisé en partenariat. L'approche mobilise les forces existantes de la personne et de ses proches et les aide à en acquérir des nouvelles (Gottlieb & Gottlieb, 2014). Les forces ont des caractéristiques variables dans chacune des phases (cf. annexe 5) (Gottlieb & Gottlieb, 2014). C'est pourquoi, il existe huit manières de rechercher les forces (Gottlieb & Gottlieb, 2014) (cf. annexe 6) principalement dédiées à la première phase, mais elles sont continuellement recherchées lors des trois phases suivantes. Ainsi, l'infirmière devrait «

reconnaître le moment où la personne doit les reconstituer et recharger ses batteries » (Gottlieb & Gottlieb, 2014, p. 141).

Pour mettre en pratique l'ASFF, Gottlieb et Gottlieb (2014) font référence au processus en spirale, un modèle de soins infirmiers élaboré par Moudarres et Ezer pour guider la pratique infirmière. Le processus en spirale est composé de quatre phases qui mobilisent le rôle des partenaires (personne, famille, infirmière) (cf. annexe 7).

Figure 2. Processus en spirale



Tiré de : Gottlieb & Gottlieb, 2014, p.354

La première consiste à explorer et à faire connaissance, c'est-à-dire explorer les préoccupations de la personne et d'apprendre à la connaître, elle et sa famille. Lors de la deuxième, l'objectif est de se focaliser. L'infirmière et la personne établissent des priorités de soin. En troisième, vient le moment d'exécuter correspondant aux différentes manières de composer avec les problèmes. A la fin, la quatrième a pour objectif de réviser, prendre du recul et d'examiner ce qui s'est passé pour voir les bons et les meilleurs fonctionnements et de proposer des actions pour la suite (Gottlieb & Gottlieb, 2014).

Gottlieb et Gottlieb (2014) expliquent que l'infirmière a besoin de forces pour accompagner la personne efficacement. Ils ont regroupé des qualités en quatre catégories de forces :

- Les forces en matière de mentalité (la pleine conscience, l'humilité, l'ouverture d'esprit, le non-jugement) ...
- Les forces en matière de connaissances et de savoir (la curiosité, l'introspection) ...
- Les forces en matière de relations (le respect et la confiance, l'empathie, la compassion et la bienveillance) ...
- Les forces en matière de défense des intérêts (le courage, l'auto-efficacité) (p.147).

L'infirmière complète ses forces avec l'observation. Cette dernière est la perception d'une expérience et le suivi de son évolution. C'est elle qui détecte les changements même s'il y a une infime nuance survenue dans l'état global de santé de la personne. « La sécurité et le confort de la personne et de sa famille dépendent de l'aptitude de l'observation de l'infirmière » (Gottlieb & Gottlieb, 2014, p.242). Observer permet d'anticiper l'imprévu et l'infirmière est effectivement en première ligne pour soutenir la personne et sa famille, car cette observation est essentielle pour le raisonnement et la prise de décision clinique (Gottlieb & Gottlieb, 2014).

L'observation est une partie importante de l'apprentissage et de la formation en soins infirmiers. Le développement des divers savoirs, du savoir-faire et du savoir-être vont permettre de développer la capacité de focalisation de l'infirmière selon l'ASFF. De ce fait, elle doit continuellement se former à l'art d'observer en éduquant et rééduquant ses sens (Gottlieb & Gottlieb, 2014).

3.5. Problématique en regard de l'ancrage théorique

Le trouble de l'humeur le plus fréquent post-AVC est la DPA (Schneider & Schneider, 2012). Cette dernière semble être traitée insuffisamment tant par l'infirmière que par le médecin. En effet, il semble que la prévention secondaire de la DPA ne soit pas incluse systématiquement dans le plan de soins infirmiers. De plus, un faible nombre d'interventions infirmières ont été référencées. Qui plus est, les infirmières semblent manquer de temps pour la réalisation des soins et semblent se focaliser préférentiellement sur les aspects somatiques des patients (de Man-van Ginkel et al., 2010). La prévention secondaire apporterait à la personne et à son proche une diminution des conséquences de la DPA grâce à une prise en soins précoce.

Ces différents éléments mettent en évidence les freins au dépistage de la DPA. L'infirmière est la première intervenante en relation quotidienne et directe avec le patient (Hamid & MacKenzie, 2017). Donc, elle est la plus à même d'effectuer le dépistage et de s'impliquer auprès du patient. En effet, grâce au partenariat de collaboration, elle peut saisir les connaissances autobiographiques et les forces actuelles, antérieures ou en devenir de la personne sans pour autant nier les faiblesses et les vulnérabilités (Gottlieb & Gottlieb, 2014). Elle devrait donc pouvoir repérer la DPA et mettre au profit l'ASFF en intégrant dès qu'il est possible le proche aidant tout en considérant la personne dans ses dimensions biopsychosociales et spirituelles.

Au regard de la question initiale, de l'état des connaissances élaboré ainsi que l'ancrage théorique, cela a permis de circonscrire la question de recherche finale :

Comment l'infirmière peut-elle faire émerger les forces de l'adulte hospitalisé afin de prévenir la dépression post-AVC ?

4. MÉTHODE

Après avoir défini la question de ce travail, la recherche d'articles scientifiques a permis d'obtenir plusieurs réponses. À l'aide du PICO, les mots-clés ont été traduits en anglais afin de faciliter la recherche sur les bases de données. Grâce aux filtres, cela a permis de restreindre le nombre d'articles. Ensuite, une sélection illustrée par le diagramme de flux a permis de choisir les articles qui semblent les plus pertinents au regard de la problématique.

4.1. Sources d'informations et stratégies de la recherche documentaire

Pour la recherche d'articles, trois bases de données ont été consultées : Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINHAL), Embase et PubMed. Ces bases de données ont été accessibles grâce au centre de documentation de la Haute École de Santé à Genève.

La méthode PICO a permis de rassembler les mots-clés utiles en lien avec la problématique. Ces derniers sont traduits en anglais via un site nommé Health Terminology Ontology Portal et par nos connaissances en anglais.

Tableau 2. PICO

	Concepts clés	Synonyme	Traduction en anglais
P (Population)	Personnes ayant un AVC	- Accident vasculaire cérébral	- Stroke
I (Intervention)	Interventions infirmières	- Soins infirmiers - Infirmier - Rôle d'infirmier	- Nursing - Nurse - Nurse's role
C (Contexte)	Milieu hospitalier	- Hôpital	- Hospital
O (Outcome)	Prévention de la dépression	- Prévention secondaire - Dépistage - Outil de dépistage - Évaluation	- Secondary prevention - Screening - Screening tool - Assessment, evaluation

Dans l'équation, les MeSH terms et les mots-clés traduits en anglais étaient utilisés avec des termes booléens : OR, NOT, AND. Ces termes ont permis de diminuer ou d'augmenter selon l'équation le nombre d'articles. Après plusieurs essais de recherches, quatre équations ont été retenues comme les plus pertinentes.

Tableau 3. Résumé des équations de recherches

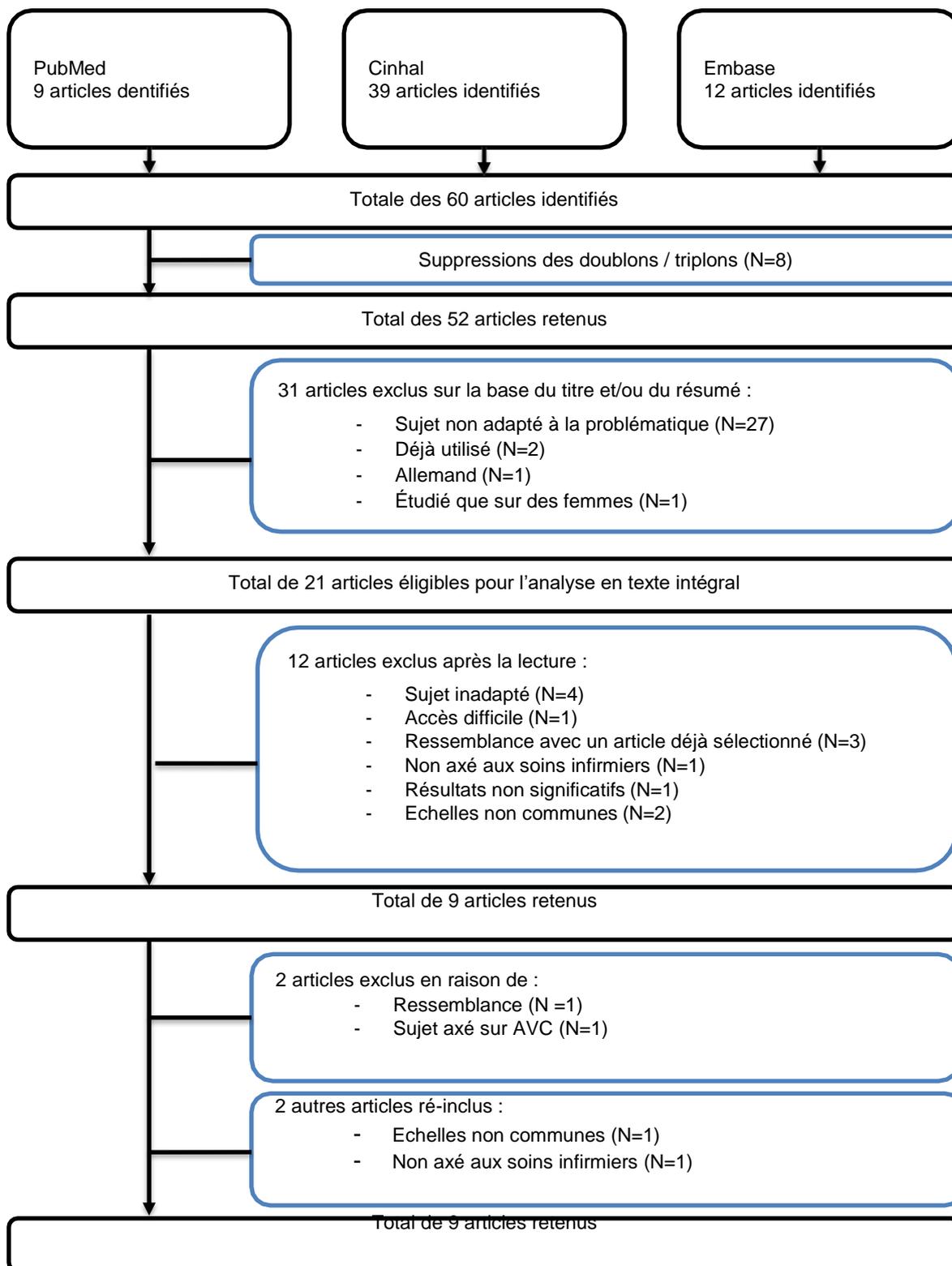
Bases de données	Equations	Filtres	Résultats
Cinhal n°1	(MH "Stroke") AND (MH "Depression") AND ("nursing" OR (MH "Nurses") OR (MH "Nursing Care")) AND ("screening" OR "assessment")	<ol style="list-style-type: none"> 1. Janvier 2004-novembre 2018 (< 15 ans) 2. Âge 19 – 64 ans (âge moyen : 45-64 ans + adulte: 19-44 ans) 3. Anglais 	N=19
Cinhal n°2	((MH "Stroke") OR "post stroke") AND ((MH "Depression")) AND ("nurses" OR (MH "Nursing Care"))	<ol style="list-style-type: none"> 1. Janvier 2004-novembre 2018 (<15 ans) 2. Âge 19 – 64 ans (âge moyen : 45-64 ans + adulte: 19-44 ans) 3. Anglais 	N=20
Pubmed	("depression"[MeSH Terms]) AND ((screening) OR (assessment)) AND (stroke[MeSH Terms]) AND (("nursing"[MeSH Terms]) OR ("nurses"[MeSH Terms]))	<ol style="list-style-type: none"> 1. Janvier 2004-novembre 2018 (< 15 ans) 2. Humain 3. Âge 19-64 ans (âge moyen : 45-64 ans + adulte : 19-44 ans) 4. Anglais 	N= 9
Embase	(stroke) AND (depression) AND ((nurse) OR (nursing)) AND (screening)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Années 2004-2018 (< 15 ans) 2. Âge 19 – 64 ans (âge moyen + jeune adulte) 3. Type d'étude : humain 	N=12

4.2. Diagramme de flux

La recherche des articles a été effectuée de septembre à novembre 2018. Pour l'affiner, des filtres ont été ajoutés comme l'année, la langue et la population cible. Ensuite, la sélection des articles s'est faite en deux étapes. La première était basée sur le titre et le résumé. Afin de définir les neuf articles, ils ont été lus entièrement.

Au début de l'année 2019, deux des articles sélectionnés ont été finalement jugés insatisfaisants à la réponse de notre question de recherche. Ils ont alors été remplacés par deux autres articles qui apparaissaient dans les équations de recherche. Ce processus a été illustré par le diagramme de flux suivant.

Figure 3. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles



4.3. Articles retenus

Les neuf articles sélectionnés sont :

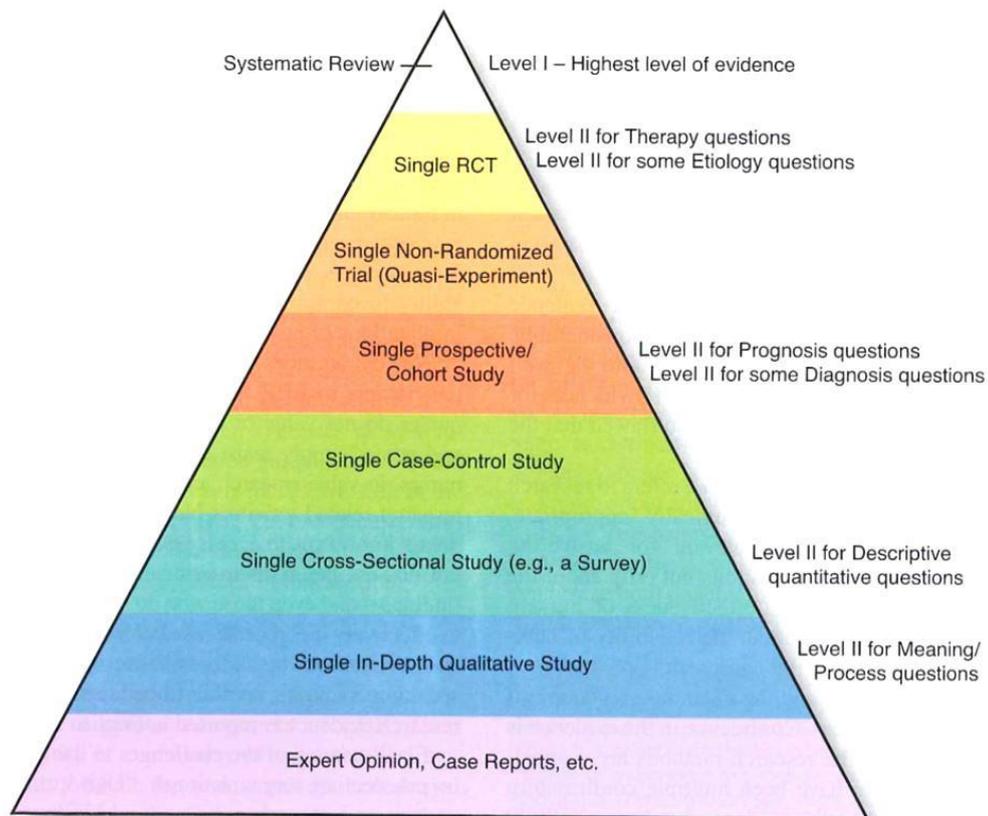
1. Berg, A., Lönnqvist, J., Palomäki, H. & Kaste, M. (2012). Assessment of Depression After Stroke : A Comparison of Different Screening Instruments. *Stroke*, 40(2), 523-529. doi:10.1161/STROKEAHA.108.527705
2. de Man-van Ginkel, J. M., Gooskens, F., Schepers, V. P. M., Schuurmans, M. J., Lindeman, E. & Hafsteinsdóttir, T. (2012). Screening for Poststroke Depression Using the Patient Health Questionnaire. *Nursing Search*, 61(5), 333-341. doi:10.1097/NNR.0b013e31825d9e9e
3. Green, T. L. & King, K. M. (2011). Relationships between biophysical and psychosocial outcomes following minor stroke. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*, 33(2), 15-23.
4. Li, J., Oakley, L. D., Li, Y. & Luo, Y. (2017) Development and initial validation of a clinical measure to assess early symptoms of post-stroke depression in the acute stroke patient. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3-4), 784-794. doi: 10.1111/jocn.14099
5. Lightbody, C. E., Auton, M., Baldwin, R., Gibbon, B., Hamer, S., Leathley, M. J.,... Watkins, C. L. (2007a). The use of nurses' and carers' observations in the identification of poststroke depression. *Journal of Advanced Nursing*, 60(6), 595–604. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04508.x
6. Lightbody, C. E., Baldwin, Connolly, M., R., Gibbon, B., Jawaid, N., Leathley, M. J.,... Watkins, C. L. (2007b). Can nurses help identify patients with depression following stroke? A pilot study using two methods of detection. *Journal of Advanced Nursing*, 57(5), 505-512. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04135.x
7. McIntosh, C. (2017). A Depression Screening Protocol for Patients With Acute Stroke: A Quality Improvement Project. *Journal of Neuroscience Nursing*, 49(1), 39–48. doi:10.1097/JNN.0000000000000231
8. Peyrovi, H., Mohammad-Saeid, D., Farahani-Nia, M. & Hoseini, F. (2011). The Relationship Between Perceived Life Changes and Depression in Caregivers of Stroke Patients. *Journal of Neuroscience Nursing*, 44(6), 329-336. doi:10.1097/JNN.0b013e3182682f4c
9. van Dijk, M. J., de Man-van Ginkel, J. M., Hafsteinsdóttir, T. B. & Schuurmans, M. J. (2018). Psychometric Properties of the Dutch Version of the Signs of Depression Scale. *Clinical Nursing Research*, 27(5), 617-637. doi:10.1177/1054773816657798

5. RÉSULTATS

Les neuf articles ont permis d'apporter des données en lien avec la problématique. Ils ont été travaillés à l'aide d'un tableau explicatif.

La première analyse s'est portée sur le niveau de preuve. Polit et Beck (2017) ont créé une pyramide afin d'expliquer les niveaux de preuve des articles scientifiques. Tout en haut de cette pyramide se trouve le plus haut niveau de preuve. Parmi les neuf articles sélectionnés, huit font parties des Single Cross-Sectional Study et le neuvième fait partie des Expert Opinion, Case Reports. Au regard de cette pyramide, les huit articles se situent dans le niveau de preuve II et le dernier dans le niveau III.

Figure 4. Pyramide des niveaux de preuve des articles scientifiques



Tiré de : Polit & Beck, 2017, pp. 25-26

5.1. Tableau comparatif

Le tableau ci-dessous reprend les articles sélectionnés et analysés dans ce travail. Il résume les données générales, les résultats obtenus ainsi que les limites identifiées.

