UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI
(UAC)

FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

(FASHS)

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

(DP)

RAPPORT DE FIN DE STAGE EN PSYCHOLOGIE

ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX ET ATTEINTES DES FONCTIONS COGNITIVES A LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE NEUROLOGIE (CUN) DU CENTRE NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE HUBERT KOUTOUKOU MAGA

Rédigé par :
SAHABOU Faadil

Maître de stage

Prof. Kodjo Constant ADJIEN

Maître de Conférences Agrégé
en Neurologie du CAMES

Sous la supervision de

Dr. Ornheilia ZOUNON

Enseignant-Chercheur
DP – FASHS - UAC

Année Académique : 2020 - 2021

SOMMAIRE

Introduction 9

Chapitre 1 : Cadre institutionnel et déroulement du stage 11

Chapitre 2 : Cadre théorique de la recherche et approche méthodologique..... 16

Chapitre 3 : Présentation des résultats, analyse et discussion 25

Conclusion 32

DEDICACES

A mes parents

- SAHABOU Bounin

&

- BOURAIMA Fatouma

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont à l'endroit de :

- Mon maître de mémoire Dr. Ornheilia ZOUNON qui a accepté diriger ce travail malgré ses multiples occupations,
- Du jury siégeant pour l'évaluation de ce travail,
- Mon maitre de stage Prof. Kodjo Constant ADJIEN dont les cours et conseils ont suscités notre réflexion,
- Tous les enseignants du Département de Psychologie (DP) pour leurs accompagnements durant toute notre formation,
- Directeur du CNHU-HKM, Prof. Dieudonné GNONLONFOUN pour nous avoir permis d'effectuer notre stage,
- Chef service de la Clinique Universitaire de Neurologie (CUN) du CNHU-HKM, Prof. Dismand HOUINATO pour nous avoir accueilli dans sa clinique,
- Tous les DES de Neurologie pour nous avoir accompagné tout au long de notre stage : les consultations en votre compagnie ont été très instructives,
- Tout le personnel du CNHU-HKM de Cotonou,
- Mes tantes BOURAIMA Lahana et BOURAIMA Balkissou pour le soutien indéfectible,
- Tous les membres de ma famille, toujours présents pour m'encourager quand j'en ai besoin,
- Tous mes amis, proches ou éloignés, pour leurs encouragements et l'intérêt particulier à la réalisation de cette étude.

LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé ;

AIT : Accident Ischémique Transitoire ;

AVC : Accident Vasculaire Cérébral ;

CUN : Clinique Universitaire de Neurologie ;

CNHU-HKM : Centre National Hospitalier Universitaire – Hubert Koutoukou Maga ;

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées ;

GRECO : Groupe de Recherche sur l'Evaluation Cognitive ;

HAS : Haute Autorité de la Santé ;

IRM : Imagerie par Résonnance Magnétique ;

MMSE : Mini Mental State Examination.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Participants de l'étude 22
Tableau II : Ages des patients 25
Tableau III : Situation matrimoniales des patients 26
Tableau IV : Données socio-professionnelles des patients 27
Tableau V : Statistiques générales de l'étude 27
Tableau VI : Déclins cognitifs observés 28

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Fréquence des patients selon les âges 26

Figure 2 : Représentation des atteintes des fonctions cognitives suite à l'AVC 28

Figure 3 : Spécialistes consultés pour la prise en charge des séquelles post-AVC .. 29

RESUME

Dans le cadre des activités pédagogiques de la troisième année de licence en Psychologie, nous avons été amenés à effectuer un stage au Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM). Ce stage d'une durée d'un mois s'est déroulé à la Clinique Universitaire de Neurologie (CUN) du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga. A cet effet, nous avons mené notre réflexion critique sur le thème « AVC et atteinte des fonctions cognitives ». Afin de mener à bien notre étude, nous avons adopté une démarche quantitative et analytique. Vingt-neuf (29) sujets ayant survécu à un AVC ont été enquêté. De l'analyse des résultats, il est à retenir que les AVC ont souvent une incidence sur les fonctions cognitives. Par ailleurs, ces mêmes résultats révèlent qu'au Bénin, la prise en charge psychologique des troubles cognitifs post AVC est relativement faible.

Mots-clés : AVC, fonctions cognitives, Neuropsychologie, prise en charge psychologique, CNHU HKM

ABSTRACT

As part of the educational activities of the third year of the Bachelor degree in psychology, we had to do an internship at the Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM). This one-month internship took place at the University Clinic of Neurology (CUN) of the CNHU - HKM. To this end, we conducted our critical reflection on the theme "Stroke and impairment of cognitive functions". In order to carry out our study, we adopted a quantitative and analytical approach. Twenty-nine (29) subjects who survived stroke were investigated. From the analysis of the results, it should be remembered that strokes often have an impact on cognitive functions. In addition, these same results appear that in Benin, the psychological care of post-stroke cognitive disorders is relatively weak.

Keywords: Stroke, cognitive functions, Neuropsychology, psychological care, CNHU HKM

Introduction

La santé est « un état complet de bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1946). Il ressort de cette définition que quand l'être humain est affecté sur l'un des trois plans sus-évoqués (physique, mental et social), cela affecte par conséquent sa santé, le faisant basculer par la même occasion, du normal au pathologique. Selon chacun de ces plans, nombreuses sont les disciplines s'occupant du bien-être humain. Au nombre de ces disciplines, se retrouve la psychologie.

La psychologie, science au carrefour de plusieurs autres disciplines concourt au maintien de la santé mentale à travers l'étude, la compréhension, l'explication et si possible le processus thérapeutique des faits et troubles psychiques. Eu égard à la complexité de l'appareil psychique humain, cette science s'est vue à travers les décennies, déclinée en plusieurs branches. Cette étude s'inscrit surtout dans le cadre de la Neuropsychologie clinique et la Psychologie Cognitive.

Multiples sont les causes pouvant engendrer un fonctionnement mental pathologique chez l'être humain. Ces causes peuvent-être d'origine biologique, psychologique ou sociale. « Chez l'adulte et en dehors des pathologies neurodégénératives, l'étiologie la plus commune des troubles neuropsychologiques est l'accident vasculaire cérébral (AVC) » (Eustache, Faure & Desgranges, 2013).