Tableau 4. Tableau comparatif des articles sélectionnés

Article n°1 : Assessment of Depression After Stroke - A Comparison of Different Screening Instruments

Auteurs- Année Lieu+ pays	Population Type d'étude But de l'étude	Méthode/ Instruments de mesure Interventions	Résultats principaux	Limites	Commentaires/ Recommandations
Berg, A., Lönnqvist, J., Palomäki, H. & Kaste, M. 2009 Helsinki, Finlande	<p><u>Population</u> :</p> <p>Les personnes hospitalisées pour un premier AVC ischémique (N=100)</p> <p><u>Moyenne d'âge</u> : 55.2 ans</p> <p><u>Critères d'exclusion</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - > 70 ans - Démence - Antécédent d'abus d'alcool - Psychose - Déjà sous un antidépresseur - Des maladies concomitantes sévères <p><u>Type d'étude</u> :</p> <p>Étude transversale comparative avec un devis quantitatif</p> <p><u>But de l'étude</u> :</p> <p>Évaluer les différentes performances des échelles communément utilisées pour détecter la DPA.</p>	<p><u>Méthode</u> :</p> <p>À l'aide des échelles, les auteurs comparent le pourcentage des personnes dépressives. La sensibilité et la spécificité sont calculées en référence au test étalon. Ils ont vérifié s'il y a des symptômes discriminants de la DPA majeure selon la période et selon les échelles.</p> <p>Les participants se sont autoévalués à la 2^{ème} semaine, au 2^{ème} mois, au 6^{ème} mois, au 12^{ème} mois et au 18^{ème} mois après l'AVC. L'infirmier les a évalués pendant la phase aiguë (2^{ème} semaine).</p> <p>Le neurologue et l'infirmier ont évalué la dépression avec le CGI. Le neuropsychologue utilise le CGI et le HRSD pour dépister la dépression.</p> <p>Le proche aidant a évalué l'humeur des participants avec le BDI au 6^{ème} et au 18^{ème} mois. Il évalue également leur propre humeur avec le même outil pendant la phase aiguë, 6^{ème} et 18^{ème} mois</p> <p><u>Instruments de mesure</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beck Depression Inventory (BDI) 	<p>Le test étalon révèle que 6% à 16% des participants présentent une dépression sévère, contre 23% à 29% avec le BDI (seuil >10) et 10% à 14% avec le HRSD (seuil >10). Le CGI démontre que 22% à 27% des participants présentent une dépression modérée.</p> <p>Les infirmiers ont pu détecter 80% des participants dépressifs, mais avec une spécificité basse.</p> <p>Le BDI montre une sensibilité plus élevée que le HRSD, contrairement à la spécificité du HRSD qui est plus haute.</p> <p>Le score du BDI est plus élevé lorsqu'il est évalué par le proche aidant que par le patient.</p> <p>Le BDI des proches aidants révèle qu'ils ont une dépression plus marquée que les participants.</p> <p>Le VAMS n'est pas adapté chez les personnes aphasiques ou les personnes avec des déficits cognitifs.</p> <p>Pendant la phase aiguë, les symptômes prédominants de la dépression majeure sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se sentir coupable 	<p><u>Selon les auteurs</u> :</p> <p>L'utilisation des outils était limitée pour l'analyse en sous-groupe à cause du faible nombre de participants.</p> <p>Seulement 42 participants ont utilisé le VAMS, limitant les tests statistiques.</p> <p><u>Selon nous</u> :</p> <p>La temporalité du retour à domicile est inconnue.</p> <p>La perte de deux participants n'est pas expliquée.</p> <p>Les auteurs ne mentionnent aucune démarche éthique, mais le comité local d'éthique a probablement approuvé l'étude.</p> <p>Cette étude date de plus de 10 ans, donc les connaissances infirmières ont peut-être évoluées entre-temps.</p>	<p><u>Commentaires</u> :</p> <p>L'échantillon de l'étude n'est pas généralisable à la population à cause des variétés de séquelles de l'AVC et des divers parcours de soins.</p> <p>Cette étude est une des rares qui a inclus les personnes aphasiques.</p> <p>Il faut souligner également que cette étude est dirigée par des médecins alors l'infirmier est utilisé comme une ressource.</p> <p>Cette étude intègre les participants et les proches aidants en tant qu'acteur de soins.</p> <p><u>Recommandations</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Davantage de recherches sur l'évaluation de l'échelle CGI.

		<ul style="list-style-type: none"> - Hamilton Rating Scale for Depression (HRDS) - Clinical Global Impression (CGI) - Visual Analogue Mood Scale (VAMS) - The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R), diagnostic effectué par le neurologue. (test étalon) <p>Il n'y a aucune notion d'éthique sur l'obtention des consentements des patients.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Un avenir découragé - Se sentir non-attractif - Se sentir échoué <p>Lors du 18^{ème} mois :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tristesse - Insatisfaction - Futur découragé - Sentiment déçu - Apathie - Difficulté à prendre des décisions <p>Le proche aidant peut être une ressource importante pour recueillir des informations supplémentaires. Cependant, il faut être prudent s'il est l'évaluateur de l'humeur du patient.</p>		
--	--	---	--	--	--

Article n°2 : Screening for Poststroke Depression Using the Patient Health Questionnaire

Auteur Année Lieu + Pays	Population Type d'étude But de l'étude	Méthode/Instruments de mesure Interventions	Résultats principaux	Limites	Commentaires/Recommandation
<p>de Man-van Ginkel, J. M., Gooskens, F., Schepers, V. P. M., Schuurmans, M. J., Lindeman, E. & Hafsteinsdóttir, T.</p> <p>2012</p> <p>Utrecht, Pays-Bas</p>	<p>Population : Les patients non aphasiques ayant eu un AVC ischémique ou hémorragique, dans deux hôpitaux et un centre de réadaptation (N=55)</p> <p>Âge : 22 – 89 ans</p> <p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comorbidités psychiatriques majeures ou trouble dépressif, sortie prévue, décès imminent ou trop malade - Trouble cognitif grave grâce au Minimal Mental Scale (MMS) - Trouble de la communication fondé sur le jugement clinique ou selon le test de dépistage Frenchay Aphasia <p>Type d'étude : Etude observationnelle longitudinale avec un devis quantitatif</p> <p>But de l'étude : Etudier la fiabilité, la validité et l'utilité clinique des PHQ-2 et PHQ-9 chez des</p>	<p>Méthode : Le PHQ-9 a été testé à deux reprises par l'infirmière du service avec un intervalle de 2 jours.</p> <p>Les résultats sont comparés à ceux de l'échelle de la dépression gériatrique (GDS-15) comme test étalon effectué par une infirmière spécialiste clinique avec un intervalle de 5 jours dès l'application de PHQ-9.</p> <p>Instruments de mesure :</p> <ul style="list-style-type: none"> - PHQ-2 - PHQ-9 - GDS-15 - Questionnaire d'utilité clinique (la formation et le temps) - MMS - Test de dépistage Frenchay Aphasia (FAST) <p>Les infirmières du service ont dû renseigner les années d'expérience et la présence ou l'absence d'un Bachelor en soins infirmiers.</p> <p>Un comité d'éthique a approuvé cette étude. Le consentement éclairé des patients a été demandé avant le début de l'étude.</p>	<p>PHQ-9 : la fiabilité inter-évaluateur, la fiabilité test-retest et la cohérence interne étaient bonnes.</p> <p>La validité concurrente était modérée pour PHQ-9 et acceptable pour PHQ-2.</p> <p>Le PHQ-9 (seuil ≥ 10) et PHQ-2 (seuil ≥ 2) indiquent une dépression majeure.</p> <ul style="list-style-type: none"> - PHQ-9 : sensibilité 100%, spécificité 86%, - PHQ-2 : sensibilité 100%, spécificité 77% <p>Les patients en milieu hospitalier ont eu tendance à être plus déprimés que les patients en réadaptation.</p> <p>Les infirmières pensaient en général que la durée d'administration du PHQ-9 était acceptable (10',7) et plus elles l'utilisaient, plus c'était facile de l'appliquer. 88% des infirmières ont trouvé que les questions étaient claires avec l'entraînement.</p> <p>Cependant, 25% des infirmières ont eu de la difficulté à poser des questions « sensibles » (suicide, culpabilité, pensée de mort et inutilité).</p> <p>Dans 10% à 40% des cas, les patients ressentaient le besoin de clarté sur certaines questions (problème de sommeil, culpabilité, inutilité, agitation ou retard psychomoteur). Néanmoins, il y a eu une bonne acceptabilité des questions de la part des patients (86%-91%).</p> <p>Le PHQ-9 serait pertinent selon les infirmières pour des soins multidisciplinaires.</p>	<p>Selon les auteurs : Taille de l'échantillon et des sous-échantillons trop petites, limitant des tests statistiques.</p> <p>L'utilisation du GDS-15 peut ne pas être un bon outil de référence.</p> <p>Le taux de séjour dans un centre de réadaptation pour une personne ayant eu un AVC est de 8,4%, ce qui peut être un biais.</p> <p>Cette étude n'a inclus que des patients ayant une communication adéquate. Cela limite la généralisabilité des résultats.</p> <p>Selon nous : Jugement clinique pour les troubles de la communication (critère d'inclusion) qui ne permet pas de répliquer l'étude, car il manquait des critères.</p> <p>Pas beaucoup de précisions concernant la méthode utilisée pour créer ce questionnaire d'utilité clinique selon la procédure Delphi.</p> <p>Il manquait les données pour 2 patients sur les 55. Il semble que cela soit dû à un oubli. Par conséquent, il y a eu un score manquant. Ceci est d'autant plus dommageable que</p>	<p>Commentaires : Après le dépistage, il est important que le patient soit suivi de manière appropriée par des infirmiers et référé à des psychiatres ou psychologues pour le diagnostic (collaboration multidisciplinaire) et traitement si le dépistage s'avère positif à la DPA. Cependant, aucune notion de dépression ne figurait dans leur dossier, y compris les notes des médecins, des infirmiers et des thérapeutes.</p> <p>Les évaluateurs sont uniquement des infirmiers, ce qui valorise la profession infirmière.</p> <p>Les infirmières se sentent responsables pour le dépistage de la DPA en observant, évaluant et analysant les symptômes.</p> <p>Recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le PHQ-9 est un instrument bref et facile à utiliser pour les infirmières. Il a une bonne fiabilité, validité et utilité clinique lorsqu'il est utilisé chez des patients ayant subi un AVC, non aphasiques. - Un instrument de dépistage utilisé au quotidien dans les soins peut accroître la reconnaissance de la DPA par les infirmiers. - Il est important qu'ils soient formés pour optimiser la mise en œuvre d'un instrument de dépistage en pratique clinique en tenant compte du niveau de formation des infirmiers.

	<p>patients ayant eu un AVC lorsqu'ils sont soumis par des infirmières.</p>			<p>l'échantillon n'était déjà pas très grand.</p> <p>Fiabilité test-retest effectuée uniquement dans le sous-échantillon hospitalier.</p> <p>Il y avait des infirmières avec et sans baccalauréat en sciences infirmières et avec des années d'expériences différentes. Les données descriptives étaient manquantes. Ceci rend impossible la généralisabilité et peut fausser les résultats (scores des échelles).</p>	
--	---	--	--	--	--

Article n°3 : Relationships between biophysical and psychosocial outcomes following minor stroke

Auteur Année Lieu + Pays	Population Type d'étude But de l'étude	Méthode/Instruments de mesure Interventions	Résultats principaux	Limites	Commentaires/Recommandation
<p>Green, T. L. & King, K. M. 2011 Alberta, Canada</p>	<p><u>Population :</u> Les patients qui ont eu un AVC mineur ainsi que leurs proches aidants pendant la période qui suit immédiatement la sortie d'hospitalisation (<15 jours) (N= 38 couples)</p> <p><u>Âge :</u> 39 - 83 ans (patients) 33 - 75 ans (épouses)</p> <p><u>Type d'étude :</u> Une étude corrélacionnelle descriptive avec devis quantitatif</p> <p><u>But de l'étude :</u> Examiner les relations entre les conséquences biophysiques et psychosociales d'un accident vasculaire cérébral mineur.</p>	<p><u>Méthode :</u> Juste avant leur retour à domicile, un questionnaire a permis d'évaluer l'état fonctionnel, la qualité de vie, la dépression et leurs fonctions martiales. Une réévaluation par téléphone à un, deux et trois mois avec le même questionnaire a servi de comparaison.</p> <p><u>Instruments de mesures :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Stroke Specific Quality of Life Scale (SS-QOL) / version courte - SF12v2 - Beck Depression Inventory - II (BDI-II) - Family Assessment Device General Functioning Subscale (FADGFS) - Bakas Caregiving Outcome Scale (BCOS) - Mini Mental State Examination (MMSE) <p>Le comité local d'éthique a approuvé l'étude. Un consentement éclairé a été signé par les différentes parties. Les participants pouvaient se retirer à tout moment.</p>	<p>Les patients ont été bouleversés par l'incapacité à contribuer à la structure et au fonctionnement de la famille. La fatigue et l'endurance ont entravé le rétablissement et la réintégration complète dans leurs rôles familiaux, communautaires et professionnels.</p> <p>Trois mois après leur sortie de l'hôpital, l'état fonctionnel des patients s'était notablement amélioré avec une meilleure perception de la qualité de vie. La qualité de vie de la femme était en étroite corrélation avec l'état fonctionnel des patients après trois mois. L'humeur des épouses aidantes étaient en corrélation avec la perception de leur satisfaction conjugale et de leur stress.</p> <p>Certaines compagnes ont laissé leur vie professionnelle de côté afin de soutenir physiquement et psychologiquement leur mari, ce qui favorise le fardeau de l'épouse, le seul dispensateur de soins.</p>	<p><u>Selon les auteurs :</u> L'étude est faite dans un seul hôpital avec un petit échantillon avec uniquement des patients hommes et leur épouse.</p> <p>Les résultats obtenus durant les mois qui suivent sont comparés au questionnaire fait à la sortie de l'hôpital, considéré comme les tests étalons internes.</p> <p>Les changements physiques après un AVC peuvent survenir très rapidement, ce qui pourrait influencer le jugement de la personne quant à l'évaluation de la qualité de vie.</p> <p>Il y a la perte de suivi de 3 couples à la fin. Cela remet en question l'investissement de la population ainsi que la fiabilité des réponses.</p>	<p><u>Commentaires :</u> Les chercheurs ont déterminé l'importance de réévaluer le processus de réadaptation après un AVC mineur.</p> <p><u>Recommandations :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Le personnel infirmier doit prendre en considération les implications psychologiques et sociales dans le processus de guérison des patient victimes d'un AVC mineur et leur épouses aidantes quand il prépare la sortie de l'hôpital.

Article n°4 : Development and initial validation of a clinical measure to assess early symptoms of post-stroke depression in the acute stroke patient

Auteur Année Lieu + Pays	Population Type d'étude But de l'étude	Méthode/Instruments de mesure Interventions	Résultats principaux	Limites	Commentaires/Recommandation
<p>Li, J., Oakley, L. D., Li, Y. & Luo, Y.</p> <p>2017</p> <p>Chongqing Chine</p>	<p><u>Population :</u> Patients entre 7 jours et 30 jours post-AVC aigüe (N=40)</p> <p><u>Âge :</u> 41 – 87 ans</p> <p><u>Professionnels :</u> Professionnels de la santé dont 56 infirmières, 15 neurologues et 3 psychologues (N= 74) Groupe d'expert pour la méthode Delphi (N=16)</p> <p><u>Critères d'exclusion (les patients) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - AVC actuellement altéré - Maladie grave - Aphasie grave avec trouble de l'attention - Troubles cognitifs graves - Diagnostic de trouble mental - Un proche diagnostiqué avec un trouble mental <p><u>Critères d'inclusion (les patients) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 18 ans ou plus - Diagnostic primaire d'AVC confirmé par scanner et IRM - AVC ayant lieu ≤30 jours - Score ≥16 à l'échelle de dépression du Centre d'études épidémiologiques (CES - D) <p><u>Type d'étude :</u> Modèle Delphi à deux cycles avec un devis mixte</p> <p><u>But de l'étude :</u> Développer et évaluer une mesure spécifique des tous premiers symptômes de la DPA</p>	<p><u>Méthode :</u> L'étude utilise trois groupes (professionnels de la santé, experts, patients ayant subi une DPA) pour évaluer et critiquer un ensemble initial d'éléments symptomatiques (51 symptômes) développé par l'équipe de recherche.</p> <p>La méthode Delphi a permis d'estimer un consensus de symptômes.</p> <p>Les professionnels de santé devaient indiquer si ces symptômes semblaient communs ou très communs à la DPA. Ils ont identifié 32 symptômes dont un nouveau symptôme.</p> <p>Pour le premier tour de la méthode de Delphi, les experts ont analysé les symptômes communs afin d'atteindre un niveau significatif. Ils reçoivent toutes les instructions pour effectuer leur travail. Avec les suggestions retenues du premier tour, ils ont effectué un deuxième tour pour parvenir à un consensus de 29 symptômes.</p> <p>Les résultats des séries Delphi ont ensuite été évalués indépendamment par les patients ayant subi un AVC aigu. Ces derniers ont évalué chaque symptôme en fonction de leurs expériences symptomatiques.</p> <p>L'éthique est respectée avec un consentement éclairé des patients.</p>	<p>Le groupe des patients a donné un consensus de 35 symptômes.</p> <p>Ce groupe a choisi de conserver trois éléments qui n'avaient pas été retenus auparavant par le groupe d'experts. Ces items-symptômes étaient « Priez pour un miracle », « sentir que son esprit n'est pas clair » et « perte de poids ».</p> <p>Le panel de patients a également ajouté trois nouveaux items : « plus facile de se mettre en colère que d'habitude », « une punition pour les mauvaises habitudes du passé » et « se sentir inutile ».</p> <p>Il y a des différences selon les groupes pour les choix des symptômes.</p> <p>Il y a une excellente validité de contenu à l'exception des deux items suivants : 'envie de pleurer ou avoir pleuré' et 'blâmer sur les mauvaises habitudes passées'.</p>	<p><u>Selon les auteurs :</u> La preuve de la validité du contenu n'est que la première des nombreuses étapes nécessaires à l'élaboration d'une mesure d'évaluation destinée à identifier la DPA.</p> <p>Il y a une limitation de la généralisabilité à cause des influences culturelles et de la langue.</p> <p><u>Selon nous :</u> Il manque des relations dans la partie de la discussion avec les figures 1 et 2 qui parlent du stress.</p> <p>Il est difficile de savoir à quel professionnel cette étude s'adresse.</p> <p>Le groupe expert est hétérogène ce qui peut porter confusion à la méthode.</p> <p>Cette étude semble difficilement répliquable du fait des critères de sélections.</p>	<p><u>Commentaires :</u> Les professionnels de santé ont atteint un niveau acceptable de consensus sur les premiers symptômes de la DPA, qui sont à la fois cliniquement importants et cliniquement spécifiques chez les patients ayant subi un AVC aigu.</p> <p>Cette étude peut s'adresser à une infirmière (50% du groupe experts). Nouvelle échelle créative et innovante</p> <p>Le dernier mot de ce processus scientifique est donné aux patients et leurs ressentis lors de la DPA.</p> <p>La DPA est présentée comme une situation de stress complexe.</p> <p><u>Recommandations :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les auteurs recommandent d'évaluer et traiter les symptômes précoces de DPA en phase aiguë. - Cette mesure demande une recherche approfondie sur les 35 symptômes.