Selon la sévérité de ce phénomène, il peut générer plusieurs séquelles chez le sujet victime. Certaines de ces séquelles disparaissent avec le temps mais d'autres par contre ne disparaissent jamais. Les projets thérapeutiques de ces troubles interpellent plusieurs professionnels dans une approche pluridisciplinaire. Avant d'entreprendre une démarche thérapeutique voire psychothérapeutique, il serait judiciable de mener une étude scientifique sur le phénomène afin de le comprendre et de comprendre ses implications. C'est dans ce cadre que s'inscrit la présente étude relative aux atteintes des fonctions cognitives à la suite d'un AVC à la Clinique Universitaire de

Neurologie (CUN) du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga de Cotonou (CNHU-HKM).

Cette recherche est structurée en plusieurs chapitres. Il s'agira d'abord d'aborder le cadre institutionnel, pour donner un aperçu du de déroulement de l'étude. Le chapitre concernant le cadre théorique concernera les informations dont nous disposons sur la thématique. Quant au dernier chapitre, il concernera les données recueillies, leur analyse et discussion.

Chapitre 1 : Cadre institutionnel et déroulement du stage

Ce chapitre est dédié à la présentation du cadre de l'étude, la description des activités menées et les difficultés rencontrées.

1.1. Description du lieu de stage

Le Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou MAGA est situé au sud de la ville de Cotonou et s'étend sur un terrain de 10 hectares.

Il est limité :

- Au Nord et à l'est par le camp militaire « GUEZO » ;
- Au sud par la Présidence de la République de laquelle il est séparé par l'avenue Jean Paul II qui mène à l'aéroport ;
- A l'Ouest par le Ministère de l'Intérieur, la Faculté des Sciences de la Santé (FSS) et de l'Institut des Sciences Biomédicales Appliquées (I.S.B.A.).

1.1.1. Missions

Il a pour mission, entre autres :

- D'assurer en permanence l'accueil et les soins ;
- D'assurer une mission de formation ;
- De contribuer à la recherche scientifique.

1.1.2. Historique

Le CNHU a été fondé en 1962 et fut d'abord nommé « Hôpital 350 lits » (eu égard à sa capacité d'accueil) avant d'être rebaptisé « Centre national hospitalier et universitaire de Cotonou » (CNHU-C) le 10 janvier 1973. Il prit son nom actuel à la suite du décès de Hubert Maga, le premier président béninois, dans le souci d'immortaliser la mémoire de ce dernier.

Le CNHU – HKM de Cotonou dispose en 2018 de 642 lits, d'un service d'accueil des urgences, de deux salles de réanimation polyvalentes ainsi que de dix services de spécialité chirurgicale, de douze services de médecine et spécialité

médicale, d'un service de pharmacie, d'un service social hospitalier et de six services médico-techniques.

L'histoire du CNHU – HKM est riche en mutation :

- Le 30 Octobre 1962 par la loi N° 62 – 36 portant création de l'hôpital et le dotant de l'autonomie financière, celui – ci fut inauguré en présence des responsables français de la coopération et des cadres dahoméens sous le nom de "Hôpital Hubert MAGA" ou vulgairement appelé « hôpital 350 Lits ». Cette dénomination de « hôpital 350 Lits » lui vient du fait qu'à l'origine il ne contenait que 350 lits d'hospitalisation.

- Le décret N° 465 / PR – MSPAS du 02 Novembre 1962 portant organisation de l'hôpital de Cotonou sous forme d'établissement public autonome vient consolider sa création.

- En 1963 il a acquis effectivement son autonomie et devient « Hôpital Autonome de Cotonou » suite au changement de régime intervenu cette année.

- Par le décret N°490 du 21 Décembre 1966 il change encore de statut et devient « Centre National Hospitalier ».

- Avec la création en 1970 de l'Université et des enseignements supérieurs du Dahomey par le décret N° 70 – 217 / CP / MEN du 21 Aout 1970, il devient « Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou » CNHU-C.

- Par le décret N° 73-8 du 10 Janvier 1973, le Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou CNHU-C est créé et réorganisé.

- La réorganisation et le fonctionnement du CNHU – C ont été sanctionné par le décret N° 85 – 559 du 30 Décembre 1985.

- Les statuts du CNHU – C ont eu leur approbation par le décret N° 90 – 0103 du 11 Juin 1990.

- Le 13 Mai 1991 le CNHU – C a acquis son statut d'office à caractère social et scientifique.

- Dans le souci d'immortaliser la mémoire de son Excellence le Président MAGA son initiateur, il devient le « Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou MAGA » (CNHU – HKM) à l'occasion de l'inauguration de l'Unité de Scannographie en Novembre 2001.

La Clinique Universitaire de Neurologie du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou a pour vocation la prise en charge des maladies du système nerveux.

1.2. Déroulement du stage

Notre stage s'est déroulé du 26 mai au 30 Juin 2021. Au cours de ce stage, nous avons eu l'occasion de mener plusieurs activités. Ces différentes activités nous ont permis d'acquérir plusieurs connaissances et compétences. Néanmoins, certaines difficultés ont été rencontrées sur le terrain, que nous avons dû surmonter pour mener à bien nos différentes activités.

1.2.1. Description des activités menées par le stagiaire

A notre arrivée à la Clinique Universitaire de Neurologie, nous avions été accueillis par notre maître de stage avec qui nous avons discuté des modalités du déroulement de notre stage et de notre recherche, ses objectifs et les outils à utiliser. Après l'entretien, nous avons été présentés aux étudiants du Diplôme d'Etudes Spécialisées de Neurologie (DES Neurologie) en compagnie desquels nous avons aussitôt commencé les consultations.

Avec assiduité et ponctualité, nous avons exécuté plusieurs tâches dans ce service telles que : l'évaluation des fonctions cognitives des malades post AVC et des patients suspectés de la maladie d'Alzheimer. Nous participions également aux visites aux malades dans les deux salles d'hospitalisations de la Neurologie.

Tout au long du stage, nous prenions également part aux staffs du mercredi où il était question de discuter de cas cliniques et de connaissances anatomiques du système nerveux.

Sous recommandation de notre maître de stage, nous nous entretenions également avec les patients suspectés de troubles psychosomatiques, de troubles psychogènes et autres troubles psychologiques (troubles anxieux, troubles dépressifs). En effet, il n'est pas rare de remarquer que des maladies somatiques aient de répercussion sur les patients du point de vue psychique, et vice-versa.

1.2.2. Acquis du stage

Ce stage dans son ensemble nous a été constructif et enrichissant. C'était le cadre pour nous de nous confronter au monde du travail. Il nous a permis de faire une immersion dans le quotidien de travail du psychologue.

Par ailleurs, ce stage fut une occasion pour nous de mettre en pratique les connaissances issues des nombreux cours magistraux reçus et de confronter nos connaissances théoriques aux réalités du terrain. Les différentes tâches exécutées ont permis d'étendre et d'approfondir notre champ de connaissances notamment en Psychologie Clinique et en Neuropsychologie Clinique. Les différents "staffs'' ont permis d'améliorer nos connaissances sur l'anatomie du système nerveux.

Les différentes consultations nous ont permis de nous améliorer en matière d'entretien psychologique et d'évaluation clinique. De plus, le stage nous a permis de nous perfectionner dans l'utilisation du MMSE et par conséquent, dans l'évaluation des fonctions cognitives. Enfin, ce stage nous a permis de comprendre le rôle du psychologue dans un milieu médical et plus précisément en milieu de prise en charge neurologique.

1.3. Difficultés

Les difficultés rencontrées sur le terrain peuvent-être classées en deux groupes. D'un côté, nous avons les difficultés externes qui ne dépendaient pas de nous et de l'autre côté, les difficultés internes qui sont propre à nous.

1.3.1. Difficultés externes

L'une des difficultés majeures liées à notre stage est liée à la situation de la pandémie du COVID-19. En effet, la pandémie a généré une situation d'incertitude par rapport aux stages, par mesure de sécurité sanitaire. Nous avons dû attendre environ 3 mois avant d'obtenir l'autorisation d'effectuer notre stage.

Une autre difficulté majeure est due au manque des objectifs de stage exigés du Département de Psychologie par la structure d'accueil dans le but de savoir dans quel cadre délimiter nos travaux dans la Clinique Universitaire de Neurologie.

Par ailleurs, nous avons été confrontés à des difficultés avec le test neuropsychologique utilisé en raison de l'absence d'une version béninoise standardisée et contextualisée. Nous avons alors dû utiliser une version française qui ne répond pas forcément aux normes du contexte béninois.

De plus, le manque de psychologue dans la Clinique de Neurologie et l'absence de précédents psychologues stagiaires dans cette Clinique nous ont également rendu la tâche difficile.

1.3.2. Difficultés internes

La principale difficulté interne est due au fait que nous n'avions pas effectué des stages d'immersion lors des années académiques antérieures. Cela a démontré notre manque d'expérience dès les débuts du stage. Ce manque d'expériences a généré des inquiétudes, de l'anxiété et du stress par rapport au déroulement de notre stage, difficultés que nous avons su gérer avec le temps grâce à notre détermination et à la qualité d'accompagnement du personnel de la structure d'accueil.

Chapitre 2 : Cadre théorique de la recherche et approche méthodologique

Avant d'entrer dans le vif du sujet, il serait judiciable de clarifier certains concepts de cette étude. Par ailleurs, nous devons prendre une connaissance des travaux effectués dans le domaine à travers une revue de littérature, définir notre problématique, les objectifs de ce travail et la méthodologie adoptée.

2.1. Clarification conceptuelle

2.1.1. Accident Vasculaire Cérébral (AVC)

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les AVC sont définis comme le développement rapide de signes cliniques localisés ou globaux de dysfonction cérébrale avec des symptômes durant plus de vingt-quatre heures pouvant conduire à la mort, sans autre cause apparente qu'une origine vasculaire. Les AVC résultent de l'interruption de la circulation sanguine dans le cerveau, en rapport avec un éclatement d'un vaisseau sanguin ou avec l'obstruction par un caillot (OMS, 2016).

« Les accidents vasculaires cérébraux sont des complications aiguës (soudaines) d'une maladie vasculaire, dues à un arrêt de la vascularisation sanguine dans un territoire cérébral (infarctus cérébral) ou à une rupture d'un vaisseau (hémorragie cérébro-méningée) » (Cossi, 2012).

On distingue deux grands types d'AVC : « **les accidents ischémiques ou infarctus cérébraux**, représentant 80 % des AVC et **les accidents hémorragiques ou hématomes intra cérébraux** représentant 20 % des AVC » (Cossi, 2012).

Le diagnostic d'AVC doit être confirmé par l'imagerie cérébrale (scanner et IRM), ce qui va également permettre de déterminer la zone lésée mais surtout sa nature, ischémique ou hémorragique.

Les conséquences de l'AVC dépendent notamment de la partie du cerveau touchée et de la gravité de la lésion (Brin et *al.*, 2004).

2.1.2. Fonctions Cognitives (ou Psychologiques)

Selon le *Grand Dictionnaire de la Psychologie* (2011), les *fonctions cognitives* (ou *psychologiques*) encore appelées *facultés cognitives* (ou *psychologiques*) par d'autres auteurs sont la **perception**, **l'attention**, la **mémoire**, le **langage**, les **activités intellectuelles** et, « le cas échéant, d'autres domaines d'étude qui sont directement apparentés à ceux-là ».

2.2. Revue de la littérature

Il existe une vaste littérature sur les AVC et leurs conséquences. Si cette littérature est large dans le domaine médical, elle reste encore assez pauvre dans le domaine psychologique au Bénin.

Plusieurs études ont été effectuées sur les AVC et leurs incidences. Ainsi, dans une étude portant sur les décès par affection neurologique au CNHU de Cotonou au Bénin, Avode *et al* (1998) ayant travaillé sur les patients des services de Médecine interne au Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou sont arrivés à la conclusion que les AVC constituent la première cause de décès par affection neurologiques. En effet, parmi les patients présentant une affection neurologique, la mortalité était de 32,7 %. Ces décès concernent des hommes dans 52 % des cas et des femmes dans 48 % des cas. Les accidents vasculaires cérébraux (52,2 % des cas) représentent la première cause de décès par affection neurologique et intéressent surtout les sujets âgés de plus de 40 ans. Cette surmortalité par AVC peut être partiellement imputée à la modicité des moyens thérapeutiques.