Article n°5 : The use of nurses' and carers' observations in the identification of poststroke depression

Auteur Année Lieu + Pays	Population Type d'étude But de l'étude	Méthode/Instruments de mesure Interventions	Résultats principaux	Limites	Commentaires/Recommandation
<p>Lightbody, C. E., Auton, M., Baldwin, R., Gibbon, B., Hamer, S., Leathley, M. J., Sutton, C. & Watkins, C. L.</p> <p>Septembre 2007a</p> <p>Manchester, Angleterre</p>	<p><u>Population :</u> Les patients avec un AVC hospitalisés durant toute l'étude (10 mois, décembre 2004 – octobre 2005) (N=71)</p> <p><u>Âge :</u> 59 - 76 ans</p> <p><u>Critères d'exclusion :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Inconscient - Pas de proche aidant - Non consentement - Retour à domicile <p><u>Type d'étude :</u> Une étude transversale avec devis quantitatif</p> <p><u>But de l'étude :</u> Déterminer la précision et l'utilité du Signs of Depression Scale (SODS) chez les patients victimes d'un AVC en comparant les évaluations de l'infirmière et du proche aidant.</p>	<p><u>Méthode :</u> Un psychiatre expérimenté a fourni un diagnostic pour chaque patient qui a été discuté avec deux psychologues. Le test étalon était un diagnostic clinique posé par un psychiatre</p> <p>Les infirmiers et les proches aidants devaient réaliser le SODS en moins d'un jour d'intervalle.</p> <p>L'étude a examiné les critères individuels du SODS afin d'enquêter sur ceux qui semblaient discriminatoires de la dépression.</p> <p><u>Instruments de mesure :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - SODS - Frenchay Aphasia Screening Test (FAST) - Rivermead Behavioural Memory Test (RBMT) <p>Le comité local d'éthique a approuvé l'étude. Les participants ont reçu les informations orales et écrites concernant leur participation volontaire et sans impacts sur les soins. Ils savaient qu'ils pouvaient se retirer à tout moment et que la confidentialité était maintenue par l'utilisation de numéro pour chaque patient.</p>	<p>Les SODS remplis par une infirmière n'ont pas donné de très bons résultats. Cependant, lorsque le SODS a été complété par le proche, il présentait une sensibilité modérée et une spécificité élevée, ce qui indique qu'il peut s'agir d'une bonne mesure de dépistage.</p> <p>Pour les infirmières, avec un seuil de 2 ou plus, la sensibilité était de 64 %, la spécificité de 61 % et l'efficacité de 62 %. Pour les proches, les chiffres respectifs étaient de 90%, 35% et 53%.</p> <p>Pour les infirmières, l'élément trois du SODS « agitated, restless and anxious » était l'élément qui a correctement identifié 66% des patients comme déprimés. Pour les proches aidants, l'élément deux du SODS « cry or seems weepy » a identifié correctement 73% des patients comme déprimés.</p> <p>Les infirmières du service ont tendance à remarquer les effets secondaires des traitements, mais elles n'ont pas identifié les symptômes qui nécessitent d'interroger le patient sur ses pensées et sentiments. La restriction de temps pénalise les discussions approfondies sur les émotions du patient.</p> <p>Si la formation est principalement axée sur un modèle biologique/médical, il se peut que les connaissances des infirmières soient limitées concernant les maladies psychiques.</p>	<p><u>Selon les auteurs :</u> Faible proportion des proches aidants (30/70).</p> <p>Il s'est souvent avéré difficile pour le chercheur de les rencontrer dans le service, soit en raison d'engagements professionnels, soit parce que les proches ne venaient que le soir.</p> <p>Il n'est donc pas clair dans quelle mesure l'échantillon était représentatif des aidants en général de même que pour le nombre d'infirmières, ce qui a limité le potentiel d'analyse multivariée.</p>	<p><u>Commentaires :</u> Le SODS est facile à remplir par le personnel clinique.</p> <p>Il peut être possible d'accroître l'efficacité du SODS en offrant les formations aux professionnels de santé, sous la forme d'une réunion d'équipe. De plus, cette étude indique que les proches aidants sont des sources d'informations pour évaluer la dépression après un AVC et offrent une perspective différente de l'évaluation holistique de l'humeur du patient.</p> <p>A l'avenir, l'implication routinière de l'aidant dans l'évaluation de la dépression à la suite d'un AVC pourrait améliorer l'évaluation globale du dépistage.</p> <p><u>Recommandations :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - D'autres recherches seraient nécessaires pour déterminer si l'évaluation du proche, lorsqu'elle est incorporée dans la pratique, améliore la performance dans le dépistage de la dépression post-AVC. - Les infirmières ont besoin d'encouragements et de formations pour porter attention aux signes observables de la dépression. - Les outils de dépistage par l'observation peuvent être un moyen prometteur de détecter la DPA, en particulier lorsqu'ils sont utilisés par les soignants. - Il est important que les infirmières reconnaissent et valorisent les compétences des proches dans la détection de la dépression.

Article n°6 : Can nurses help identify patients with depression following stroke ? A pilot study using two methods of detection

Auteur Année Lieu + Pays	Population Type d'étude But de l'étude	Méthode/Instruments de mesure Interventions	Résultats principaux	Limites	Commentaires/Recommandation
<p>Lightbody, C. E., Baldwin, R., Connolly, M., Gibbon, B., Jawaid, N., Leathley, M. J., Sutton, C. & Watkins, C. L.</p> <p>Février 2007b</p> <p>Royaume-Uni, Angleterre, Preston</p>	<p><u>Population :</u> Pendant 6 mois, toutes personnes aphasiques admises à l'hôpital et encore présentes au 14^{ème} jour après l'AVC (N=28)</p> <p><u>Âge :</u> 61 – 78 ans</p> <p><u>Critères d'exclusion :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Patients inconscients - Médicalement instables - Ne voulant pas participer <p><u>Type d'étude :</u> Etude comparative transversale avec devis quantitatif</p> <p><u>But de l'étude :</u> Déterminer la précision de deux outils de diagnostic lorsqu'ils sont administrés par une infirmière pour détecter la DPA : l'échelle Geriatric Mental State examination (GMS) et l'échelle d'évaluation de la dépression de Montgomery-Asberg (MADRS).</p>	<p><u>Méthode :</u> L'infirmière effectuait l'évaluation à l'aide du GMS version informatisée et avec le MADRS afin de les comparer à un diagnostic médical de dépression par un psychiatre à l'aveugle.</p> <p>Lorsque le patient a des troubles cognitifs et/ou de communication, les chercheurs ont utilisé le GMS et si le proche aidant était disponible, il pouvait remplir le HAS (History and Aetiology Schedule) pour compléter les informations de l'infirmière. Pour les patients non aphasiques, le MADRS était utilisé.</p> <p><u>Instruments de mesure :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -GMS -MADRS -Diagnostic clinique par un psychiatre comme test étalon -Test de dépistage Frenchay Aphasia (FAST) -Test de la mémoire comportementale Rivermead (RBMT) <p>L'utilisation du FAST et du RBMT éviterait d'exclure certains patients et permettrait de décrire leurs caractéristiques.</p> <p>Le respect des considérations éthiques était présenté avec le consentement éclairé. La confidentialité, la possibilité de se retirer à tout moment et sans préjudice dans les soins étaient mentionnés aux patients.</p>	<p>25% des patients ont été classé déprimé par le psychiatre Le GMS a classé 43% et le MADRS 54% comme étant déprimé.</p> <p>La concordance entre le psychiatre et le GMS était passable. La concordance entre le psychiatre et le MADRS était modérée.</p> <p>Le GMS : Sensibilité 71%, spécificité 67% avec une efficacité globale de 68%.</p> <p>Le MADRS : Sensibilité 100%, spécificité 65% avec une efficacité globale de 75%.</p> <p>Les résultats suggèrent que l'infirmière peut établir une identification correcte des personnes dépressives et de la gravité de la dépression.</p>	<p><u>Selon les auteurs :</u> Le nombre de participants était insuffisant. Recours à un psychiatre pour réaliser l'étude. La même infirmière administrait le GMS et le MADRS.</p> <p>Le MADRS requiert une formation pour l'administrer et nécessite que le patient soit capable de communiquer.</p> <p><u>Selon nous :</u> Le GMS est utilisé principalement dans la recherche ce qui limite la généralisabilité de ses résultats à la pratique. De plus, son utilisation était jugée trop longue (60').</p> <p>Biais possible du fait d'avoir choisi des patients dès le jour 14 à l'hôpital, car certains sont sortis peut-être avant le 14ème jour.</p> <p>Une formation était nécessaire pour l'utilisation du GMS automatisé.</p> <p>Le GMS semble avoir des performances incertaines concernant l'AVC et concernant les troubles de la communication selon la revue de littérature.</p> <p>La nomenclature utilisée dans le GMS et le MADRS est différente de celui du psychiatre (catégories définies différemment).</p>	<p><u>Commentaires :</u> Tout comme le GMS, le MADRS est aussi efficace pour détecter la dépression. Le MADRS est le plus pertinent, car il est plus rapide et plus efficace par rapport au GMS.</p> <p>L'identification précise et la sévérité de la DPA peut être établie par une infirmière en utilisant le MADRS. Actuellement, les équipes cliniques avouent qu'avec l'état des ressources actuelles, l'évaluation par un psychiatre est souvent improbable.</p> <p>Il se peut que dans la pratique, l'utilisation de l'instrument fasse partie du rôle des infirmières spécialisées ou des infirmières consultantes en soins des patients ayant subi un AVC.</p> <p>Il existe des nouveaux traitements efficaces contre la DPA tels que les entretiens motivationnels.</p> <p><u>Recommandations :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Le MADRS peut être un outil d'évaluation utile pour la DPA, mais à condition de refaire cette étude avec un échantillon plus grand. - Une évaluation de la DPA par une infirmière formée aux MADRS peut favoriser la détection et l'efficacité des interventions qui en découlent.

Article n°7 : A Depression Screening Protocol for Patients With Acute Stroke: A Quality Improvement Project

Auteurs- Année Lieu+ pays	Population Type d'étude But de l'étude (avec verbe)	Méthode/ Instruments de mesure Intervention	Résultats principaux	Limites	Commentaires/ Recommandations
<p>McIntosh, C. 2017 New York, États-Unis</p>	<p><u>Population</u> : Les personnes hospitalisées avec un AVC diagnostiqué (N=79) <u>Âge</u> : 26 à 96 ans <u>Critères d'exclusions</u> : - La présence d'aphasie - La démence - Le coma - L'état gravement malade <u>Type d'étude</u> : Étude de cohorte rétrospective avec devis quantitatif <u>But de l'étude</u> : Évaluer le protocole fondé sur les preuves pour détecter précocement la DPA afin de la traiter.</p>	<p><u>Méthode</u> : Le protocole est créé en collaboration interdisciplinaire. Le Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) est utilisé afin de détecter la présence et la sévérité de la dépression. Les soins et les traitements seront adaptés selon le score de cette échelle. Il est implanté du 28/12/14 au 15/02/2015. Les infirmières de l'unité concernées ont suivi un programme éducatif concernant l'AVC, la DPA et la prise en soins. Elles reçoivent également un guide contenant la procédure à suivre après le score du PHQ-9. L'autrice vérifie l'existence du lien entre la DPA et les différentes variables (les antécédents, les caractéristiques de l'AVC et le sexe) et également sur le lien entre les scores du PHQ-9 et le jour où l'échelle est appliquée. <u>Instruments de mesure</u> : - PHQ-9 L'étude a été approuvée par un comité d'éthique indépendant qui n'a pas exigé le consentement éclairé de chaque participant ou de sa famille.</p>	<p>48,1% des participants présentent une dépression avec le PHQ-9. L'alcool et les antécédents de dépression favorisent la sévérité de la DPA augmentant ainsi le séjour hospitalier. Plus le dépistage est effectué tardivement dans le séjour, plus il y a de risque de développer la dépression post-AVC. Le protocole a permis de détecter la DPA et de la traiter avant le retour à domicile ainsi que des DPA non repérées. Un protocole de dépistage systématique peut réduire la variabilité des méthodes pour dépister et apporter une pratique commune.</p>	<p><u>Selon l'autrice</u> : Le temps d'implantation dans l'unité peut être trop court (2 mois). L'échantillon est de petite taille avec une exclusion des patients aphasiques. Le médecin du service changeait chaque semaine et n'était peut-être pas informé sur l'implémentation de ce protocole. La perception de l'infirmière et la manière dont elles ont présenté les questions aux patients peuvent avoir influencé les scores de dépistage. Les personnes qui ont été exclues par l'aphasie n'avaient peut-être pas l'aphasie, mais la dysarthrie.</p>	<p><u>Commentaires</u> : Cette étude est basée sur les personnes en soins aiguës. <u>Recommandations</u> : - L'étude recommande aux infirmiers de faire des formations continues pour développer leurs savoirs. - Il est recommandé de développer ce protocole en axant davantage le travail interdisciplinaire, comme avoir un colloque pour discuter des suivis. - L'autrice recommande de créer ce type de protocole adapté pour les personnes aphasiques.</p>

Article n°8 : The Relationship Between Perceived Life Changes and Depression in Caregivers of Stroke Patients

Auteur Année Lieu + Pays	Population Type d'étude But de l'étude	Méthode/Instruments de mesure Interventions	Résultats principaux	Limites	Commentaires/Recommandation
<p>Peyrovi, H., Mohammad-Saeid, D., Farahani-Nia, M. & Hoseini, F.</p> <p>2012</p> <p>Téhéran, Iran</p>	<p><u>Population :</u> Les proches aidants des personnes victimes d'un AVC à domicile (N=60)</p> <p><u>Âge :</u> 36 - 72 ans</p> <p><u>Critères d'inclusion :</u> - Membre de la famille avec une expérience de prodiguer des soins à une personne avec un AVC ≥ 1 mois.</p> <p><u>Type d'étude :</u> Une étude corrélative avec un devis quantitatif</p> <p><u>But de l'étude :</u> Examiner la relation entre les changements perçus dans la vie liés aux soins et la dépression chez les proches aidants.</p> <p>Identifier les facteurs prédictifs qui influencent la dépression et les changements perçus dans la vie liée aux soins.</p>	<p><u>Méthode :</u> Un appel téléphonique a permis d'expliquer aux proches aidants l'étude et d'obtenir un rendez-vous pour remplir les questionnaires. Du temps supplémentaire leur a été laissé si besoin.</p> <p><u>Instruments de mesure :</u> - Bakas Caregiving Outcome Scale (BCOS) - Centre for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) - Echelle Katz (fonctionnalité des patients) - Fiche des données démographiques</p> <p>Le comité local d'éthique a approuvé l'étude. Un consentement éclairé a été signé par les proches aidants. Ils pouvaient se retirer à tout moment de l'étude.</p>	<p>Les proches aidants étaient seuls pour s'occuper du survivant de l'AVC pendant une moyenne de 15 mois.</p> <p>La moyenne de l'échelle du BCOS était de -44 à + 33. Ce score indique des changements négatifs dans la vie des proches après qu'ils aient accepté cette responsabilité.</p> <p>La moyenne de l'échelle CES-D soulevait des symptômes dépressifs avec un score entre 1 et 58. La prévalence des personnes à risque de dépression était de 40%.</p> <p>Il y a un lien négatif significatif entre les changements perçus dans la vie liés aux soins et la dépression chez les proches aidants. Les résultats soulèvent qu'à mesure que les changements étaient pour le mieux, le sentiment de dépression diminuait.</p> <p>L'incapacité fonctionnelle du patient prédisait de façon significative la dépression du proche. Tandis que l'âge, le sexe et la durée de la prestation de soins du proche ont été non significatifs.</p>	<p><u>Selon les auteurs :</u> Les aidants peuvent être également demandeurs de soins.</p> <p>La culture iranienne porte un grand intérêt aux liens familiaux. Les résultats sont propres à cette culture et peuvent limiter la généralisabilité.</p> <p><u>Selon nous :</u> La seule analyse de ce petit échantillon limite la généralisabilité.</p> <p>Il manque les données d'inclusion des patients pour reproduire l'étude.</p>	<p><u>Commentaires :</u> Cette étude soulève l'importance d'accorder une attention particulière aux changements dans la vie des aidants afin d'améliorer leur qualité de vie.</p> <p>Lors de l'évaluation du proche, l'incapacité du patient devrait être toujours prise en compte.</p> <p>Le personnel infirmier devrait évaluer le soutien potentiel offert aux aidants.</p> <p>De plus, il faut planifier des interventions pour aider les proches comme des réunions de suivi pour améliorer leurs aptitudes à résoudre leurs problèmes et répondre à leurs questions.</p> <p><u>Recommandations :</u> - Reproduire l'étude avec un plus grand nombre de participants afin d'évaluer plus soigneusement les prédictifs. - Effectuer une étude similaire à mesures répétées et à plus long termes.</p>

Article n°9 : Psychometric Properties of the Dutch Version of the Signs of Depression Scale

Auteurs Année Lieu+ pays	Population Type d'étude But de l'étude	Méthode/ Instruments de mesure Intervention	Résultats principaux	Limites	Commentaires/ Recommandations
<p>van Dijk, M. J., de Man-van Ginkel, J. M., Hafsteinsdóttir, T. B. & Schuurmans, M. J.</p> <p>2018</p> <p>Utrecht Pays-Bas</p>	<p><u>Population :</u> Les patients avec ou sans aphasie hospitalisés dans un centre de réhabilitation dans le contexte d'un AVC (N=58)</p> <p><u>Âge :</u> 26 à 82 ans</p> <p><u>Critères d'exclusion :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Gravement malade - Trouble de la conscience - Ne parlant pas néerlandais <p><u>Type d'étude :</u> Étude transversale avec devis quantitatif</p> <p><u>But de l'étude :</u> Évaluer les propriétés psychométriques de l'échelle Signs Of Depression Scale (SODS) afin de vérifier la fiabilité, la validité et la précision du diagnostic, lorsque les infirmiers l'appliquent sur les patients aphasiques à la suite d'un AVC.</p>	<p><u>Méthode :</u> L'échantillon a été divisé en deux sous-groupe : avec aphasie (n=25) et sans aphasie (n=33). Ils sont suivis pendant 4 mois en 2010.</p> <p>Les trois infirmières ont reçu l'instruction sur l'utilisation du SODS pour vérifier l'hypothèse 1, 2 et 3. Cette évaluation a eu lieu, à l'aveugle, le même jour où le chercheur administrait le PHQ-9.</p> <p>Les chercheurs se sont rendus trois fois par semaine pour évaluer uniquement les participants sans aphasie avec le PHQ-9 pour vérifier la corrélation de l'hypothèse 4.</p> <p><u>Instruments de mesure :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - SODS - MMS - PHQ-9 (Test étalon) <p><u>4 hypothèses formulées :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Au moins 50% des patients aphasiques ont un score du SODS indiquant la présence des symptômes de dépression 2. Au moins 30% des patients sans aphasie ont un score du SODS indiquant la présence des symptômes de dépression 3. Le score moyen du SODS est significativement plus élevé chez les patients aphasiques que ceux sans aphasies. 4. Il y a une corrélation positive entre le PHQ-9 et le SODS, avec un coefficient de ≥ 0.3, valeur indiquant une corrélation modérée. <p>L'étude est approuvée par un comité d'éthique locale en incluant le respect, le consentement éclairé et la confidentialité des patients.</p>	<p>La sensibilité du SODS vaut 80%. Cependant la spécificité est faible (39%).</p> <p>Le SODS peut être utilisé pour détecter les symptômes dépressifs chez les personnes aphasiques. De plus, l'utilisation de cette échelle est rapide et facile.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le SODS indique qu'il y a 84% de personnes aphasiques avec une dépression. Donc l'hypothèse 1 est confirmée. 2. Le SODS indique qu'il y a 63% de personnes non aphasiques avec une dépression confirmant l'hypothèse 2. 3. Le score moyen du groupe des patients aphasiques vaut 2.52 et chez l'autre groupe 1.52, ce qui valide la troisième hypothèse. 4. Un test statistique démontre que le coefficient vaut 0.32, confirmant l'hypothèse 4. 	<p><u>Selon les auteurs :</u> La taille de l'échantillon est petite ce qui peut diminuer la précision des résultats.</p> <p>Le test étalon n'est pas adapté pour les personnes aphasiques car il manque un outil fiable pour cette population.</p> <p>L'étude n'est pas généralisable, car la fiabilité du SODS est appliquée uniquement aux patients aphasiques.</p> <p>Cette étude n'est pas représentative des soins quotidiens prodigués aux patients avec un AVC.</p>	<p><u>Commentaires :</u> Cet article soulève la difficulté de mesurer la fiabilité des outils pour les personnes aphasiques à cause du manque d'études scientifiques.</p> <p>Les infirmiers participants étaient familiers aux patients et ont reçu des instructions. Ces éléments peuvent être la clé pour la détection de la DPA.</p> <p><u>Recommandations :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les auteurs recommandent d'augmenter le nombre de participants. - Un instrument avec plus d'options de réponses et permettant de mesurer l'attitude de la personne doit être développé afin d'améliorer la performance du SODS. - Inclure les personnes aphasiques dans une étude peut renforcer la généralisabilité et la qualité méthodologique de l'étude. - Il serait intéressant de prendre des informations données par la famille ou le proche aidant pour compléter le dossier.