En étudiant la fréquence hospitalière des affections neurologiques au CNHU-HKM de Cotonou, Gnonlonfoun et *al* (2013) ont enrôlé 139 patients dont la moyenne d'âge était de 49,7 ans avec une prédominance masculine. L'étude portait sur l'ensemble des patients hospitalisés dans le service pendant la période de l'étude avec pour critère d'exclusion les sujets pour lesquels aucun diagnostic n'a été formulé. Il ressort de l'étude que dès la survenue de l'affection neurologique, 28,7% des patients avaient fait de l'automédication, 19% ont consulté en première intention un tradipraticien. Le délai moyen mis par les patients pour consulter un médecin était de

4±2 jours [0j-28j]. Pour consulter un neurologue, ils mettaient 17,4±9,2 jours [0-120 jours]. 82,6% des patients ont été évacués sur le CNHU-HKM. 76,3% étaient transférés du service des urgences dans le service de neurologie. 25,2% venait d'un autre service de l'hôpital. Parmi ceux-ci, 14,3% provenaient des consultations externes de neurologie, 37,1% de la réanimation et 48,6% du service de cardiologie. Les résultats suggèrent que l'AVC reste le premier motif d'hospitalisation dans les services de neurologie (44,4%).

Par ailleurs, suite à une étude de Pechenot-Paillot, Moulin & De Bustos Medeiros (2019) évaluant la prévalence des troubles cognitifs à base de l'échelle Montreal Cognitive Assessment (MoCA) et du bilan neuropsychologique chez les patients victimes d'un AIT ou d'un AVC, il ressort que 28,6% des patients post-AVC présentaient une atteinte cognitive globale. Sur les 192 patients enrôlés, l'étude a prouvé que les atteintes des troubles attentionnels (51,0%), des troubles exécutifs (58,5%) et des troubles mnésiques (47,9%) sont les principaux troubles cognitifs observés. Ces troublent engendrent des conséquences psychosociales importantes. L'étude arrive à la conclusion qu'il faut dépister les troubles cognitifs précocement afin de mettre en place une rééducation cognitive et la mise en place d'aides adaptées.

Langhorne, Bernhadt & Kwakkel (2011) dans un article sur la réhabilitation des AVC sont arrivés à la conclusion que l'AVC a une symptomatologie très hétérogène qui dépend de la taille du site de la lésion. Il touche au système moteur, sensoriel, cognitif et a des conséquences psychologiques.

L'étude de Gnonlonfoun et *al* (2014) portant sur les troubles cognitifs post-AVC et les facteurs associés en Afrique de l'Ouest francophone démontre une augmentation du déclin cognitif avec l'augmentation de l'âge. L'étude impliquait 100 patients ayant été victimes d'un AVC au moins 6 mois avant la date de l'étude. Le MMSE a été l'outil utilisé pour estimer le déclin cognitif. La classification du déclin cognitif selon le genre montre une prédominance du déclin cognitif chez la femme que chez l'homme, résultat qui pourrait s'expliquer par le fait que le niveau d'étude influence les résultats du MMSE ; les femmes étant moins scolarisées au Bénin que

les hommes. De plus, il est à noter que les AVC ischémiques sont plus impliqués dans les déclins cognitifs à long terme que les AVC hémorragiques.

Pour les prises en charge des malades post-AVC, plusieurs études sont arrivées à la conclusion que ces prises en charges doivent se faire dans une approche multidisciplinaire au sein d'unités spécialisées.

Ainsi, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) recommandait en 2006 que « lorsque le pronostic vital n'est plus engagé, les patients sont évalués par les différents professionnels médicaux et paramédicaux afin de définir des objectifs communs de traitement » (ANAES, 2006, p.9). Elle ajoute que la société française neuro-vasculaire recommande la présence de psychologues au sein de l'équipe multidisciplinaire (ANAES, 2006, p.69).

Heuschling, Gazagnes & Hatem (2013) de leur côté ont expliqué que l'approche ré-éducationnelle de l'AVC se distingue de la médecine curative par son caractère multidisciplinaire : le médecin a une fonction de coordinateur de l'équipe de rééducation fonctionnelle centrée autour du patient participatif. L'équipe de rééducation pluridisciplinaire est composée du nursing, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychologue, logopède, assistant social, diététicien, neuropsychologue…

Dans leur mémoire de Bachelor, Kilchher & Liez (2003) notifient que la plupart des études s'accordent à dire que le développement d'interventions efficaces basées sur la prévention et le traitement des troubles psychologiques dans le contexte de l'AVC est nécessaire car il pourrait améliorer et accélérer les résultats de la réhabilitation. Il est essentiel d'identifier et traiter les troubles psychologiques car ils ont un impact important sur la qualité de vie des patients et peuvent constituer un fardeau considérable et altérer les relations sociales.

2.3. Problématique

Les AVC constituent un réel problème de santé publique. De par le monde, on observe 16 millions de nouveaux cas chaque année (Strong, Mathers & Bonita, 2007).

Selon les prévisions de l'OMS, ces chiffres passeront à 23 millions d'incidence par an à l'horizon de 2030 (*ibid*).

En plus d'être à lui tout seul une atteinte à l'intégrité humaine, cette maladie est également responsable d'autres problèmes.

Selon l'OMS (2018), les accidents vasculaires cérébraux constituent la deuxième cause de mortalité dans le monde. En Afrique subsaharienne, ils représentent la troisième cause de mortalité et la première cause d'incapacité motrice dans les grands centres de neurologie (Osuntokun, 1993).

Par ailleurs, avec une amélioration des prises en charges dans le domaine médical, on assiste depuis des décennies, à une diminution du taux de mortalité dû aux AVC. En effet, « la diminution de la mortalité par AVC continue depuis le milieu des années 70, avec une baisse de 50% entre 1990 et 2008 des taux de mortalités standardisés sur l'âge, et a contribué à l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance » (Bohic, 2012).

Cette baisse constatée des taux de mortalité par AVC est à l'origine d'une augmentation du nombre de survivants avec des séquelles et handicap (Bejot & *al*, 2008).

Sur le plan cognitif, il a été estimé que, sur un échantillon de 1000 patients victimes d'un AVC, la proportion des sujets affectés d'un ou de plusieurs symptômes cognitifs d'AVC se situait à 60,7%, dont 22,5% ne présentaient aucun trouble moteur (Hoffmann, 2001).

C'est cet état de choses qui nous conduit à poser la question de savoir quelles sont les fonctions cognitives qui sont atteintes à la suite d'un accident vasculaire cérébral et quel rôle joue la prise en charge psychologique dans le processus de rééducation au Bénin.

2.3.1. Hypothèses de la recherche

2.3.1.1. Hypothèse générale

Les incidences des AVC sur les différentes fonctions cognitives peuvent nécessiter un suivi psychologique des patients post-AVC.

2.3.1.2. Hypothèses spécifiques

- ✓ Les AVC ont souvent une incidence sur les fonctions cognitives ;
- ✓ Au Bénin, la prise en charge psychologique des troubles cognitifs post AVC est relativement faible.

2.3.2. Objectifs

2.3.2.1. Objectif général

Ce travail vise à étudier les incidences des AVC sur les différentes fonctions cognitives.

2.3.2.2. Objectifs spécifiques

Plus spécifiquement, cette étude vise à :

- ✓ Etudier les fonctions cognitives qui peuvent-être touchées à la suite d'un AVC.
- ✓ Identifier la fréquence des prises en charges psychologiques à la suite d'un AVC.

2.4. Méthode

Cette étude est essentiellement de nature quantitative avec quelques données qualitatives en vue d'atteindre de façon efficace et efficiente les objectifs fixés.

2.4.1. Participants

La population de notre étude est constituée des patients post-AVC de la Clinique Universitaire de Neurologie (CUN) du CNHU-HKM. Ces patients sont rencontrés soit en salle de consultation pour un suivi post-AVC ou en salle dans les deux (02) salles d'hospitalisation de la Clinique Universitaire de Neurologie (pour les patients qui étaient encore hospitalisés dans la période de l'étude) à la suite d'un

AVC. Les patients ont été recrutés selon la technique d'échantillonnage systématique. Au total vingt-neuf (29) patients ont été enrôlés. A cause des contraintes liés au test de Folstein, l'étude est basée uniquement sur des sujets scolarisés.

Tableau I : Participants de l'étude

	Masculin	Féminin	Total
Sujets enquêtés	20 (68,97%)	9 (31,03%)	29 (100%)

2.4.2. Matériel

Pour l'évaluation des fonctions cognitives, le matériel utilisé dans le cadre de notre étude est le *Mini Mental State Examination* (MMSE) encore appelé *Test de Folstein*. C'est un test d'évaluation des fonctions cognitives et de la capacité mnésique d'une personne. Il a été publié pour la première fois en 1975 par Folstein. Il est constitué de six (6) items qui permettent d'explorer spécifiquement **l'orientation**, **l'apprentissage**, **l'attention et le calcul**, le **rappel**, le **langage** et **les praxies constructives**. Il est bâti sur un score total de 30 points à raison de :

- 10 points pour l'**Orientation**,
- 3 points pour l'**apprentissage**,
- 5 points pour **l'attention et le calcul**,
- 3 points pour le **rappel**,
- 8 points pour le **langage**,
- 1 point pour les **praxies constructives**.

Une grille d'observation et un guide d'entretien ont également été utilisés.

2.4.2.1. L'entretien clinique

Les entretiens se sont déroulés à la suite des consultations neurologiques dans la salle de consultation de la Clinique Universitaire de Neurologie ou dans les salles d'hospitalisations de la Clinique Universitaire de Neurologie. Ils ont été réalisés grâce à un guide d'entretien semi-structuré avec des questions ouvertes, ce qui a permis de collecter des données socio-démographiques des sujets (âge, sexe, situation

matrimoniale, profession, niveau d'études) et des données relatives à la maladie (date de survenue de l'AVC, spécialistes consultés).

2.4.2.2. L'observation

Réalisée à partir d'une grille d'observation, l'observation nous a permis de noter les déficits repérables grâce à une simple observation et ainsi, de compléter le test de Folstein.

2.4.3. Procédure

A la suite des consultations dans la salle de consultation de la Clinique Universitaire de Neurologie ou lors des visites dans les deux salles d'hospitalisation de la Clinique Universitaire de Neurologie, nous demandons leur consentement aux patients après leur avoir expliqué notre étude et ses objectifs. Une fois le consentement obtenu, nous procédions au recueil des informations socio-démographiques. Après cela, nous procédions à la passation du MMSE. Tout au long du processus, nous procédions à l'observation des patients, leurs réactions, leurs comportements, le temps mis pour répondre.

2.4.4. Techniques de traitement et d'analyse des données

La cotation du *MMSE* a été faite selon les critères suivants (Gnonlonfoun et *al*, 2014) :

- Tout score entre **24/30 et 20/30** est considéré comme un ‘’**déclin cognitif modéré**’’.
- Tout score **inférieur ou égale à 19/30** est considéré comme un ‘’**déclin cognitif sévère**’’

Pour identifier les fonctions cognitives spécifiques atteintes, nous nous sommes basés sur les scores de chacun des items du MMSE. Les items auxquels les sujets n'ont pas pu répondre ont été considérés comme reflétant une atteinte des fonctions cognitives y afférant.

En cas de constat d'atteinte d'une fonction cognitives, nous interrogions les parents des sujets pour savoir si cette dysfonction est antérieure ou postérieure à l'AVC.

Les différents scores issus de la passation du MMSE sont saisis dans des feuilles de calculs du logiciel Microsoft Excel, ce qui a permis de faciliter la cotation, les différentes analyses et la réalisation des graphiques.

Chapitre 3 : Présentation des résultats, analyse et discussion

3.1. Résultats

A l'issue de la collecte des données, il ressort que des vingt-neuf sujets enquêtés, 13,79% ont été diagnostiqués aphasiques (que nous classerons par la suite dans les atteintes du langage), excluant la possibilité de passation du MMSE à ces derniers. Ces diagnostics d'aphasie ont été posés par les médecins.

Tableau II : Ages des patients

Ages			
Classes d'âges	**Effectifs**	**Données centrales**	Pourcentages
30-44 ans	5	(30+44) / 2 = 37	17,24%
44-58 ans	12	(44+58) / 2 = 51	41,38%
58-72 ans	10	(58+72) / 2 = 65	34,48%
72-86 ans	2	(72+85) / 2 = 78,5	6,9%

Les données issues de ce tableau révèlent que les sujets victimes d'un AVC sont essentiellement des adultes et surtout des personnes d'âges avancés. La moyenne d'âge est 55, 31 ans.

La Figure 1 qui nous montre la fréquence des patients post-AVC selon les âges montre que la classe modale est [44-58[. Selon cette même figure, le nombre de patient est en croissance permanente jusqu'à la classe modale. Ensuite, cet effectif commence à chuter. Ce constat peut s'expliquer par des décès ; l'espérance de vie au Bénin étant de 62 ans (Banque Mondiale, 2019).