5.2. Analyse critique des articles retenus

Les concepts ressortis dans l'état des connaissances du travail reviennent dans ces thèmes et d'autres sont venus s'ajouter après la lecture des articles scientifiques. Trois thématiques permettent de mettre en évidence les divers résultats trouvés :

- La personne
- Le proche aidant
- Le rôle et les interventions de l'infirmière

5.2.1. La personne

Le risque de dépression semble être plus élevé lors de la phase aiguë que lors de la phase de réadaptation (Berg, Lönnqvist, Palomäki & Kaste, 2009 ; de Man-van Ginkel et al. 2012 ; McIntosh, 2017). Selon Watkins et al. (2007), « lorsque la DPA est prévenue ou traitée, il y a une amélioration de l'état émotionnel » (cité par Lightbody et al., 2007a, p.602).

Dans l'étude de Li, Oakley, Li et Luo (2017), les patients avec une dépression post-AVC ont identifié un plus grand nombre de symptômes de la DPA que les experts ou que les professionnels de la santé. Les patients ont mis en évidence 35 symptômes consensuels. Ces mêmes personnes ont choisi de conserver trois symptômes qui n'avaient pas été retenus auparavant par le groupe d'experts : « prier pour un miracle », « sentir que son esprit n'est pas clair » et « la perte de poids ». Ces mêmes patients en ont ajouté trois nouveaux : « plus facile de se mettre en colère que d'habitude », « une punition pour les mauvaises habitudes du passé » et « se sentir inutile » (Li et al., 2017). Les patients avec une DPA expriment une impression de vivre dans une vie sombre, caractérisée par une mélancolie, un sens de la vie floue et un sentiment figé (Kouwenhoven et al., 2012, cité par van Dijk, de Man-van Ginkel, Hafsteinsdóttir & Schuurmans, 2018). Ces ressentis sont accentués par des facteurs de risque supplémentaires de la DPA tels que des antécédents d'alcoolisme, la diminution de la participation aux thérapies et aux activités sociales (Lightbody et al., 2007a ; McIntosh, 2017).

Les personnes ayant eu un AVC dans l'étude de Green et King (2011) ont été bouleversées par l'incapacité à contribuer à la structure et au fonctionnement familial. Une fatigue et une perte d'endurance peuvent entraver leur rétablissement et leur réintégration complète dans leurs rôles familiaux, communautaires et professionnels. Dans cette même étude, les participants comptaient sur la famille et principalement sur leur épouse pour obtenir le soutien physique et psychosocial nécessaire (Green & King, 2011).

Lorsque la qualité de vie diminue, la sévérité de la dépression semble augmenter (Green & King, 2011 ; Lightbody et al., 2007a ; McIntosh, 2017). Tout comme les séquelles cognitives de l'AVC qui peuvent favoriser la DPA, la dépression peut en retour aggraver les séquelles cognitives (Green & King, 2011 ; Lightbody et al., 2007a). L'aphasie touche un tiers des personnes ayant eu un AVC et peut perdurer longtemps (Berg et al., 2009). Elle favorise la dépendance et le développement de la dépression (Lightbody et al., 2007a ; van Dijk et al., 2018). Elle représente, avec d'autres séquelles cognitives, une grande détresse psychologique pour le patient et le proche aidant (Lightbody et al., 2007a). Or, l'aphasie et les déficits cognitifs peuvent rendre difficile le dépistage (Berg et al., 2009 ; de Man-van Ginkel et al. 2012 ; Lightbody et al., 2007b), ce qui explique l'exclusion fréquente de cette population dans les études. En effet, les différences de prévalences de la DPA seraient liées à la diversité méthodologique des études, par exemple « la population de l'étude ; les différents paramètres d'examens ; les critères d'inclusion et d'exclusion basés sur l'aphasie, la dépression préexistante, l'altération de l'état de conscience, les différents intervalles de temps post-AVC » (Robinson & Spalletta, 2010, cité par de Man-van Ginkel et al., 2012, p.334).

Selon Green et King (2011), les participants cherchent à évoluer vers le processus du rétablissement. Ils semblent avoir des attentes concernant le retour rapide à la normalité après l'événement traumatique. Les diverses pertes vécues en lien avec la modification du rôle au sein de la famille les ont obligés à découvrir et établir de nouvelles routines afin de pouvoir contribuer de façon productive à la vie de famille. Trois mois post-AVC, près de la moitié des patients de l'étude avaient encore des difficultés à accomplir leurs AVQ et à accommoder leurs déficits physiques. La capacité de s'occuper des rôles familiaux, des besoins d'autogestion de la santé et du travail reflète une bonne capacité d'adaptation (Green & King, 2011). Néanmoins, sur le plan professionnel, il y a 6/38 hommes ayant eu un AVC qui sont retournés à un emploi rémunéré au cours du premier mois après l'AVC. De plus, sur les 18 hommes qui occupaient un métier dans le bâtiment, trois étaient en recherche d'emploi dans le cadre d'une réorientation professionnelle en raison du manque de la récupération physique complète. Cela peut souligner les difficultés rencontrées lors du retour à un emploi antérieur (Green & King, 2011).

5.2.2. Le proche aidant

Selon Peyrovi, Mohammad-Saeid, Farahani-Nia & Hoseini (2012), les conjointes qui sont les soignantes de leur mari vivent une péjoration de santé mentale avec le développement potentiel d'une dépression lorsque la santé de leur mari diminue. Le proche aidant aurait un risque de décès plus élevé lorsqu'il s'occupe d'une personne atteinte d'un AVC plutôt que d'une personne ayant une autre maladie (Peyrovi et al., 2012). Les patients comptaient davantage sur leur famille, principalement leur épouse, pour obtenir le soutien nécessaire à leur rétablissement (Green & King, 2011).

La dépression est également favorisée par la perturbation de la fonction martiale. Il est décrit que les troubles émotionnels et les troubles cognitifs post-AVC constituent un grand stress pour la famille et la personne. Ces derniers ont besoin de temps pour s'adapter (de Witte, Schure, Sanderman, Meyboom-de Jong, 2005 ; Dennis, O'Rourke, Lewis, Sharpe, & Warlow, 2000 ; Forsberg-Warleby, Moller, & Blomstrand, 2001 ; Ostwald, 2008 ; Robinson, Murata, & Shimoda, 1999 ; Rochette, Desrosiers, Bravo, St-Cyr-Tribble, & Bourget, 2007, cité par Green & King, 2011 ; Li et al., 2017).

Par conséquent, il est primordial de considérer le bien-être du proche aidant. Notamment, lorsqu'il prodigue des soins au patient. Il détient les informations et les connaissances nécessaires à la prise en soins de ce dernier (Peyrovi et al., 2012). Lightbody et al. (2007a) évoquent que « le proche aidant est décrit comme une source vitale, mais utilisé non adéquatement » (p.602). Deux autres articles recommandent d'interroger les proches en tant que sources d'informations (Berg et al., 2009 ; van Dijk et al., 2018).

Lightbody et al. (2007a) ont défini que le proche « connaît » le patient et peut être déterminant dans la performance de l'évaluation. Le proche évalue ce qu'il voit sans interpréter les signes et les symptômes de l'AVC ou de la DPA. L'aidant remarque avec facilité les comportements habituels de son proche et ceux qui sont anormaux (Peyrovi et al., 2012). De plus, dès que les patients ne peuvent pas fournir toutes les informations, un proche peut être présent afin de procurer des éléments supplémentaires aux soignants (Lightbody et al., 2007a). Selon Lightbody et al. (2007a), l'implication régulière de l'aidant dans l'évaluation de la dépression à la suite d'un AVC pourrait améliorer l'évaluation globale du dépistage. L'infirmière peut mettre en place des stratégies dans le but de faire participer activement les proches aidants. Cependant, Berg et al. (2009) affirment que l'utilisation du proche aidant peut toutefois comporter des limites.

Berg et al. (2009) ont remarqué un désaccord entre l'auto-évaluation (patient) et l'hétéro-évaluation (proche aidant) de la DPA. Les proches aidants souffrant de dépression avaient tendance à surestimer la gravité de l'humeur des patients. Les auteurs soulèvent aussi l'importance d'une utilisation avec prudence des informations données par le proche (Berg et al., 2009). En effet, un niveau de dépendance élevé de la personne peut avoir un effet négatif sur l'état psychologique du proche aidant (Peyrovi et al., 2012). Peyrovi et al., (2012) ont montré que la qualité de vie des aidants est affectée par l'invalidité de leur proche victime d'un AVC.

Les difficultés vécues par les patients dans l'étude de Green et King (2011) ont amené le proche à effectuer des tâches et à entreprendre des rôles supplémentaires. Les proches ont dû établir un équilibre entre les soins à la personne victime d'un AVC et les rôles de la vie quotidienne tels que le ménage, les soins à leurs enfants et à leurs parents âgés. Ce qui a amené 19/38 femmes à laisser de côté leur vie professionnelle pour s'occuper exclusivement de leur mari (Green & King, 2011).

Le fardeau des proches ainsi que la diminution de leur qualité de vie ont soulevé l'importance d'offrir plus de soutien aux aidants d'une personne ayant une incapacité fonctionnelle grave (Green & King, 2011). Selon Green et King (2011), le personnel infirmier doit prendre en considération les implications psychologiques et sociales des proches aidants dans le processus de guérison. Green et King (2011) recommandent à l'infirmière d'anticiper la préparation à la sortie de l'hôpital, tout en tenant compte du proche. Les changements perçus dans la vie des aidants devraient être surveillés de près sur une longue durée. Des réunions de suivi devraient être planifiées pour les soutenir, améliorer leurs aptitudes à résoudre les problèmes et répondre à leurs questions. L'évaluation de l'incapacité fonctionnelle chez la personne victime d'un AVC serait à considérer dans la planification des soins, car cette incapacité prédit les changements perçus de façon négative (Green & King, 2011).

5.2.3. Le rôle et les interventions de l'infirmière

Le dépistage de la DPA semble être un phénomène complexe à appréhender. En effet, l'infirmière doit être attentive à différentes variables dans sa pratique. Les articles retenus ont permis de mettre en évidence les moyens infirmiers pour pallier à ce phénomène.

5.2.3.1. Outils de dépistage

Selon de Man-van Ginkel et al., (2012) et McIntosh, (2017), la prévention est possible grâce à l'utilisation d'instruments de dépistage. Van Dijk et al. (2018) recommandent fortement aux infirmiers d'utiliser des échelles valides et fiables pour détecter la DPA. Effectivement, les infirmiers utilisant un instrument de dépistage seraient plus performants pour détecter la DPA que ceux qui ne l'utilisent pas (Miller et al., 2010, cité par de van Dijk et al., 2018).

Bien que l'utilisation des outils soit recommandée, van Dijk et al. (2018) mentionnent que les échelles destinées aux personnes aphasiques manquent d'études quantitatives permettant de valider leur efficacité. De plus, les infirmières décrivent une restriction de temps auprès des patients ainsi qu'un manque de connaissances sur les pathologies psychiatriques (Lightbody et al., 2007a). Van Dijk et al. (2018) suggèrent que l'apprentissage de l'utilisation des outils pourrait améliorer le dépistage.

Afin d'améliorer ce dépistage, les articles sélectionnés ont évalué et testé les outils suivants (Berg et al., 2009 ; de Man-van Ginkel et al., 2012 ; Green & King, 2011 ; Li et al., 2017 ; Lightbody et al., 2007b ; Lightbody et al., 2007a ; McIntosh, 2018 ; Peyrovi et al., 2012 ; van Dijk et al., 2018) :

- Non aphasique :
 - Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2)
 - Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)
 - Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)
 - Beck Depression Inventory (BDI)
 - Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD)
 - Clinical Global Impression (CGI)
- Aphasique :
 - Signs of Depression Scale (SODS)
 - Visual Analogue Mood Scale (VAMS)
 - Geriatric Mental State examination (GMS)
- Non déterminé :
 - Une nouvelle échelle de mesure

Les outils les plus fréquemment rencontrés parmi les neuf articles ont été le PHQ-9 et le SODS (cf. annexe 8). Le PHQ-9 est un outil comparé dans l'étude de de Man-van Ginkel et al. (2012) et cité dans l'article de McIntosh (2017). Le SODS est comparé dans l'étude de Lightbody et al. (2007a) et celle de van Dijk et al. (2018). Les autres outils n'ont pas été sélectionnés, parce qu'il manquait des études scientifiques les comparant.

5.2.3.1.1 Patient Health Questionnaire-9

Ce questionnaire a permis de mettre en évidence 26,4% des patients présentant une dépression majeure. Il y a une dépression légère à modérée en réadaptation tandis qu'en milieu hospitalier une dépression modérée ou grave (de Man-van Ginkel et al., 2012). Dans l'article de McIntosh (2018), le PHQ-9 a permis d'évaluer 48% des participants comme étant déprimés. Avec un seuil optimal à 10, la sensibilité atteignait 100% et une spécificité de 86% (de Man-van Ginkel et al., 2012).

Cet instrument de mesure est prometteur pour le dépistage de la dépression post-AVC (de Man-van Ginkel et al., 2012 ; McIntosh, 2017). 88% des infirmières étaient satisfaites de la clarté du questionnaire après administration régulière (de Man-van Ginkel et al., 2012). De plus, sa brièveté est attrayante pour une utilisation en pratique clinique, car l'infirmière est souvent très occupée par des demandes concurrentes. La moyenne du temps nécessaire pour faire passer le PHQ-9 est de 10 minutes et 42 secondes et presque toutes les infirmières pensaient que le délai était acceptable (93%). Cependant, le temps d'utilisation du PHQ-9 a été deux fois plus long que ce qui avait été mentionné dans les autres études (de Man-van Ginkel et al., 2012).

Le PHQ-9 a été pris comme test de référence. Cette échelle semble comporter une bonne capacité de discrimination pour la dépression majeure. Pour un seuil ≥ 10 , la sensibilité était de 80% et la spécificité de 78% (van Dijk et al., 2018). Le PHQ-9 a été également utilisé pour créer un protocole de dépistage de la DPA dans l'étude de McIntosh (2017). Cette autrice recommande de l'implémenter dans le dossier médical informatisé (McIntosh, 2017).

5.2.3.1.2 *Signs of Depression Scale*

Dans l'étude de Lightbody et al. (2007a), l'infirmière a évalué 38% des patients comme étant potentiellement déprimés, tandis que les proches en ont évalué 60%. La proportion de patients correctement identifiés en dépression par les infirmières est de 64%, et celle des patients non déprimés est de 61%. Les proches aidants ont atteint une sensibilité de 90% et une spécificité de 35%.

Dans l'étude de van Dijk et al. (2018), en utilisant un seuil de ≥ 2 , 52% des patients ont présenté un dépistage positif aux symptômes dépressifs, dont 64% aphasiques et 42% non aphasiques. Avec un seuil ≥ 1 , l'infirmière a correctement identifié 80% des patients déprimés et 39% non déprimés (van Dijk et al., 2018).

Ni les proches, ni les infirmières n'ont répondu aux critères dans le cadre d'un bon outil de dépistage (sensibilité $\geq 80\%$ et spécificité $\geq 60\%$), bien que les évaluateurs aient atteint une sensibilité de 91% et une spécificité de 55% quand un seuil de ≥ 3 est appliqué (Lightbody et al., 2007a). Lightbody et al. (2007a) ont défini que l'utilisation de l'échelle par le proche entre dans la catégorie « utile à certaines fins » et par l'infirmière de « faible précision ». D'ailleurs, les six items du SODS sont constitués par des questions fermées, ce qui peut induire une réduction de la précision de l'échelle (van Dijk et al., 2018). Bien que les valeurs diagnostiques du SODS ne soient pas satisfaisantes, les conclusions de ces deux études indiquent que le SODS peut être utilisé comme premier instrument de dépistage permettant d'identifier les patients nécessitant une évaluation plus approfondie (Lightbody et al., 2007a ; van Dijk et al., 2018).

Les six items individuels du SODS cotés par l'infirmière et le proche ont également été examinés afin d'enquêter sur ceux qui semblaient discriminatoires par rapport au diagnostic de dépression du psychiatre. Le 3^{ème} item de l'infirmière est « Agitated, restless and anxious ». Il a correctement identifié 66% des patients comme étant déprimés. Le 2^{ème} item « Cry or seem weepy » du proche, identifie correctement 73% des patients comme étant déprimés. Il y a également une indication quant au 3^{ème} item « Agitated, restless and anxious » et au 6^{ème} item « Seems withdrawn » aidant à la discrimination (Lightbody et al., 2007a).

5.2.3.2. L'observation de l'infirmière

Selon de Man-van Ginkel et al. (2012), Lightbody et al. (2007b) et McIntosh (2017), les infirmiers soulignent l'importance d'observer d'une manière plus objective. L'observation et l'utilisation d'instruments de dépistage sont complémentaires (de Man-van Ginkel et al., 2012). En effet, selon de Man-van Ginkel et al. (2012) en même temps que l'infirmière soumet l'échelle d'évaluation de la DPA, elle a le rôle d'observer la réaction verbale, la réaction non verbale et si les points abordés étaient clairs et acceptés par les patients. Quelques réactions de leur part ont été mises en évidence concernant les pensées de mort et les idées suicidaires. Certains ont trouvé que cette question était exagérée. Cependant, d'autres ont déclaré que cela leur donnait l'occasion de parler de leurs sentiments avec l'infirmière (de Man-van Ginkel et al., 2012).

Selon de Man-van Ginkel et al. (2012), les infirmières se sentent responsables d'évaluer la dépression chez les patients hospitalisés pour un AVC. Elles considèrent l'observation, l'évaluation et l'interprétation des symptômes comme des éléments importants de leur rôle (de Man-van Ginkel et al., 2012). L'expérience de l'infirmière dans l'utilisation d'outil et dans l'interprétation de celui-ci peut améliorer et faciliter le dépistage (de Man-van Ginkel et al., 2012). Selon Peyrovi et al. (2012) et Lightbody et al. (2007a), il serait utile que l'infirmière soit formée aux symptômes de la DPA et à l'identification des proches déprimés. D'ailleurs, la formation de base des infirmières intègre aussi des soins psychologiques, mais l'enseignement est axé sur un modèle biologique et médical (Lightbody et al., 2007a). Selon Li et al. (2017) et Lightbody et al. (2007b), l'infirmière est capable de définir la gravité de la DPA. De Man-van Ginkel et al. (2012) expliquent que les interventions psychologiques peuvent avoir des effets positifs sur la prévention primaire et secondaire. Les entretiens motivationnels préviendraient et traiteraient la dépression précocement après un AVC (Lightbody et al., 2007b).

Selon McIntosh (2017) et van Dijk et al. (2018), l'infirmière a un rôle central auprès du patient. D'une part, elle est en première ligne pour le dépistage, et d'autre part, elle entretient une relation continue grâce aux soins prodigués au quotidien (de Man-van Ginkel et al., 2012 ; Lightbody et al., 2007a). Elle peut favoriser et encourager la personne à participer à ses soins et la soutenir dans l'amélioration de son bien-être (McIntosh, 2017).

5.2.3.3. Collaboration interprofessionnelle

D'après McIntosh (2017), l'infirmière a une valeur contributive dans la collaboration interprofessionnelle. 81% des infirmières ont trouvé que le PHQ-9 permettait de donner des informations pertinentes pour les soins demandant une approche interprofessionnelle. 71% des infirmières ont constaté que les scores permettaient d'indiquer clairement les patients qui pourraient bénéficier des interventions de suivi, y compris l'orientation vers un diagnostic et un traitement ultérieur (de Man-van Ginkel et al., 2012). Ceci révèle l'importance d'un suivi approprié par des infirmières et/ou d'un suivi par des psychiatres ou des psychologues pour un diagnostic et un traitement plus approfondi. Ces aspects doivent être discutés au sein de l'équipe interprofessionnelle (de Man-van Ginkel et al., 2012).

McIntosh (2017) soutient l'importance d'avoir des colloques avec les autres professionnels afin d'ajuster la prise en soin globale. Dans ce contexte, le rôle de l'infirmière est de mettre en commun ses observations avec l'équipe en tenant compte des proches (Lightbody et al., 2007a). En effet, selon Lightbody et al. (2007a), cette collaboration devrait servir de base à une évaluation globale de l'humeur du patient. Il est nécessaire d'évaluer la DPA à l'aide de différentes approches simultanément, y compris l'auto-évaluation des patients, l'impression de l'infirmière et les observations des proches pour compléter l'entretien (Peyrovi et al., 2012 ; van Dijk et al., 2018).

En résumé, McIntosh (2017) encourage l'utilisation d'un protocole de dépistage en favorisant la collaboration interdisciplinaire dans le but de défendre l'intérêt de la personne.

6. DISCUSSION

Dans ce chapitre, l'analyse critique des neuf articles a été mise en perspective avec la question de recherche principale et l'ancrage disciplinaire. Dans cette discussion, les quatre phases de la mise en pratique de l'ASFF ont été le fil conducteur : explorer et faire connaissance, focaliser, exécuter et réviser. Étant une approche abstraite, ce choix permet de répondre à la question de recherche en souhaitant être le plus applicable et réaliste dans la pratique (Fawcett, 2013 ; Gottlieb & Gottlieb, 2014).

6.1. Contexte

Tant du côté infirmier que médical, il existe des difficultés de dépistage de la DPA. Les médecins ont de moins en moins de temps à consacrer au patient (de Man-van Ginkel et al., 2010 ; Gottlieb & Gottlieb, 2014 ; Pinoit et al., 2006). Les psychiatres sont indisponibles pour dépister de façon systématique les personnes ayant subi un AVC (Li et al., 2017 ; Lightbody et al., 2007b). L'infirmière, première interlocutrice du patient est capable de dépister la DPA qu'elle considère comme son rôle propre (de Man-van Ginkel et al., 2012 ; Gottlieb & Gottlieb, 2014).

C'est dans ces circonstances actuelles des soins, axés sur la préparation anticipée en hospitalier que la situation d'une personne en dépistage de DPA a lieu. Le temps d'hospitalisation est de plus en plus réduit en lien avec le virage ambulatoire afin de réduire les coûts. Ce changement de prise en soins favorise le confort et la qualité de vie, parce qu'il permet d'éloigner la personne et son proche du milieu stressant (hôpital) (Gottlieb & Gottlieb, 2014 ; Green & King, 2011).

Le statut mental et l'utilisation des outils de dépistage colorés de l'ASFF soulignent l'évolution transformative des soins préventifs, en responsabilisant les personnes dans la prise en charge de leur santé. Ils mettent en lumière le contexte actuel des soins en Suisse qui demandent de plus en plus une pratique infirmière spécialisée et avancée, très valorisant pour la profession (Fawcett, 2013 ; Gottlieb & Gottlieb, 2014 ; Morin & Eicher, 2012 ; Paquette-Desjardins et al., 2015 ; Pepin et al., 2017).

Avec la pénurie d'infirmières actuelle et future, la formation pourrait pallier partiellement à cette difficulté (Morin & Eicher, 2012 ; Pires, 2018). Ces pratiques peuvent avoir l'avantage de promouvoir des soins selon des données objectives, tout en considérant l'individu dans sa subjectivité. Ces deux éléments peuvent améliorer le rapport coût/efficacité, ce que le

ystème de santé actuel valorise (Morin & Eicher, 2012). L'AVC génère des coûts importants pour la santé. La DPA peut avoir des conséquences holistiques qui peuvent accroître ce coût, suite au prolongement de l'hospitalisation ou à l'altération de l'état de santé du proche (McIntosh, 2017 ; Morin & Eicher, 2012). La prévention de la DPA implique donc des interventions plus efficaces, spécialisées, avancées et personnalisées (Gottlieb & Gottlieb, 2014 ; Morin & Eicher, 2012).

La prévalence de la DPA en Suisse souligne qu'il pourrait être pertinent de la dépister dans des milieux spécialisés tels que dans les unités et les centres dédiés spécifiquement à l'accompagnement de l'AVC, étant donné que le risque est accru en phase aiguë (Berg et al., 2009). D'ailleurs, le dépistage de la DPA devrait devenir une exigence dans tous les centres d'AVC avant la sortie du patient (Carrera et al., 2017 ; McIntosh, 2017).

6.2. Phase 1 : Explorer et faire connaissance

Lors de cette première phase, l'infirmière fait la connaissance du patient et de son proche (Gottlieb & Gottlieb, 2014 ; Ivernois & Gagnayre, 2011). Elle découvre leurs valeurs, leurs croyances et leurs préoccupations. Elle explore également leurs forces, leurs ressources ainsi que leurs difficultés (Gottlieb & Gottlieb, 2014 ; Ivernois & Gagnayre, 2011). À cette étape, l'observation va permettre de dépeindre un premier aperçu de la situation de santé (Gottlieb & Gottlieb, 2014 ; Ivernois & Gagnayre, 2011). En s'aidant des quatre forces de l'ASFF (les forces en matière de mentalité, de connaissances et de savoir, de relations et de défense des intérêts), l'infirmière effectue une observation verbale et non verbale, lui permettant de s'adapter à la personne et sa famille et d'interagir de façon individualisée (de Man-van Ginkel et al., 2012 ; Gottlieb & Gottlieb, 2014). Du fait de sa proximité avec le patient et son proche, elle est la mieux placée pour découvrir les informations pertinentes. De plus, cette intimité dans les soins peut favoriser la confiance dans la relation (de Man-van Ginkel et al., 2010 ; Gottlieb & Gottlieb, 2014).

La confiance entre l'infirmière et la personne soignée permet d'instaurer un partenariat de collaboration. La confiance qu'échange le patient avec l'infirmière favorise l'initiation de ce partenariat. Elle crée un environnement propice à l'échange d'informations en mettant en place des stratégies pour faire participer activement la personne et son proche tout en favorisant l'autonomisation (de Man-van Ginkel et al., 2012 ; Gottlieb & Gottlieb, 2014 ; Lightbody et al., 2007a ; McIntosh, 2017 ; OFSP, 2018). D'ailleurs, le patient et sa famille tendent à vouloir collaborer quand ils se sentent entendus, valorisés, respectés et sécurisés (Gottlieb & Gottlieb, 2014). Aussi, l'empathie, l'authenticité, la congruence ainsi que la rétroaction sont des attitudes facilitatrices dans le partenariat de collaboration (Doyon & Longpré, 2016 ; Gottlieb & Gottlieb, 2014). La personne découvre que l'infirmière est disponible et capable d'écoute attentive (Gottlieb & Gottlieb, 2014 ; Pepin et al., 2017).

La force de ce partenariat de collaboration est double. D'une part l'infirmière découvre l'unicité de la personne avec ses valeurs, ses préoccupations et ses ressources (Gottlieb & Gottlieb, 2014 ; Ivernois & Gagnayre, 2011). D'autres part, la personne découvre certaines compétences de l'infirmière, comme l'auto-efficacité et le pouvoir d'agir qui pourront lui être transmises. À ce stade, l'infirmière se trouve au niveau d'apprenante, car elle découvre la perception de la personne concernant sa situation de santé (Gottlieb & Gottlieb, 2014).

À travers cette première phase, l'infirmière initie la première étape de l'enseignement thérapeutique en évaluant les besoins éducatifs et la pertinence en lien avec le contexte de

soin (Ivernois & Gagnayre, 2011 ; OFSP, 2018). Une fois le partenariat conclu, l'infirmière doit découvrir comment est vécu l'AVC et les répercussions au sein de la famille (Green & King, 2011 ; Gottlieb & Gottlieb, 2014 ; Ivernois & Gagnayre, 2011 ; Li et al., 2017).

Une des forces que l'infirmière doit avoir pour accompagner la personne et son proche est d'observer et de relever leurs aptitudes de stratégies de coping face aux difficultés vécues (Gottlieb & Gottlieb, 2014). Elle doit faire l'inventaire de leurs moyens d'adaptation passés, actuels et en devenir. Par exemple, lorsqu'une personne s'accommode en découvrant et en établissant de nouvelles routines dans la vie familiale, l'infirmière doit les valoriser (Gottlieb & Gottlieb, 2014 ; Green & King, 2011). Elle doit être consciente que plus la personne a des souvenirs d'un faible niveau d'auto-efficacité, plus elle a de risque de développer une dépression (Korpershoek et al., 2011).

6.2.1. La personne

Selon McIntosh (2017) et de Man-van Ginkel et al. (2010), il existe différents facteurs de risque pour développer la DPA. Ces facteurs peuvent se détecter grâce à l'infirmière qui va observer, communiquer et collaborer avec la personne, son proche et le reste de l'équipe interprofessionnelle (Gottlieb & Gottlieb, 2014 ; HES-SO, 2012). Ainsi, l'infirmière devrait s'informer de la gravité de l'AVC, de la présence d'une aphasie, des antécédents d'anxiété, d'alcoolisme ou de dépression personnelle ou familiale. Elle devrait évaluer l'existence des limitations physiques, d'une atteinte à l'image de soi, d'une fatigue, d'un sentiment de culpabilité, d'une diminution de la motivation et d'un risque suicidaire (Gottlieb & Gottlieb, 2014 ; Hamid & MacKenzie, 2017 ; McIntosh, 2017 ; Oberle et al., 2017 ; Son, 2015 ; Vanhook, 2009). C'est pourquoi, il est important lors de l'enseignement thérapeutique d'évaluer ces difficultés rencontrées afin d'agir et de les anticiper (Gottlieb & Gottlieb, 2014 ; Ivernois & Gagnayre, 2011). Cette prévention secondaire est une partie peu connue du rôle de l'infirmière (Naudin et al., 2011).

La personne peut être confrontée à un état de stress post-traumatique. Cet état peut être projeté sur le proche aidant (Green & King, 2011 ; Gronchi-Perrin et al., 2008 ; Li et al., 2017). Ceci prouve que l'environnement et la personne ne font qu'un (Gottlieb & Gottlieb, 2014). Le proche peut ressentir davantage ce stress. D'une part, son être aimé est atteint par la maladie et d'autre part, il se retrouve stressé de devoir prodiguer des soins et de gérer des rôles supplémentaires (professionnels, sociaux et financiers) (Green & King, 2011 ; Vanhook, 2009). Ce changement de vie peut amener à une dynamique familiale perturbée

(Vanhook, 2009). La fatigue et la perte d'endurance peuvent entraver leur rétablissement et leur réintégration complète dans leurs divers rôles (Green & King, 2011). Sur le plan professionnel, la réorientation et la réintégration sont considérées comme des stratégies d'adaptation. De ce fait, la personne devient capable de se projeter et de faire face à cette nouvelle situation de santé (Gottlieb & Gottlieb, 2014).

L'infirmière doit pouvoir comprendre les préoccupations de la personne et de son proche (Gottlieb & Gottlieb, 2014 ; Ivernois & Gagnayre, 2011). Les participants semblent exprimer un intérêt particulier concernant le retour à leur vie antérieure (Green & King, 2011). Cette envie peut sous-entendre une motivation à la prise en main de sa santé pour parvenir à une meilleure santé (Gottlieb & Gottlieb, 2014). Cette motivation peut être liée à un haut niveau d'auto-efficacité et donc une bonne gestion avec des stratégies d'adaptation efficace (Hamid & MacKenzie, 2017 ; Korpershoek et al., 2011). Ce bon niveau d'auto-efficacité peut être associé à la découverte d'une nouvelle ressource et d'une réceptivité de l'enseignement thérapeutique (Hamid & MacKenzie, 2017 ; Ivernois & Gagnayre, 2011 ; Korpershoek et al., 2011).

6.2.2. Le proche

L'intégration du proche aidant dans l'éducation thérapeutique peut soutenir l'infirmière dans cette phase, car il peut distinguer facilement les comportements habituels et inhabituels de son conjoint (Gottlieb & Gottlieb, 2014 ; Ivernois & Gagnayre, 2011 ; Peyrovi et al., 2012). Or, l'infirmière devrait être sensible, ouverte et attentive aux réactions du proche, car l'humeur de ce dernier peut fausser l'évaluation du patient (Berg et al., 2009 ; Lightbody et al., 2007a). Néanmoins, les proches ont la force d'être les meilleurs connaisseurs de la personne (Berg et al., 2009 ; Gottlieb & Gottlieb, 2014 ; Green & King, 2011).

Le niveau d'auto-efficacité peut être mis en lumière par la gestion des différents rôles et par les préoccupations d'autogestion de la santé. Parfois, les souhaits de la personne et de sa famille peuvent être simples tel qu'un besoin de temps supplémentaire pour s'adapter aux changements (Gottlieb & Gottlieb, 2014 ; Green & King, 2011).

Dans l'objectif de mieux comprendre le phénomène systémique entre le proche et la personne ayant vécu l'AVC, l'infirmière peut utiliser un génogramme et une écocarte lors de cette première étape pour faire l'inventaire des ressources et des forces. Dans 98% des cas le proche est l'aidant naturel. Donc dans 2% des cas, c'est une personne externe au

réseau familial qui devient l'aidant. De ce fait, la réalisation d'une écocarte semble la plus appropriée, car cela englobe le 100% des cas des aidants. En effet, l'écocarte a l'avantage de prendre en compte toutes les forces (familiale, entourage, communauté, professionnel, ...) (Caputo et al., 2011 ; Gottlieb & Gottlieb, 2014). La bienveillance et la collaboration en interprofessionnalité vont permettre à la personne de prendre conscience du réseau d'aide qui la soutient (Gottlieb & Gottlieb, 2014 ; Li et al., 2017).

6.3. Phase 2 : Focaliser

La deuxième étape consiste à focaliser « afin d'établir des buts précis et atteignables et de les prioriser » (Gottlieb et coll., 2007, cité par Gottlieb & Gottlieb, 2014, p.376). Pendant cette phase, la principale inquiétude de la personne doit être clairement éclaircie pour qu'elle puisse définir les compétences à acquérir et les priorités dans son apprentissage (Gottlieb & Gottlieb, 2014 ; Ivernois & Gagnayre, 2011).

L'observation demeure importante (de Man-van Ginkel et al., 2012 ; Gottlieb & Gottlieb, 2014) pour prendre en compte les changements vécus (Kouwenhoven, Kirkevold, Engedal & Kim, 2011). D'ailleurs, selon l'ASFF, il y a une manière précise d'observer : qui, quoi, où, comment et pourquoi. La qualité de cette observation va dépendre de l'expérience et de la formation de l'infirmière (Gottlieb & Gottlieb, 2014 ; Lightbody et al., 2007a ; McIntosh, 2017). Lightbody et al. (2007a) soulèvent que l'infirmière peut manquer de connaissances sur les pathologies psychiatriques et notamment la dépression. C'est pourquoi Lightbody et al. (2007a) et van Dijk et al. (2018) recommandent une formation tant sur les outils que dans l'enseignement de base pour qu'elle ait toutes les clefs en main pour accompagner le patient.

En effet, le manque de connaissance peut empêcher l'infirmière de repérer les signes cliniques de la dépression ou encore les facteurs de risques (Lightbody et al., 2007a). Elle ne se rendrait pas compte des bénéfices de sa prévention. De plus, l'infirmière aurait plus de difficulté à évaluer la situation avec le manque de liens et à trouver des interventions adéquates comme les échelles à utiliser (Gottlieb & Gottlieb, 2014). Par exemple, dans l'étude de Berg et al. (2009), l'infirmière n'a pas reçu de formation spécifique. Finalement, la spécificité d'une échelle a été statistiquement non significative. En revanche, ce qui est observé dans l'étude de van Dijk et al. (2018), la validité interne plus élevée s'explique par le fait que l'infirmière participante a été supervisée intensivement et fréquemment, mais surtout elle a eu des instructions sur l'utilisation de l'outils. McIntosh (2017) a également donné des enseignements à l'infirmière participante sur la DPA, les risques, l'impact et le protocole à suivre. Alors, elle était plus consciente sur la DPA et arrivaient mieux à délimiter ce qu'elle devait observer.

La communication permet de compléter le recueil de données et d'approfondir les connaissances sur la personne, facilitant la compréhension et la priorisation des buts (Gottlieb & Gottlieb, 2014). D'ailleurs, van Dijk et al. (2018) affirment qu'une des raisons

expliquant le meilleur taux de la validité interne était associée à la bonne connaissance des patients, reflétant le partenariat de collaboration (Gottlieb & Gottlieb, 2014).

L'infirmière est habilitée à défendre le patient (Gottlieb & Gottlieb, 2014 ; McIntosh, 2017). Cette compétence « d'advocacy » peut être transmise à la personne et au proche afin d'encourager leur autodétermination (Gottlieb & Gottlieb, 2014). D'ailleurs, Klinedinst, Dunbar et Clark (2012) affirment que le proche aidant peut lui aussi défendre les intérêts du patient en reconnaissant et en signalant l'existence des symptômes dépressifs. Cependant, l'aidant doit d'abord être en mesure d'identifier ces symptômes et de croire que cela vaut la peine de défendre cette cause (Klindedinst et al., 2012).

L'intégration du proche aidant est primordiale dans l'élaboration de certains objectifs. Il peut connaître les forces de la personne, lesquelles ne sont peut-être pas décelées par l'infirmière (Gottlieb & Gottlieb, 2014 ; Green & King, 2011 Lightbody et al., 2007a). Or, il faut être attentif à ce qu'il ne développe pas à son tour une dépression avec une surcharge physique et psychique (Berg et al., 2009 ; Green & King, 2011 ; Peyrovi et al., 2012).

6.4. Phase 3 : Exécuter

Dans la troisième phase, l'infirmière et la personne commencent à mettre en place diverses approches pour composer avec la situation de la santé. L'infirmière et la personne étudient les solutions possibles afin de formuler un plan d'action (Gottlieb & Gottlieb, 2014). Les interventions devraient être proposées en fonction de la priorité des objectifs, les bénéfices et les risques (Gottlieb & Gottlieb, 2014) en favorisant le travail interprofessionnel (McIntosh, 2017).

L'un des rôles propres de l'infirmière consiste à évaluer le statut mental de la personne ainsi que d'utiliser les outils de dépistage pertinents pour prévenir la DPA. Ces deux moyens sont des approches différentes et complémentaires permettant de mieux appréhender la situation de santé de la personne en mobilisant l'expertise de l'infirmière (Gottlieb & Gottlieb, 2014).