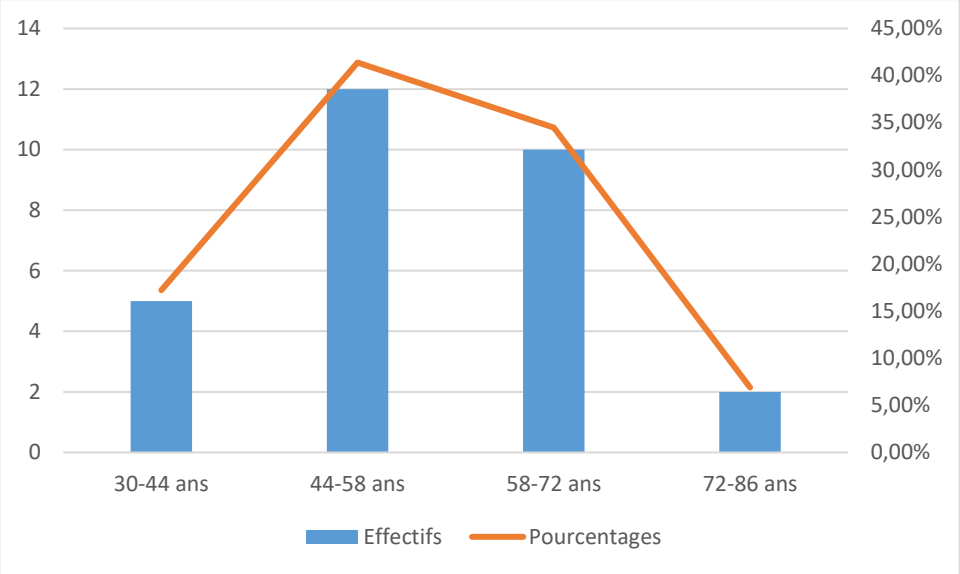


Figure 1 : Fréquence des patients selon les âges

Tableau III : Situation matrimoniales des patients

Situation matrimoniale			
	Célibataires	2	6,9%
	Marié(e)s	19	65,52%
	Veufs/Veuves	8	27,59%

Les patients issus de notre étude sont pour la majorité mariés (65,52%) et veufs (27,59%). 6,9% sont célibataires. Cela peut s'expliquer par le fait que les patients victimes des AVC sont essentiellement des personnes d'âges avancés.

Les données socio-professionnelles montrent que tous les patients de l'étude ont été scolarisés. Cela se justifie par les critères de participation à l'étude fixés. En effet, pour une facilité de compréhension des différents items du MMSE, il est essentiel que les patients comprennent la langue dans laquelle les consignent ont été émises.

Tableau IV : Données socio-professionnelles des patients

Professions			
	Artisans	9	31,03%
	Fonctionnaire d'Etat	6	20,69%
	Secteur privé	3	10,34%
	Commerçant(e)s	3	10,34%
	Etudiant	1	3,44%
	A la retraite	7	24,14%
Niveau d'étude			
	Primaire	9	31,03%
	Secondaire	13	44,83%
	Supérieur	7	24,14%

La cotation du MMSE, indique que 24,13% des sujets enquêtés sont atteints d'un déclin cognitif suite à un AVC. Par ailleurs, du point de vue statistique, 62% de ces sujets présentent un fonctionnement cognitif normal.

Tableau V : Statistiques générales de l'étude

	Masculin	Féminin	Total
Aphasiques	1 (3,45%)	3 (10,34%)	4 (13,79%)
Déclins Cognitifs	6 (20,69%)	1 (3,45%)	7 (24,13%)
Fonctionnement cognitif normal	13 (44,83%)	5 (17,24%)	18 (62,07%)
Sujets enquêtés	20 (68,97%)	9 (31,03%)	29 (100%)

S'agissant des déclins cognitifs, il est à noter que 42,86% de ces déclins sont de type modéré alors que les 57,14% restants sont des déclins cognitifs sévères.

Tableau VI : Déclins cognitifs observés

	Masculin	Féminin	Total
Déclin Cognitif Modéré	2 (28,57%)	1 (14,29%)	3 (42,86%)
Déclin Cognitif Sévère	4 (57,14%)	0 (0%)	4 (57,14%)
Total	6 (85,71%)	1 (14,29%)	7 (100%)

Concernant les atteintes des fonctions cognitives, il est à noter selon le taux d'importance : l'atteinte de l'attention et du calcul (31,03%), l'atteinte de la mémoire (27,39%), l'atteinte du langage (24,14%), l'atteinte de l'apprentissage (10,34%) et l'atteinte des praxies constructives (10,34%) des patients.

La figure suivante est une représentation de ces différentes atteintes :

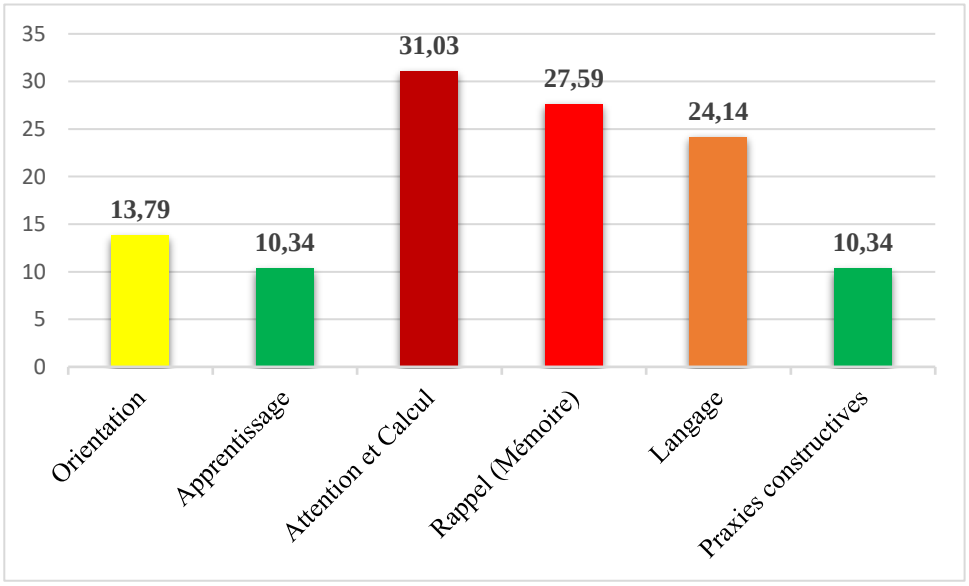


Figure 2 : Représentation des atteintes des fonctions cognitives suite à l'AVC

Plusieurs spécialistes interviennent dans la prise en charge des malades post-AVC. Selon le type d'AVC et les fonctions atteintes, les patients consultent des neurochirurgiens (dans 20% des cas), des neurologues (100% des cas), des

kinésithérapeutes (24,14% des cas), des cardiologues (79,31%), des orthophonistes (dans 6% des cas). Certains patients ont même recours à d'autres pratiques telles que l'automédication et les tradipraticiens (34% des cas). Il est à noter qu'aucun de ces patients n'a recours à un psychologue. Le pourcentage des neurologues (100%) est justifié par le fait que l'étude a été fait uniquement sur les patients de la Clinique Universitaire de Neurologie.