Un autre des rôles propres de l'infirmière est de passer à l'étape de la mise en œuvre du programme personnalisé de l'enseignement thérapeutique au patient et au proche (Ivernois & Gagnayre, 2011). L'infirmière pourrait transmettre ses savoirs en leur expliquant la définition, les causes, les facteurs de risque et les conséquences de la DPA (Gottlieb & Gottlieb, 2014 ; Green & King, 2011 ; McIntosh, 2017). Elle peut leur proposer une brochure éducative expliquant l'AVC et la dépression ainsi que les ressources sociales disponibles (Gottlieb & Gottlieb, 2014 ; McIntosh, 2017), de manière à leur transmettre une autre perspective de santé. Par la suite, ces éclaircissements peuvent les aider à s'adapter en initiant l'autonomisation (Gottlieb & Gottlieb, 2014).

6.4.1. Examen clinique mental

L'infirmière possède sa propre méthode d'entrevue à travers l'ASFF qui oriente la personne à la prise en main de sa santé (Gottlieb & Gottlieb, 2014). D'ailleurs, de Man-van Ginkel et al (2010), Hamid et MacKenzie (2017) et Lightbody et al. (2007b) parlent d'un entretien motivationnel en termes de traitement nouveau et efficace qui pourrait prévenir précocement la DPA. De plus, ce type d'entretien pourrait encourager à l'auto-efficacité (Hamid & MacKenzie, 2017).

De Man-van Ginkel et al. (2012) et Gottlieb et Gottlieb (2014) ont défini que lors d'un entretien avec le patient, l'infirmière obtient des données objectives sur son état de santé général. Pour y parvenir, elle peut effectuer un statut mental de la personne de façon

systematique dans le but de soulever les déficits et les forces (Jarvis et al., 2015 ; Gottlieb & Gottlieb, 2014 ; McIntosh, 2017). L'ACCP permet de faire un bilan global de l'état mental de la personne (Jarvis et al., 2015). La maîtrise de cet outil peut permettre à l'infirmière d'orienter son observation, de repérer les signes cliniques et/ou les symptômes et de cibler son investigation afin trouver quelle échelle est la plus appropriée. Dans cette démarche, l'infirmière mobilise ses connaissances pour recueillir des données concernant la dépression en incluant des informations issues du proche (Lightbody et al., 2007a).

Le proche qui souhaite s'impliquer dans l'accompagnement de la personne peut aider l'infirmière en répondant à une hétéro-évaluation. Cette évaluation peut être réalisée quand la personne n'est pas en mesure de répondre. En effet, sa participation peut non seulement relever des informations que la personne ne souhaite pas communiquer à un professionnel mais encore, le proche reste la seule personne qui « connaît » le mieux l'individu (Green & King, 2011 ; Lightbody et al., 2007a). Berg et al. (2009) soulèvent l'importance d'une utilisation avec prudence des informations en provenance de l'aidant, car son état psychologique peut être altéré directement par le degré d'incapacité fonctionnelle du survivant de l'AVC (Peyrovi et al., 2012). Dans la même idée, Green et King (2011) recommandent une approche sur les implications psychologiques et sociales tant pour le patient que pour son proche.

6.4.2. Outils de prévention

L'ASFF recommande de se baser sur diverses sources d'informations complémentaires telles les données objectives et subjectives impliquant l'importance d'intégrer des données probantes dans la pratique individualisée (Gottlieb & Gottlieb, 2014 ; Morin & Eicher, 2012). Les échelles considérées comme moyen d'évaluation objectif peuvent apporter une plus-value dans les soins infirmiers. Elles soulignent l'importance de la prise en soin holistique (Green & King, 2011 ; Li et al., 2017).

Certaines questions directes peuvent être difficile à aborder tant pour la personne que pour l'infirmière (de Man-van Ginkel et al., 2012). Ce fut d'ailleurs le cas lorsque le patient a mentionné quels symptômes il avait ressentis. Ses connaissances uniques peuvent l'amener à un mouvement d'autonomisation vers ses autosoins (Gottlieb & Gottlieb, 2014 ; Li et al., 2017). Ce processus peut être difficile pour le patient, d'autant plus qu'il vit un changement d'identité brutal avec une dynamique familiale perturbée (Green & King, 2011 ; Vanhook, 2009). Pourtant, cette démarche permet d'identifier les déficits et les forces de la personne et du proche d'un point de vue biopsychosocial et spirituel comme les aspects touchants au

travail, le sommeil, les relations sociales, l'appétit et l'image de soi (Green & King, 2011 ; Wong & Yeung, 2015).

Les dimensions biopsychosociales et spirituelles, aussi appelées holisme, peuvent être variables selon le point de vue de la personne vivant l'événement ou des personnes externes (Gottlieb & Gottlieb, 2014 ; Li et al., 2017 ; Wong & Yeung, 2015). Par exemple, la perception des symptômes était différente pour chaque groupe (professionnels-experts-patients) avec tout de même un consensus global (Li et al., 2017). Les points de vue différents peuvent souligner l'aspect subjectif sur un même questionnaire.

Le patient qui vit la situation a développé des connaissances en lien avec la DPA. De ce fait, il est expert de ce domaine. L'infirmière peut faire prendre conscience à la personne la force de ces connaissances en les valorisant et les mobilisant lors de l'enseignement thérapeutique dans le but de dépister la DPA (Gottlieb & Gottlieb, 2014 ; Ivernois & Gagnayre, 2011 ; Li et al., 2017).

Les deux outils facilitant la meilleure objectivité de la DPA sont le SODS et le PHQ-9. Ces derniers peuvent être appliqués à toutes personnes présentant une situation à risque de DPA. Cependant, le SODS est plutôt adapté aux patients présentant une aphasie alors que le PHQ-9 est utilisé en général pour des patients sans aphasie (de Man-van Ginkel et al., 2012 ; Lightbody et al., 2007a ; McIntosh, 2017 ; van Dijk et al., 2018).

Le PHQ-9, étant souvent utilisé avec les patients ayant eu un AVC, a été préféré aux autres. Il a de plus été employé comme échelle de référence et comme outil permettant la mise en œuvre d'un protocole de dépistage de la DPA, ce qui en fait un modèle pour la pratique (de Man-van Ginkel et al., 2012 ; McIntosh, 2017). Concernant le SODS, cet outil a été retrouvé dans deux des sept articles évaluant les instruments de mesure de la DPA (Lightbody et al., 2007a ; van Dijk et al., 2018).

Parmi les articles, aucun ne teste le GDS présenté dans la première partie de ce travail. Néanmoins, il a tout de même été utilisé comme échelle de référence afin de comparer le PHQ-2 et le PHQ-9 (de Man-van Ginkel et al. 2012).

Le paradoxe est qu'un outil de dépistage censé être objectif reste quelque peu subjectif puisqu'il mesure la DPA au sein d'une population avec des cultures différentes. D'ailleurs, Li et al. (2017) et Peyrovi et al. (2012) décrivent qu'un biais a pu se produire du fait de la culture iranienne et chinoise justifiant du manque d'objectivité de ces échelles. Ce même

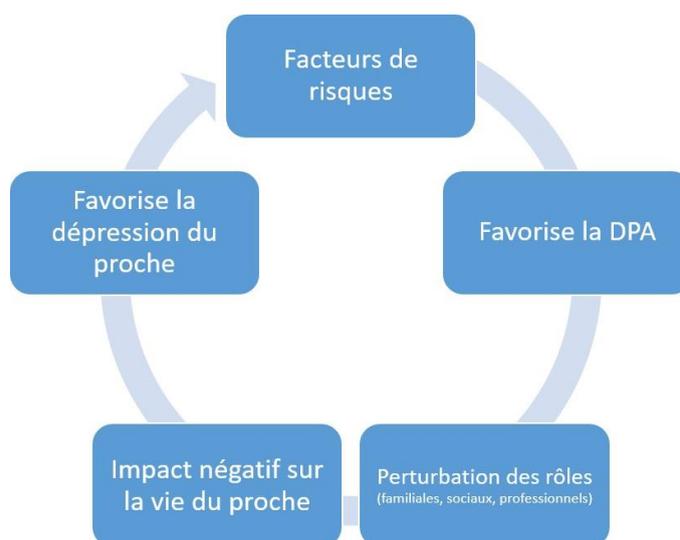
manque peut être visible dans les prévalences avec des taux différents et une variété de méthodologie employée (de Man-van Ginkel et al., 2012). Afin d'atténuer cette difficulté, l'infirmière avec son investigation clinique (ACCP & ASFF) peut choisir plus facilement l'outil le plus adapté à la personne tout en restant critique concernant les scores des échelles.

6.5. Phase 4 : Réviser

Lors de la dernière phase, la personne et ses proches accompagnés par l'infirmière évaluent la situation, les progrès réalisés et ce qui reste à faire ou encore à apprendre (Gottlieb & Gottlieb, 2014 ; Ivernois & Gagnayre, 2011). Par exemple, l'infirmière devrait explorer les nouveaux besoins du patient et évaluer le soutien éventuel du proche aidant pour travailler sur l'anticipation du retour à domicile (Green & King, 2011 ; Peyrovi et al., 2012). Afin de trouver de nouvelles forces, l'infirmière pose à ce moment-là des questions à la personne et au proche sur l'évolution de l'état de la santé : « Avez-vous découvert de nouveaux talents ou capacités que vous ignoriez ? Quelles nouvelles habiletés avez-vous acquises ? Qu'avez-vous appris sur vous ? ... Comment pensez-vous pouvoir utiliser ces forces nouvellement découvertes à l'avenir ? » (Gottlieb & Gottlieb, 2014, p. 382). Lors de cette étape, l'infirmière peut réfléchir sur elle-même et sa pratique en évaluant si sa méthode de recherche des forces a été efficace.

Lors de la révision du plan de soin, l'infirmière doit être en mesure de se rendre compte que la dépression du patient peut atteindre les proches aidants et inversement. Elle doit comprendre toute la complexité holistique qui en découle. Ce mécanisme forme une boucle d'amplification entre la personne et son proche soulignant le rôle d'expert de l'infirmière (Gottlieb & Gottlieb, 2014 ; HES-SO, 2012 ; Wong & Yeung, 2015).

Figure 5. Boucle d'amplification de la dépression post-AVC



(Schéma inspiré du contenu de la discussion)

La révision des objectifs peut permettre de rompre cette boucle dans le but d'éviter que la personne et son proche soient confrontés à une surcharge émotionnelle ou physique. Le patient compte beaucoup sur sa famille pour l'aider ce qui peut engendrer un stress et un fardeau important pour l'aidant (Green & King, 2011 ; Hamid & MacKenzie, 2017 ; Ramelli, 2016 ; Vanhook, 2009). Le proche doit entreprendre des rôles supplémentaires bouleversant la dynamique familiale (Green & King, 2011).

Quand la personne et son entourage sont dépassés par la situation, l'infirmière peut être amenée à les défendre (Gottlieb & Gottlieb, 2014 ; McIntosh, 2017). Alors, l'infirmière doit prendre le rôle de « régulatrice » auprès du patient et de son proche en les aidant à reconnaître lorsqu'ils ont besoin de faire une pause et adapter les prochaines interventions (Gottlieb & Gottlieb, 2014). Elle peut se mettre à disposition de la personne et de ces proches pour les aider à résoudre des problèmes ou s'ils ont des questions (Gottlieb & Gottlieb, 2014 ; Peyrovi et al., 2012).

Ces divers soutiens peuvent permettre de réduire le stress tant chez la personne que chez son aidant (Caron & Guay, 2006 ; Green & King, 2011 ; Gronchi-Perrin et al., 2008 ; Li et al., 2017). Étant donné la réciprocité du stress et son interaction entre les deux acteurs, le soutien pourrait apporter une amélioration sur l'un et l'autre simultanément (Gottlieb & Gottlieb, 2014 ; Green & King, 2011 ; Gronchi-Perrin et al., 2008 ; Li et al., 2017). Cette transmission du stress met en exergue l'importance d'agir sur la systémique entre le proche et la personne (Gottlieb & Gottlieb, 2014 ; de Man-van Ginkel et al., 2010). Le stress qui n'est pourtant pas un symptôme de la dépression ni de la DPA pourrait favoriser le développement de cette dernière. De ce fait, informer les patients sur l'importance de limiter le stress et essayer d'agir sur ce facteur modifiable pourrait prévenir la DPA (Institut Européen de Diététique et Micronutrition, 2016 ; Li et al., 2017). D'ailleurs, le stress est la première étape d'une stratégie de coping pour s'adapter à une nouvelle situation. Ceci signifie que le stress peut être une force bénéfique tant qu'il ne devienne pas chronique (Gottlieb & Gottlieb, 2014 ; Institut Européen de Diététique et Micronutrition, 2016 ; Li et al., 2017).

En complémentarité, l'infirmière devrait identifier le niveau d'auto-efficacité, car plus il est haut, moins il y a de risque de développer une DPA. De ce fait, une bonne auto-efficacité signifie que la personne et son proche utilisent fréquemment des stratégies d'adaptation efficaces, contrairement aux personnes atteintes de DPA (Korpershoek et al., 2011). Inversement, la dépression est associée à une diminution de l'auto-efficacité et une baisse

des autosoins. Donc observer, évaluer et documenter les aptitudes en autosoins peut être pertinents (Korpershoek et al., 2011).

Toutes les données recueillies telles que les observations, les évaluations et les interventions seront documentées dans le dossier du patient afin de partager les résultats et les progrès réalisés avec l'équipe interprofessionnelle (Gottlieb & Gottlieb, 2014 ; McIntosh, 2017). En plus de ses propres forces, la personne possède des ressources externes telles que le proche et l'équipe interprofessionnelle dont l'infirmière (Gottlieb & Gottlieb, 2014). Cette interprofessionnalité permet la qualité et la continuité des soins (de Man-van Ginkel et al. 2012 ; Gottlieb & Gottlieb, 2014 ; HES-SO, 2012 ; Lightbody & al., 2007a ; McIntosh, 2017) pour anticiper le retour à domicile (Gottlieb & Gottlieb, 2014 ; Li et al., 2017 ; Peyrovi et al., 2012).

7. CONCLUSION

Cette revue de littérature a permis de mettre en avant un certain nombre de réponses à la question de recherche : comment l'infirmière peut-elle faire émerger les forces de l'adulte hospitalisé afin de prévenir la dépression post-AVC ?

Aux termes de ce travail, les résultats trouvés ont montré l'intérêt des interventions infirmières basées sur les forces. Les études ont rapporté que dans la pratique, l'infirmière est axée davantage sur les séquelles somatiques que psychiques. Pourtant, il a été démontré que des entretiens motivationnels pourraient prévenir et traiter la dépression précocement après un AVC (de Man-van Ginkel et al., 2010 ; Hamid & MacKenzie, 2017 ; Lightbody et al., 2007a).

L'approche des soins fondée sur les forces propose des interventions infirmières qui situent la personne au centre du plan de soins personnalisé selon ses attentes et ses besoins. Un accompagnement de la sorte permet à la personne de trouver en elle les forces pour qu'elle puisse obtenir une capacité d'autonomisation. Cette approche amène une prise en soins holistique et un partenariat de collaboration enrichissant les trois acteurs. Berg et al. (2009) et van Dijk et al. (2018) recommandent d'interroger les proches qui sont des sources d'informations essentielles.

L'infirmière utilise ses capacités d'observations grâce à l'ACCP et aux outils scientifiques pour faire émerger les forces de la personne sans pour autant nier les vulnérabilités. Elle est plus performante lorsqu'elle applique ces deux méthodes. Cependant, le choix de l'outil se doit d'être minutieux dû aux séquelles possibles de l'AVC. Le PHQ-9 semble être l'outil le plus adapté pour les patients non aphasiques et le SODS pour les personnes aphasiques (McIntosh, 2017 ; van Dijk, 2018). Ces outils permettent non seulement d'évaluer l'humeur de la personne, mais aussi d'obtenir une traçabilité des données pour le suivi de l'évolution de la santé. Ils encouragent une collaboration interprofessionnelle pour des soins personnalisés et renforce la vision holistique de la personne.

7.1. Forces et limites du travail

7.1.1. Forces

Ces différents résultats apportent une nouvelle perspective dans la prise en soins. En effet, il a été mis en évidence que l'approche des soins fondée sur les forces est favorable dans la prévention des maladies comme la dépression post-AVC.

Premièrement, la DPA est insuffisamment dépistée malgré l'ampleur de ses impacts. De ce fait, l'infirmière doit connaître certaines notions de base concernant la DPA et comprendre l'importance de la prévenir. La prévention et les savoirs de la DPA font partie intégrante des compétences infirmières (rôle expert, rôle promoteur, rôle de communicateur) (HES-SO, 2012). Le rôle infirmier est central dans ce travail par sa position privilégiée avec la personne. L'infirmière a besoin de se former tant pour se mettre à jour, que pour l'utilisation des outils de dépistage. Elle doit également être sensibilisée aux moments opportuns de leur utilisation.

Ensuite, l'intégration des proches dans la prise en soins peut être bénéfique, car ils sont un soutien essentiel au patient. En effet, ils peuvent fournir les informations manquantes et aider à repérer les symptômes dépressifs. Cependant, ces derniers sont à risque d'être touchés émotionnellement par cette situation bouleversante. C'est pourquoi l'équipe soignante a besoin de collaborer avec la personne et son proche pour élaborer le plan de soin en vue d'anticiper le retour à domicile.

Enfin, une autre façon possible de prévenir la DPA est à l'aide d'une théorie de soins transformative, comme l'ASFF. Ce travail peut permettre à l'infirmière de découvrir cette approche et de s'en inspirer pour sa pratique. Elle souligne l'importance de valoriser les ressources de la personne plutôt que de s'appuyer uniquement sur les déficits. De plus, cette approche met en évidence des soins holistiques et l'importance d'un partenariat de collaboration. Par conséquent, elle peut être prometteuse aux soins actuels.

Les articles sélectionnés provenant des pays du nord de l'Europe (la Finlande et les Pays-Bas) apportent des résultats transposables au système de santé Suisse, de par leur ressemblance.

Concernant la réalisation de ce travail, deux autrices l'ont commencé dans un premier temps, puis la troisième a rejoint le groupe peu après. Malgré quelques difficultés

rencontrées comme les différentes méthodes de travail et la compréhension entre les membres du groupe, la dynamique s'est maintenue favorablement tout en cherchant à résoudre les obstacles. La répartition du travail était selon la capacité de chacune et l'entraide s'est présentée continuellement, ce qui a encouragé l'avancement de ce travail.

7.1.2. Limites

Malgré les forces mentionnées précédemment, ce travail permet de répondre partiellement à la question de recherche, car il comporte de nombreuses limites

Certains auteurs reviennent souvent dans les articles, ce qui peut restreindre la diversité de l'information. Cependant, les membres travaillant sur la DPA depuis nombreuses années ont publié plusieurs articles sur le sujet. Alors, leurs savoirs peuvent être plus enrichis et spécialisés.

Ce travail comporte également des limites concernant les contenus des articles. La plupart des études sont consacrées à l'utilisation d'échelles, ce qui a rendu difficile les liens dans la discussion. En effet, peu d'entre eux apportent des éléments singuliers concernant la personne, par exemple ses ressentis et ses besoins, sauf dans le contexte du proche ou de la relation infirmière.

Deux articles sélectionnés se déroulent à domicile, ce qui ne correspond pas au contexte recherché de ce travail. Il est de même pour la population des études qui était parfois supérieur à 65 ans alors que la population cible étaient les moins de 65 ans. Cependant, ces articles étaient nécessaires pour comprendre l'impact de la systémique familiale.

Une autre limite repose sur la langue. La plupart des articles sont en anglais avec des mots scientifiques et un vocabulaire propre à la DPA. De ce fait, la traduction en français était effectuée soit avec nos propres capacités, soit via des sites comme PONS ou Google traduction ou soit via un dictionnaire anglais-français. Or, cette démarche peut biaiser le sens original. Ainsi, le texte original et le texte traduit ont dû être comparé à plusieurs reprises.

Certaines recommandations ne sont pas clairement attribuées à un professionnel en particulier, ce qui rend difficile la mise en pratique de ces dernières. Néanmoins, elles relèvent des compétences en soins infirmiers.

Le proche aidant de moins de 65 ans peut parfois être difficilement intégré aux soins du patient du fait de son engagement professionnel. Son intégration semble facilitée s'il est retraité et sans contraintes professionnelles. Dans tous les cas, encore faut-il que le proche soit disposé ou souhaite devenir une ressource. D'ailleurs, le proche aidant en âge de la retraite est vulnérable et demandeur en soins, ce qui peut être un frein dans le partenariat de collaboration.

Enfin, si la personne est véritablement isolée, sans famille, ni amis, quel soutien et quelles ressources sont disponibles pour remplacer le proche aidant et comment trouver un équilibre ?

7.2. Recommandations

7.2.1. Cliniques

Lors de l'évaluation de la DPA à l'aide de l'instrument de mesure et du statut mental, il pourrait être bénéfique d'implémenter une structure d'entretien telle que l'entrevue motivationnelle dans le but de rechercher les forces de la personne. Pour ce faire, une écocarte pourrait être effectuée et mise sous la forme d'un texte ou d'image dans le dossier informatique du patient dans le but de faire connaître ces forces auprès de tous les professionnels intervenants. Cette collaboration pourrait les aider dans leurs interventions et aurait l'avantage d'un plus grand nombre d'échange d'informations interprofessionnelles pour favoriser la continuité des soins entre l'hospitalier et le domicile.

L'infirmière qui coordonne le réseau de professionnels devrait considérer la personne et ses proches comme des partenaires de soins. L'utilisation de diagnostics infirmiers NANDA-I (Herdman, Kamitsuru & NANDA International, 2016) ou d'intitulés de transmissions ciblées devraient davantage commencer par « Motivation à » plutôt que « Déficits à » ou « Risques à ».

Par ailleurs, il faudrait systématiquement évaluer les désirs et les possibilités des proches de s'impliquer dans l'évaluation de la DPA. Il faudrait aussi évaluer le degré du fardeau des aidants à l'aide de l'échelle d'auto-évaluation nommée Bakas Caregiving Outcome Scale en milieu hospitalier. Il s'avère important de considérer les préoccupations des proches afin de les soutenir dans leur nouveau rôle et leur permettre de se ressourcer s'ils en estiment le besoin.

Avant la sortie des patients à domicile, une brochure éducative devrait pouvoir être délivrée concernant l'AVC et la DPA expliquant les facteurs de risque, les définitions, les causes et les conséquences. L'infirmière devrait renseigner la personne et son proche concernant l'existence d'associations d'aide, telle que « Fragile Genève » offrant des sorties ainsi que des activités permettant de renforcer les liens. De plus, il pourrait leur être proposé une rencontre avec des personnes ayant vécu la même situation. Dans la même idée, il pourrait être créé un sous-groupe associatif intégré à « Fragile Suisse » dédié aux personnes atteintes de DPA incluant leur proche.

Dans le but d'une continuité de soins, un agenda des symptômes dans lequel la personne et son proche puissent écrire pourrait être mis en place. Par exemple, il pourrait y être indiqué l'humeur et les symptômes dominants du jour. Afin d'anticiper l'épuisement du proche aidant, il pourrait lui être suggéré du personnel de répits et des formations pour le rendre plus auto-efficace.

7.2.2. Recherches

Il serait important d'approfondir quels instruments de mesure sont les plus pertinents pour le dépistage de la DPA pour les personnes aphasiques et non aphasiques. Pour ce faire, il peut être judicieux de tester le PHQ-9 et le SODS sur un plus grand échantillonnage.

Une recherche devrait être réalisée pour déterminer comment mener un statut mental infirmier adapté au contexte d'un AVC. Un dépistage systématique de la DPA devrait se faire dans les « stroke units » et dans les centres de réadaptation. Il pourrait être créé et mis en place un protocole de dépistage de la DPA en incluant l'ACCP, les échelles à utiliser selon la symptomatologie de la personne, les fréquences d'évaluation et les interventions infirmières en fonction de la sévérité.

Une étude pourrait déterminer avec exactitude l'efficacité de l'apport d'informations par le biais d'une brochure éducative. Ceci permettrait parallèlement de comparer les brochures mises à disposition des patients hospitalisés afin de vérifier leurs accessibilités et leurs compréhensions.

7.2.3. Enseignements

Au sein de la formation actuelle en soins infirmiers, des modules intègrent des notions en minorité sur les pathologies psychiques par rapport aux pathologies somatiques. Pourtant, il serait important d'évoquer que la dépression se développe aussi à la suite d'une maladie somatique comme dans le contexte de l'AVC. Par conséquent, il faudrait davantage insister sur le risque de développer cette souffrance psychique qui serait une méthode de sensibiliser les jeunes professionnels. Par exemple dans le cours sur l'AVC inclus dans le module « *soins à la personne dans le domaine de la neurologie et de la psychiatrie* », les atteintes psychiques ne sont pas abordées.

Dans le but de sensibiliser les étudiants à leur rôle de promoteur de la santé et de la prévention des maladies, les outils de dépistages pourraient être présentés et expliqués

lors du séminaire sur l'AVC ainsi que sous la forme d'exercice lors d'un exercice de simulation.

Au sein d'un même séminaire, il serait intéressant de mobiliser en pratique la science infirmière issue du paradigme transformatif comme l'ASFF et d'encourager l'utilisation des diagnostics infirmiers (Herdman et al., 2016) de type "Motivation à" et évaluer les stratégies d'adaptations de la personne et de son proche.

En ce qui concerne la formation continue, il pourrait être proposé des formations et des mises à jour sur les troubles de l'humeur de l'AVC tels que la DPA pour le personnel travaillant dans les domaines concernés (réhabilitation, réadaptation, « stroke units », « stroke centers », parcours AVC). Cette formation permettrait aux professionnels de maintenir un questionnement clinique pour ne jamais généraliser ou sous-estimer les situations de soins. L'objectif de cette formation serait de préserver une approche individualisée afin d'obtenir des interventions adaptées en vue d'améliorer la pratique infirmière.

8. RÉFÉRENCES

- Académie Bordeaux. (s.d). *La théorie d'Albert Bandura : synthèse*. Accès https://ent2d.ac-bordeaux.fr/disciplines/hotellerie/wp-content/uploads/sites/46/2018/02/BANDURA_Theorie.pdf
- Berg, A., Lönnqvist, J., Palomäki, H. & Kaste, M. (2012). Assessment of Depression After Stroke : A Comparison of Different Screening Instruments. *Stroke*, 40(2), 523-529. doi:10.1161/STROKEAHA.108.527705
- Berney, A. & Guex, P. (2000). Dépression et autres troubles psychiatriques dans l'accident vasculaire cérébral. *Revue Médicale Suisse*, 4(20515). Accès <https://www.revmed.ch/RMS/2000/RMS-2300/20515>
- Campip.Info. (2010). *Retravailler après un AVC*. Accès <http://www.camip.info/Retravailler-apres-un-AVC.html>
- Caputo, A. (2011). *Étude de la qualité de vie des patients, et de leurs aidants naturels, après un accident vasculaire cérébral hospitalisés en unité neurovasculaire au centre hospitalier d'Annecy* (Thèse de Doctorat. Université Joseph Fournier). Accès <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00618651/document>
- Caron, J. & Guay, S. (2006). Soutien social et santé mentale : concept, mesures, Recherches récentes et implications pour les cliniciens. *Santé mentale au Québec*, 30(2), 15-41. <https://doi.org/10.7202/012137>
- Carrera, E., Hirt, L., Sztajzel, R., Michel, P., Kleinschmidt, A. & Du Pasquier, R. (2017). Organisation de la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en Suisse romande. *Revue Médicale Suisse*, 13(560), 883-884. Accès <https://www.revmed.ch/RMS/2017/RMS-N-560/Organisation-de-la-prise-en-charge-des-accidents-vasculaires-cerebraux-en-Suisse-romande>
- Coridys. (2019). *Les troubles cognitifs acquis (aphasie, apraxie...)*. Accès <http://www.coridys.fr/troubles-cognitifs/troubles-cognitifs-acquis/>
- de Man-van Ginkel, J. M., Hafsteinsdóttir, T. B., Lindeman E., Geerlings, M. I., Grobbee, D. E. & Schuurmans, M. J. (2015). Clinical Manifestation of Depression after Stroke: Is It Different from Depression in Other Patient Populations ?. *Plos one* 10(12), 1-12. doi:10.1371/journal.pone.0144450
- de Man-van Ginkel, J. M., Gooskens, F., Schepers, V. P. M., Schuurmans, M. J., Lindeman, E. & Hafsteinsdóttir, T. (2012). Screening for Poststroke Depression Using the Patient Health Questionnaire. *Nursing Search*, 61(5), 333-341. doi:10.1097/NNR.0b013e31825d9e9e

- de Man-van Ginkel, J. M., Gooskens, F., Schuurmans, M. J., Lindeman, E. & Hafsteinsdóttir, T. B. (2010). A systematic review of therapeutic interventions for poststroke depression and the role of nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 19(23-24), 3274-3290. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03402.x
- De Peretti, C., Grimaud, O., Tuppin, P., Chin, F. & Woimant, F. (2012). *Prévalence des accidents vasculaires cérébraux et de leurs séquelles et impact sur les activités de la vie quotidienne : apports des enquêtes déclaratives Handicap-santé-ménages et Handicap-santé-institution, 2008-2009. Bulletin épidémiologique hebdomadaire.* Accès http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=7917
- Doyon, O. & Longpré, S. (2016). *Évaluation clinique : d'une personne symptomatique.* Montréal : ERPI.
- Dufour, O., Andreoli, A., Vuagnat, H., Schnider, A. & Hazeghi C. (2010). Extension du domaine de la crise : la question de l'intrusion de la maladie. *Revue Médicale Suisse*, 6(236), 347-352. Accès <https://www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-236/Extension-du-domaine-de-la-crise-la-question-de-l-intrusion-de-la-maladie>
- Fawcett, J. (2013). *Contemporary nursing knowledge : analysis and evaluation of nursing models and theories* (3e éd.). Philadelphia : F.A. Davis.
- Formation Thérapeute. (2017). *Qu'est-ce que l'approche systémique ?*. Accès <http://www.formation-therapeute.com/approche-systemique/quest-ce-que-lapproche-systemique.html>
- Foundation Stroke. (2017). *Clinical Guidelines for Stroke Management 2017 : summary – psychology.* Accès <https://informme.org.au/-/media/16C843B5EA4049B28068B9D329E8E68E.ashx?la=en>
- Fragile Suisse. (s.d.). *AVC : faits et chiffres.* Accès <http://www.fragile.ch/fr/lesions-cerebrales/causes/attaque-cerebraleavc/avc-faits-et-chiffres/>
- Gottlieb, L. N. & Gottlieb, B. (2017). Strengths-Based Nursing: A Process for Implementing Philosophy Into Practice. *J Fam Nurs*, 23(3), 319-340. doi:10.1177/1074840717717731
- Gottlieb, L. N. & Gottlieb, B. (2014). *Les soins infirmiers fondés sur les forces : la santé et la guérison de la personne et de la famille.* Saint-Laurent : ERPI.
- Green, T. L. & King, K. M. (2011). Relationships between biophysical and psychosocial outcomes following minor stroke. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*, 33(2), 15-23.

- Gronchi-Perrin, A., Annoni, J.-M., Berney, A., Simioni, S. & Vingerhoets, F. J. G. (2008). Neuropsychiatrie de l'épilepsie, des accidents vasculaires cérébraux, de la maladie de Parkinson et de la sclérose en plaques. *Revue Médicale Suisse*, 4(156), 1136-1144. Accès <https://www.revmed.ch/RMS/2008/RMS-156/Neuropsychiatrie-de-l-epilepsie-des-accidents-vasculaires-cerebraux-de-la-maladie-de-Parkinson-et-de-la-sclerose-en-plaques>
- Hamid, G. M. & MacKenzie M. A. (2017). CE: Early Intervention in Patients with Poststroke Depression. *American Journal of Nursing*, 117(7), 32-40. doi:10.1097/01.NAJ.0000520919.26724.9b
- Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale. (2012). *Plan d'études cadre Bachelor 2012 : Filière de formation en Soins infirmiers*. Accès https://www.google.ch/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwj-u-ih34niAhXxxMQBHZF1D0MQFjAAegQIARAC&url=https%3A%2F%2Fwww.hes-so.ch%2Fdata%2Fdocuments%2Fplan-etudes-bachelor-soins-infirmiers-878.pdf&usq=AOvVaw30_csOHHjzhqJ8LNhg4ofq
- Herdman, T., Kamitsuru, S. & NANDA International. (2016). *Nursing diagnoses : Definition & classification, 2015-2017* (10^e éd.). Chichester : Wiley-Blackwell.
- Hôpitaux Universitaires Genève. (2017). *L'accident vasculaire cérébral : des réponses à vos questions*. Accès https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/avc_fr.pdf
- Inserm. (s.d). *Accident vasculaire cérébral (AVC) : la première cause de handicap acquis de l'adulte*. Accès <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/accident-vasculaire-cerebral-avc>
- Institut Européen de Diététique et Micronutrition. (2016). *Echos de la micronutrition : du stress à la dépression : nouveaux regards*. Accès http://www.iedm.asso.fr/IMG/pdf/echos-50_09-2016.pdf
- Ivernois, J.-F. d'. & Gagnayre, R. (2011). *Apprendre à éduquer le patient : approche pédagogique* (4^e éd.). Paris : Maloine.
- Jarvis, C., Chapados, C., & Lavertu, E. (2015). *L'examen clinique et l'évaluation de la santé* (2^e éd.). Montréal : Beauchemin Chenelière éducation.
- Klinedinst, N. J., Dunbar, S. B., & Clark, P. C. (2012). Stroke survivor and informal caregiver perceptions of poststroke depressive symptoms. *The Journal of neuroscience nursing : journal of the American Association of Neuroscience Nurses*, 44(2), 72–81. doi:10.1097/JNN.0b013e3182477944

- Korpershoek, C., van der Bijl, J. & Hafsteinsdóttir T. B. (2011). Self-efficacy and its influence on recovery of patients with stroke : a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 67(9), 1876–1894. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05659.x
- Kouwenhoven, S.E., Kirkevold, M., Engedal, k. & Kim, H. S. (2011). 'Living a life in shades of grey': experiencing depressive symptoms in the acute phase after stroke. *Journal of Advanced Nursing*, 68(6), 1726–1737. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05855.x
- Li, J., Oakley, L. D., Li, Y. & Luo, Y. (2017). Development and initial validation of a clinical measure to assess early symptoms of post-stroke depression in the acute stroke patient. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3-4), 784–794. doi:10.1111/jocn.14099
- Lightbody, C. E., Auton, M., Baldwin, R., Gibbon, B., Hamer, S., Leathley, M. J.,... Watkins, C. L. (2007a). The use of nurses' and carers' observations in the identification of poststroke depression. *Journal of Advanced Nursing*, 60(6), 595–604. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04508.x
- Lightbody, C. E., Baldwin, R., Connolly, M., Gibbon, B., Jawaid, N., Leathley, M. J.,... Watkins, C. L. (2007b). Can nurses help identify patients with depression following stroke? A pilot study using two methods of detection. *Journal of Advanced Nursing*, 57(5), 505–512. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04135.x
- Le Magazine de l'hôpital Neuchâtelois. (2013). *La nouvelle unité cérébrovasculaire : une prise en charge des AVC coordonnée, rapide et compétente pour une efficacité maximale.* Accès <https://www.h-ne.ch/documents/20182/29298/HNE+Mag+N%C2%B05/95c6c950-5002-444e-ae21-a61edd242d4b>
- McIntosh, C. (2017). A Depression Screening Protocol for Patients With Acute Stroke: A Quality Improvement Project. *Journal of Neuroscience Nursing*, 49(1), 39-48. doi:10.1097/JNN.0000000000000231
- Morin, D. & Eicher, M. (2012). La pratique infirmière avancée. *Revue Médicale Suisse*, 8(352), 1680–1681. Accès <https://www.revmed.ch/RMS/2012/RMS-352/La-pratique-infirmiere-avancee>
- Naudin, D., Hiolle, C., Huet, E. & Peruzza, P. (2011). *Soins infirmier et gestion des risque Qualité des soins évaluation des pratiques Soins éducatifs et préventif.* Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Oberle, L., Broers, B. & Saillant, S. (2017). *La dépression.* Accès https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/Strategies/strategie_depression.pdf

- Office fédéral de la santé publique. (2018). *Prévention dans le domaine des soins*. Accès <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten/praevention-in-der-gesundheitsversorgung.html>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2019). *Définition de la dépression*. Accès <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-definition>
- Organisation mondiale de la Santé. (2018). *Les 10 principales causes de mortalité dans le monde*. Accès <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- Paccaud, F., Peytremann Bridevaux, I., Heiniger, M. & Seematter-Bagnoud, L. (2010). *Vieillessement : éléments pour une politique de la santé public*. Accès https://www.iumsp.ch/Publications/pdf/rds161_fr.pdf
- Paquette-Desjardins, D., Sauvé, J. & Pugnaire Gros, C. (2015). *Modèle McGill : une approche collaborative en soins infirmiers*. Montréal : Chenelière education.
- Peyrovi, H., Mohammad-Saeid, D., Farahani-Nia, M. & Hoseini, F. (2011). The Relationship Between Perceived Life Changes and Depression in Caregivers of Stroke Patients. *Journal of Neuroscience Nursing*, 44(6), 329–336. doi:10.1097/JNN.0b013e3182682f4c
- Pepin, J., Ducharme, F. & Kérouac, s. (2017). *La pensée infirmière* (4^e éd.). Montréal : TC Média Livres Inc..
- Pires, T. (2018). *Cartographie de la relève infirmière*. Accès <https://largeur.com/?p=7937>
- Polit, D., & Beck, C. (2017). *Nursing research : Generating and assessing evidence for nursing practice* (10^e éd.). Philadelphia : Wolters Kluwer Health.
- Pinoit, J.-M., Bejot, Y., Rouaud, O., Benatru, I., Osseby, G.-V., Bonin, B., ... Giroud M. (2006). Dépression après un accident vasculaire cérébral, un handicap supplémentaire. *La Presse Médicale*, 35(12-C1), 1789–1793. doi:PM-12-2006-35-12-C1-0755-4982-101019-200609355
- Ramelli, A.-L. (2016). *Les aidants à l'épreuve de la maladie*. Accès https://www.arsep.org/library/media/other/docs_patients/Brochures%202016/Les-aidants-brochure-web-avril-2016.pdf
- Schneider, M. A. & Schneider M. D. E. (2012). Recognizing poststroke depression. *Nursing*, 42(12), 60–63. doi:10.1097/01.NURSE.0000422646.06254.1c
- Simon, O. (2007). Dépression après accident vasculaire cérébral. *Sang ThromboseVaisseaux*, 19(5), 248–254. doi:10.1684/stv.2007.0137
- Son, M. K. (2015). Post stroke Depression. *Brain & Neurorehabilitation*, 8(2), 65–72. Accès <http://dx.doi.org/10.12786/bn.2015.8.2.65>

- Société de Gériatologie Centre Auvergne. (2019). *Échelle gériatrique de dépression (GDS)* [image]. Accès <http://www.sgca.fr/outils/gds30.pdf>
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. W. & Kroenke, K. (2014). *Questionnaire sur la santé du patient – 9 (PHQ-9)* [image]. Accès https://www.phqscreeners.com/sites/g/files/g10049256/f/201412/PHQ9_French%20for%20France.pdf
- van Dijk, M. J., de Man-van Ginkel, J. M., Hafsteinsdóttir, T. B. & Schuurmans, M. J. (2018). Psychometric Properties of the Dutch Version of the Signs of Depression Scale. *Clinical Nursing Research*, 27(5), 617–637. doi:10.1177/1054773816657798
- Vanhook, P. (2009). The Domains of Stroke Recovery : A Synopsis of the Literature. *Journal of Neuroscience Nursing*, 41(1), 6–17. doi:10.1097/JNN.0b013e31819345e4
- Wong, F. K. & Yeung, S. M. (2015). Effects of a 4-week transitional care programme for discharged stroke survivors in Hong Kong: a randomised controlled trial. *Health Soc Care Community*, 23(6), 619–631. doi:10.1111/hsc.12177
- Ziejka, K., Skrzypek-Czerko, M. & Karłowicz, A. (2015). The Importance of Stroke Rehabilitation to Improve the Functional Status of Patients with Ischemic Stroke. *The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing*, 4(4), 178–183. doi:10.15225/PNN.2015.4.4.6

9. ANNEXES

9.1. Annexe 1 : Patient Health Questionnaire-9

QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ DU PATIENT - 9 (PHQ-9)				
Au cours des 2 dernières semaines, selon quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ? (Veuillez cocher (✓) votre réponse)	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	0	1	2	3
2. Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	0	1	2	3
3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop	0	1	2	3
4. Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie	0	1	2	3
5. Avoir peu d'appétit ou manger trop	0	1	2	3
6. Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu(e) soi-même	0	1	2	3
7. Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude	0	1	2	3
9. Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre	0	1	2	3
FOR OFFICE CODING <u> 0 </u> + <u> </u> + <u> </u> + <u> </u> =Total Score: <u> </u>				
Si vous avez coché au moins un des problèmes évoqués, à quel point ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à vous entendre avec les autres difficile(s) ?				
Pas du tout difficile(s) <input type="checkbox"/>	Assez difficile(s) <input type="checkbox"/>	Très difficile(s) <input type="checkbox"/>	Extrêmement difficile(s) <input type="checkbox"/>	
<small>Développé par les Dr Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke et leurs collègues grâce à une allocation d'études de Pfizer Inc. La reproduction, la traduction, l'affichage ou la distribution de ce document sont autorisés.</small>				

Tiré de : Spitzer, Williams & Kroenke, 2014

9.2. Annexe 2 : Geriatric Depression Scale

24.10.2001

ECHELLE GERIATRIQUE DE DEPRESSION (GDS)

NOM :

Prénom :

Date :

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

Chaque réponse marquée * vaut un point.