Ces différentes statistiques sont représentées sur la figure suivante :

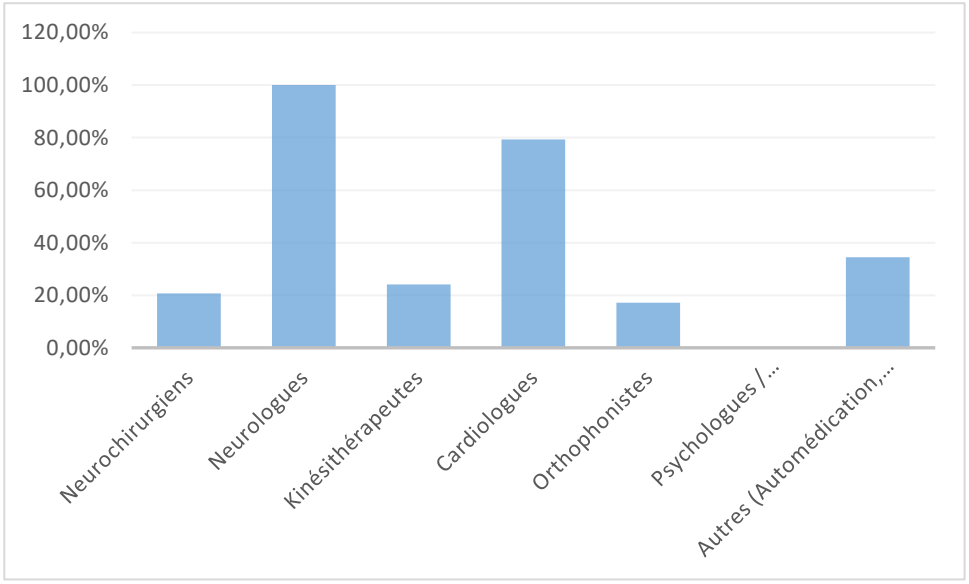


Figure 3 : Spécialistes consultés pour la prise en charge des séquelles post-AVC

3.2. Discussion

L'objectif principal de cette recherche est d'étudier les incidences des AVC sur les différentes fonctions cognitives.

En premier lieu, il est à noter que les AVC ont souvent plusieurs incidences sur le fonctionnement cognitif général et sur chaque fonction cognitive spécifique.

Concernant le fonctionnement cognitif général, les résultats ont abouti à 42,86% de déclins modérés et 57,14% de déclins cognitifs sévères. Ces données corroborent celles de l'étude de Gnonlonfoun et *al* (2014).

Par ailleurs il est à noter que toutes les fonctions cognitives peuvent être touchées à la suite d'un AVC. Comme le révèlent les résultats de notre étude nous avons enregistré des cas d'atteintes de l'attention et du calcul (31,03%), de la mémoire (27,39%), du langage (24,14%), de l'apprentissage (10,34%) et des praxies constructives (10,34%). Ces constats vérifient notre première hypothèse qui stipule que les AVC ont souvent une incidence sur les fonctions cognitives.

De plus, la plupart des sujets sont essentiellement des adultes et surtout des personnes d'âges avancés. On en déduit que les personnes les plus exposées à ce phénomène et par conséquent à ses séquelles sont des personnes vieillissantes (Douguet, Gisquet & Mino, 2015).

En ce qui concerne la prise en charge des patients post-AVC, elle interpelle plusieurs professionnels médicaux et paramédicaux, selon les séquelles enregistrées. Certains sujets de la présente étude ont même recours à l'automédication et à des tradipraticiens. La remarque la plus frappante, puisque c'est elle qui concerne notre domaine d'étude est l'absence de psychologues et neuropsychologues dans cette prise en charge. Cette situation n'est pas en adéquation avec les recommandations de la Haute Autorité de la Santé (HAS, 2019).

En effet, à la suite d'un AVC, la HAS recommande entre autres une évaluation des troubles psychoaffectifs. Elle stipule que « le dépistage des troubles de l'humeur, d'anxiété, de dépression, de troubles du comportement (irritabilité ; apragmatisme ; apathie ; manque d'initiative ; etc.) est réalisée lors de la phase initiale ». Par ailleurs, la même source indique qu'un « suivi doit-être réalisé dans les 6 semaines qui suivent l'AVC et après 6 mois et un an. Le recours au neuropsychologue est nécessaire dans le cas de troubles persistants ou d'atteintes cognitives associées ».

Cette absence de psychologues en général et particulièrement de neuropsychologues dans la prise en charge des séquelles post AVC au Bénin peut s'expliquer par plusieurs raisons. D'une part, elle peut s'expliquer par l'absence de psychologues spécialisés en neuropsychologie (les deux spécialités de formation en master du Département de Psychologie étant, à ce jour la "Psychopathologie et

Psychologie Clinique'' et la "Psychologie du Travail et des Organisation''. Par ailleurs, une autre raison serait la rareté de cabinets de psychologue officiellement reconnus sur le territoire national.

La présente étude est néanmoins sujette à quelques limites. La première et la plus importante concerne le test utilisé. La version du MMSE utilisée est celle du Groupe de Recherche sur l'Evaluation Cognitive (GRECO), qui répond aux normes européennes et plus précisément françaises. Une autre limite concerne le traitement des données recueillies. En effet, nous avons regroupé les différents types d'AVC lors du traitement de ces données alors qu'un traitement des données concernant les AVC ischémiques d'une part et des AVC hémorragiques d'une autre aurait peut-être permis de mettre en évidence les conséquences de chacun de ces AVC sur le fonctionnement cognitif.

Conclusion

Les AVC touchent une partie importante de la population mondiale surtout à un âge avancé. A la suite de ces derniers, il n'est pas rare d'observer plusieurs séquelles chez les sujets atteints. Ces séquelles peuvent-être aussi bien d'ordre somatique que psychologique. Avec les progrès dans le domaine de la santé et l'amélioration de l'espérance de vie de la population mondiale, le taux des personnes vivantes avec des handicaps post-AVC est en croissance.