Score 0 à 5 : normal
Score entre 5 et 9 : indique une forte probabilité de dépression
Score à 10 et plus : indique presque toujours une dépression

Département de Gériatrie – Hôpital NORD – CEBAZAT – CHU CLERMONT-FERRAND.

Tirée de : Société de Gériatrie Centre Auvergne, 2019

9.3. Annexe 3 : les quatre approches de l'ASFF

- **Les soins centrés sur le patient, sur la personne et sur la famille et les soins centrés sur la relation**

« L'expression *soins centrés sur la personne* traduit l'intention des soignants de placer « la personne intégrale » au cœur des décisions cliniques qui la concernent » (McCormack, 2003, cité par Gottlieb & Gottlieb, 2014, p. 17). « Les soins centrés sur le patient ou les soins personnalisés exigent que l'infirmière reconnaisse que le patient est un être humain unique pour être capable de favoriser son rétablissement et l'aider à retrouver un meilleur état de santé » (Dunphy, 2009, cité par Gottlieb & Gottlieb, 2014, p. 18). « Ses [la personne] problèmes sont alors compris en fonction de la situation, de ses expériences passées, de ses relations ainsi que des divers milieux et mondes dans lesquels elle évolue » (Gottlieb & Gottlieb, 2014, p. 18).

- **Le mouvement d'autonomisation du patient et de la personne**

L'autonomisation de la personne est un « processus de reconnaissances, de promotions et d'amélioration des capacités des personnes à combler leurs propres besoins, à résoudre leurs propres problèmes et à mobiliser les ressources qui leur permettront d'avoir un contrôle sur leur vie » (Gottlieb & Gottlieb, 2014, p. 20). Cette approche suppose que « la personne se donne le pouvoir d'agir, et que cette tâche n'incombe pas aux professionnels de la santé. Les professionnels de la santé créent les conditions qui permettront aux personnes d'acquérir des habiletés qui favoriseront leur autonomisation » (Gottlieb & Gottlieb, 2014, p. 20).

- **La promotion de la santé, la prévention de la maladie et les autosoins**

Actuellement, on observe de plus en plus la promotion de la santé et l'approche préventive. « Il en coûte beaucoup moins cher de prévenir une maladie que de la traiter une fois qu'elle survient » (Gottlieb & Gottlieb, 2014, p. 21). La promotion de la santé est constituée notamment des autosoins. Ces derniers englobent « les questions qui entourent l'autonomie, l'autodétermination et l'indépendance » (Gottlieb & Gottlieb, 2014, p. 21). Ils mettent en avant l'idée que les gens doivent gagner en confiance en eux-mêmes ou encore les décisions et mesures que prennent les personnes dans l'intérêt de leur propre santé. Pour y arriver, il faut soutenir la personne, partager le savoir, faciliter l'apprentissage et le développement personnel, aider la personne à se former des réseaux de soutien ainsi que de créer un environnement aidant (Gottlieb & Gottlieb, 2014).

- **Les soins en partenariat de collaboration (concertation)**

La réorientation des soins a permis de redéfinir les rôles de la personne, du proche et du professionnel de la santé. Le partenariat de collaboration a défini que le patient n'est plus un récepteur passif des soins, mais plutôt un partenaire dans ses propres soins. Celui-ci devient expert de sa situation. L'infirmière partage son savoir avec le patient pour atteindre des buts consentis entre les deux parties. Cela ne signifie pas que l'infirmière cède ses responsabilités, mais plutôt qu'elle est à l'écoute du patient. C'est aussi qu'elle reconnaît son expertise ainsi que celui du patient afin d'établir un plan de soins qui correspond aux buts fixés. Cette relation incite les personnes à s'investir activement dans leurs soins et encourage les personnes à leur donner la capacité de rechercher l'aide qui leur convient le mieux (Gottlieb & Gottlieb, 2014).

9.4. Annexe 4 : l'auto-efficacité

Selon Pepin (2017) :

Le jugement qu'une personne porte sur sa propre capacité de planifier et de mettre en œuvre un plan d'action. Une personne décide d'agir à partir de sa pensée réflexive, de connaissances, d'habiletés, etc. et elle s'auto évalue en fonction de ses propres attentes (p.67).

L'auto-efficacité est un sentiment d'efficacité personnelle construit sur des croyances et impliquant la motivation. Il semble favoriser l'empowerment (autonomisation) (Bandura, 2004, cité par Académie Bordeaux, s.d.).

Il existe quatre sources d'auto-efficacité :

1. Les expériences actives de maîtrise : c'est le fait d'agir. Cette expérience peut amener soit à l'échec soit à la réussite. La croyance est ce que pense la personne de ses compétences pour atteindre un certain but.
2. Les expériences vicariantes : c'est l'expérience indirecte. C'est-à-dire par l'observation d'une personne ou d'un modèle réalisant une action afin d'en tirer des connaissances, des apprentissages.
3. La persuasion verbale : il représente l'encouragement par autrui.
4. L'état physiologique et émotionnel : la polarité émotionnelle peut osciller entre positive et négative. Lorsque l'émotion est positive comme le fait d'être calme, cela va avoir un meilleur impact que si celle-ci est négative comme de l'anxiété (Bandura, 2004, cité par Académie Bordeaux, s.d. ; Gottlieb & Gottlieb, 2014).

9.5. Annexe 5 : les caractéristiques des forces

TABLEAU 9.1 Les quatre phases du processus en spirale et la collecte de données sur les caractéristiques des forces

Phase	Caractéristiques*
Phase 1 : explorer et faire connaissance	C-3-Les forces coexistent avec les faiblesses et les vulnérabilités. C-5-Les forces sont définies par le contexte et les circonstances. C-6-Les forces sont multidimensionnelles. C-8-Les forces peuvent être transférées. C-9-Les forces sont des constructions personnelles.
Phase 2 : focaliser	C-4-Les forces sont reliées aux buts.
Phase 3 : exécuter	C-1-Les forces sont des entités qui se développent. C-2-On peut développer les forces par l'apprentissage. C-4-Les forces sont reliées aux buts.
Phase 4 : réviser	C-7-Les forces peuvent s'épuiser et se reconstituer. C-9-Les forces sont des constructions personnelles.

* Les caractéristiques des forces sont décrites en détail au chapitre 4.

Tiré de : Gottlieb & Gottlieb, 2014, p.354

9.6. Annexe 6 : les huit approches pour la recherche des forces

TABLEAU 9.2 Résumé des principales approches utilisées pendant la première phase : explorer et faire connaissance – en particulier pour rechercher et pour découvrir les forces de la personne et de la famille

Approche	Exemples de questions et d'habiletés nécessaires pour mener une investigation clinique
Première approche : rechercher constamment les forces	<ul style="list-style-type: none"> ■ Qu'est-ce qui fonctionne dans ce cas ? ■ Qu'est-ce qui ne fonctionne pas ? ■ Quelles sont les qualités de cette personne qui l'aident à réussir ? ■ Comment cette personne utilise-t-elle ses forces et ses ressources pour composer avec sa situation et faciliter sa propre guérison ?
Deuxième approche : prendre conscience de la première impression	<p>Les infirmières doivent réfléchir et se poser les questions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Qu'est-ce que je pense de cette famille ? ■ Quels sentiments suscite-t-elle chez moi ? ■ Comment me fait-elle me sentir ? ■ Quelle a été ma première impression à son égard ? S'est-elle vérifiée ? ■ Qu'est-ce qui me plaît chez elle ? ■ Qu'est-ce que je n'aime pas ? Pourquoi ? ■ Quelles émotions, peurs et insécurités éveillent chez moi cette personne et ses comportements ?
Troisième approche : capter, noter et reconnaître les forces	<p>Écouter attentivement pour découvrir :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Qu'est-ce que la personne fait bien ? ■ Quels sont ses capacités, talents et habiletés ? ■ De quoi cette personne peut-elle tirer profit ? ■ De quel domaine de sa vie, de sa santé ou de sa situation médicale peut-elle tirer profit ? ■ Qu'est-ce qui me plaît chez elle ? ■ Dans quels domaines investit-elle son énergie ? ■ Comment régite-elle et conserve-t-elle son énergie en vue de guérir ?
Quatrième approche : se mettre en phase avec la personne	<p>Observer, noter, discerner et apprendre à connaître les patterns habituels de réponse, notamment en observant des changements de comportement.</p>

Tiré de : Gottlieb & Gottlieb, 2014, p.374

TABLEAU 9.2 Résumé des principales approches utilisées pendant la première phase : explorer et faire connaissance – en particulier pour rechercher et pour découvrir les forces de la personne et de la famille (*suite*)

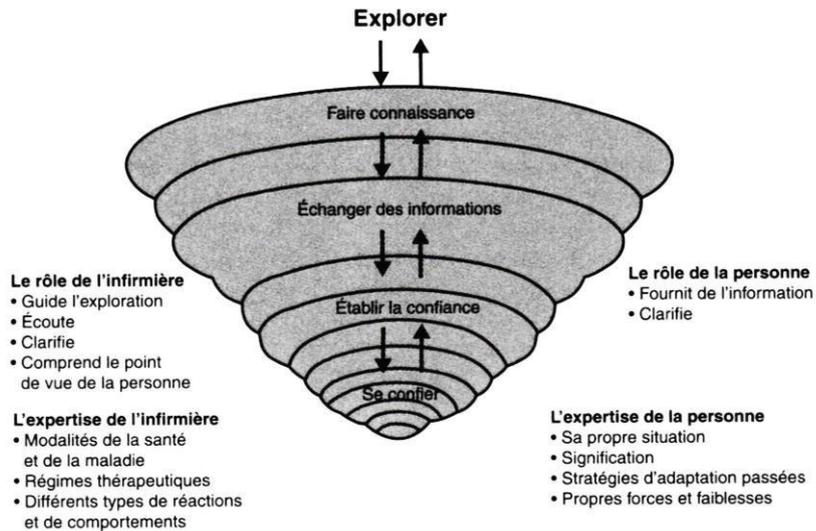
Approche	Exemples de questions et d'habiletés nécessaires pour mener une investigation clinique
Cinquième approche : poser aux personnes des questions directes sur leurs forces	<ul style="list-style-type: none"> ■ À votre avis, que faites-vous bien ? ■ Qu'est-ce qui fonctionne bien dans votre vie ? ■ D'après ce que vous disent d'autres personnes, que faites-vous bien ? ■ En quoi votre famille est-elle unique ou exceptionnelle ? ■ Parlez-moi d'un événement ou d'un incident durant lequel, à votre avis, vous avez bien agi. ■ Quand vous êtes-vous senti fier de vous-même ? Racontez-moi. ■ Quand vous êtes-vous aimé la dernière fois ? Racontez-moi. <p>Écouter et remarquer comment la personne réagit aux forces que l'infirmière a reconnues :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ langage corporel ; ■ réponses verbales ; ■ harmonie.
Sixième approche : utiliser un génogramme et une écocarte pour rechercher et pour découvrir les forces de la famille	<ul style="list-style-type: none"> ■ Qui est une source de soutien ? ■ Sur qui pouvez-vous vous appuyer pour obtenir de l'aide et un soutien affectif ? ■ Comment ces personnes vous soutiennent-elles ? ■ Est-ce que certaines personnes de votre entourage sont pour vous un fardeau ou ne vous soutiennent pas ?
Septième approche : faire des compliments	<ul style="list-style-type: none"> ■ J'ai noté que vous avez géré cette situation très habilement. ■ Vous savez vraiment comment aller chercher ce dont vous avez besoin. Je suis impressionnée.
Huitième approche : rechercher les forces développées grâce à la capacité de relever les défis par le passé	<ul style="list-style-type: none"> ■ Parlez-moi d'une autre situation difficile que vous avez dû gérer par le passé. Qu'est-ce qui vous a aidé à y faire face ?

Tiré de : Gottlieb & Gottlieb, 2014, p.375

9.7. Annexe 7 : les quatre phases du processus en spirale

FIGURE 9.2

Illustration de la première phase du processus en spirale – explorer et apprendre à connaître

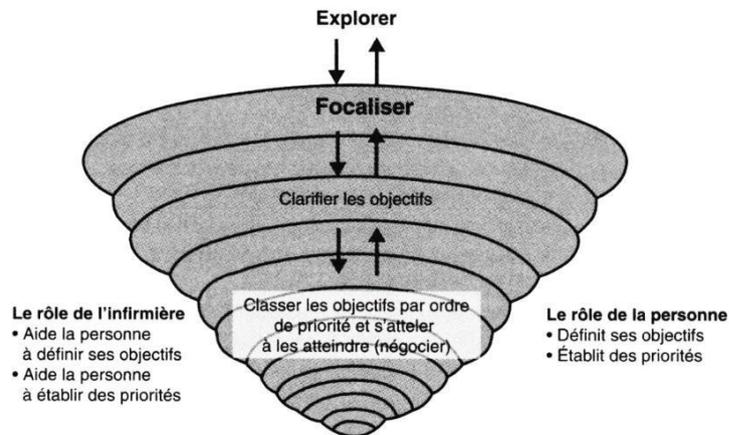


Source : Gottlieb et Feeley avec Dalton (2007). Reproduction autorisée.

Tiré de : Gottlieb & Gottlieb, 2014, p.356

FIGURE 9.5

La deuxième phase du processus en spirale – focaliser

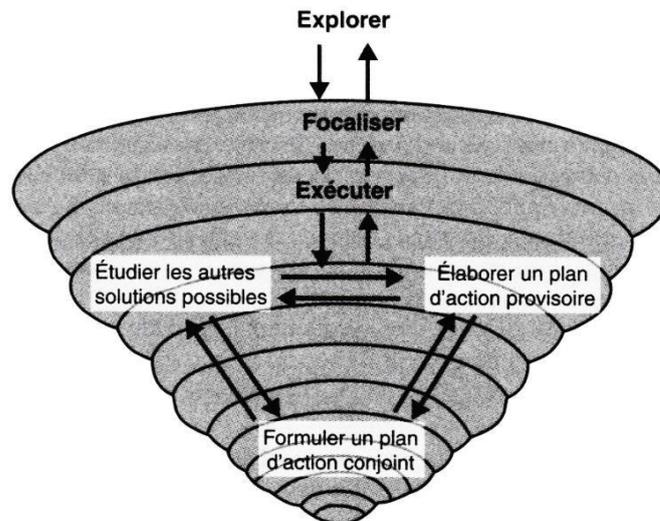


Source : Gottlieb et Feeley avec Dalton (2007). Reproduction autorisée.

Tiré de : Gottlieb & Gottlieb, 2014, p.376

FIGURE 9.6

La troisième phase du processus en spirale – exécuter

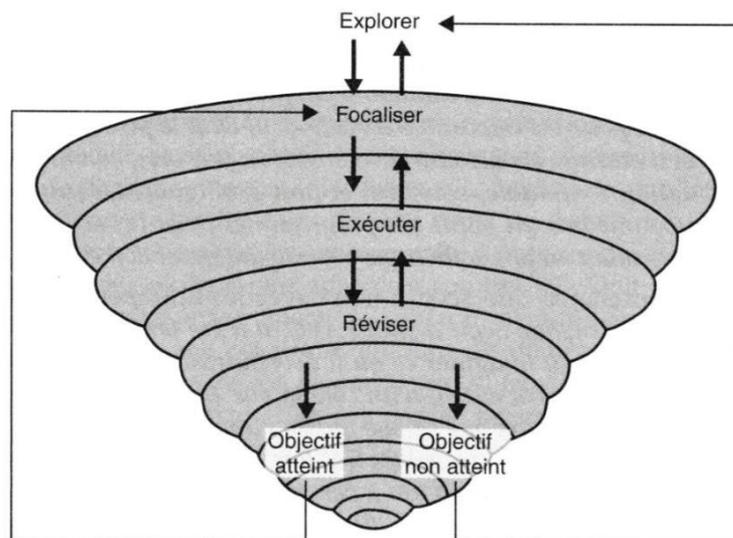


Source : Gottlieb et Feeley avec Dalton (2007). Reproduction autorisée.

Tiré de : Gottlieb & Gottlieb, 2014, p.380

FIGURE 9.7

Quatrième phase du processus en spirale – réviser



Source : Gottlieb et Feeley avec Dalton (2006). Reproduction autorisée.

Tiré de : Gottlieb & Gottlieb, 2014, p.382

9.8. Annexe 8 : Signs of Depression Scale

- 6 items avec des réponses dichotomiques (oui / non) :
 - Parfois avoir l'air triste
 - Pleurer ou avoir l'air d'avoir pleuré
 - Agité ou anxieux
 - Léthargique / réticents à se mobiliser
 - A besoin de beaucoup d'encouragements
 - Semble retiré

SODS item

Sometimes looks sad

Cry or seem weepy

Agitated, restless or anxious

Lethargic/reluctant to mobilize

Needs a lot of encouragement

Seems withdrawn

Tiré de : Lightbody et al., 2007a, p.599