Les handicaps post-AVC peuvent-être de plusieurs types : moteurs, cognitifs. Les handicaps cognitifs se remarquent par l'atteinte d'une ou plusieurs fonctions cognitives. Plusieurs échelles et tests psychologiques et neuropsychologiques peuvent aider à évaluer les atteintes de ces fonctions. Celui utilisé dans le cadre de cette étude est le *Mini Mental State Examination* (MMSE) encore appelé *Test de Folstein.* Les résultats issus de la cotation de ce dernier ont montré que chacune des fonctions cognitives est susceptible d'être affectée à la suite d'un AVC.

Par ailleurs, du fait de la complexité du fonctionnement des fonctions cognitives de l'homme, plusieurs professionnels de différents domaines scientifiques peuvent intervenir dans la prise en charge des séquelles post-AVC. Si la plupart de ces professionnels sont du monde médical, d'autres par contre font partie du monde paramédical. Selon plusieurs rapports et recommandations, ces prises en charges doivent se faire dans une approche pluridisciplinaire afin d'aboutir à des résultats optimaux. Notre étude a révélé qu'au Bénin, il n'est pas rare que les patients fassent appel à des tradipraticiens. Par contre un acteur qui reste non négligeable dans cette prise en charge dans les pays avancés reste absent dans la prise en charge au Bénin. Il s'agit du psychologue/neuropsychologue. Plusieurs raisons expliquent cette constatation.

Des différentes analyses et interprétations issus des résultats de l'étude, il ressort donc que les différentes hypothèses émises au début de l'étude sont vérifiées. Il est donc vérifié que (i) les AVC ont souvent une incidence sur les fonctions

cognitives et (ii) qu'au Bénin, la prise en charge psychologique des troubles cognitifs post AVC est relativement faible.

Ces constats nous amènent alors à nous demander quelles sont les actions à mener pour non seulement donner aux psychologues la place qui est la leur dans la société béninoise, mais aussi afin de permettre une amélioration de la prise en charge des personnes post-AVC et d'aboutir ainsi à une amélioration de leurs qualités de vie.

Suggestions :

L'un des buts des recherches en sciences humaines est de contribuer à l'amélioration des conditions de vie des hommes. Ainsi, ce travail ne saurait être bénéfique s'il ne donne des pistes de solutions aux quelques problèmes qu'il soulève. Dans l'optique de trouver quelques solutions aux problèmes soulevés par notre étude, nous pouvons suggérer :

- Concernant la formation des Psychologues
  - Etendre la formation des Psychologues à d'autres spécialités comme la Neuropsychologie et la Psychologie Cognitive ;
  - Former les Psychologues à plus de pratique qu'aux théories, en maximisant par exemple les heures de stages et en évaluant les travaux sur le terrain ;

- Concernant les outils (tests, échelles) utilisés par les Psychologues
  - Standardiser, étalonner et contextualiser les tests et échelles psychologiques pour les rendre conforme à notre contexte socioculturel ;
  - Former les étudiants à l'utilisation de ces outils ;

- A l'endroit de la population
  - Vulgariser le concept de la Psychologie auprès de la population ;
  - Sensibiliser la population sur la nécessité de consulter des psychologues ;
  - Lutter contre la désinformation concernant les psychologues (par exemple on pense à tort que le psychologue s'occupe uniquement des psychopathologies) ;
  - Créer des cabinets de Psychologues afin de rendre accessible les soins psychologiques

- Concernant la prise en charge post-AVC :

  Ces suggestions restent les mêmes que celles de l'ANAES (2006) à savoir :
  - Prendre en charge les patients post-AVC dans des équipes spécialisées ;
  - Faire évaluer les patients par différents professionnels médicaux et paramédicaux afin de définir des objectifs communs de traitement ;

- La présence de psychologues et neuropsychologues au sein des équipes multidisciplinaires.

Références bibliographiques

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). (2002). *Recommandations pour la pratique clinique : Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral*.
- Avode, D. G., Djrolo, F., Houngbe, F., Attolou V., Avimadje, M., Addra, B., Kodjoh, N., Zohoun, T. H., Monteiro, B. (1998) Décès par affection neurologique au CNHU de Cotonou au Bénin, *Médecine d'Afrique Noire*, 43, 3.
- Balogou, A. A. K., Grunitzky, E. K., Assogba, K., Apetse, K., Kombate, D., Amouzouvi, D. (2008). Accidents vasculaires cérébraux chez le sujet jeune (15 à 45 ans) dans le service de neurologie du chu campus de Lomé. *African Journal of Neurological Sciences*. Vol. 27, N° 2
- Banque Mondiale. (2019). *Espérance de vie des hommes et des femmes à la naissance*. Sur www.donnees.banquemondiale.org
- Bejot, Y., Rouaud, O., Gentil, A., Caillier, M., Manckoundia, P., Pfitzenmeyer, P., Osseby G. V., Moreau, T. Giroud, M. (2008). Les accidents vasculaires cérébraux du sujet âgé : ce que nous a appris l'épidémiologie du sujet jeune. *Revue Neurologique*. Vol. 164, Issue 10. P. 809-814
- Bohic, N. (2012). Prévention des accidents vasculaires cérébraux et vieillissement. Impact des inégalités sociales et territoriales de santé. *Gérontologie et société*. Vol. 35/HS n° 1. P. 217-227
- Brin, F., Courrier, C., Lederle, E., Masy, V. (2004). *Dictionnaire d'Orthophonie.* Isbergues-France : L'Ortho-Édition.
- Cossi, M-J. (2012). *Charge des Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) à Cotonou (Bénin) : études originales sur l'épidémiologie, les connaissances, les expériences de la maladie et l'itinéraire thérapeutique des survivants d'AVC*. (Thèse de Doctorat, Université de Limoges). Sciences du Vivant [q-bio]. Ecole Doctorale n°523 Gay Lussac "Sciences pour l'Environnement".

- Derouesné C., Poitreneau J., Hugonot L., Kalafat M., Laurent B. (1997). Au nom du groupe de recherche sur l'évaluation cognitive (GRECO). Le Mental State Examination (MMSE) : un outil pratique pour l'évaluation de l'état cognitif des patients par le clinicien. Version française consensuelle. *Presse Méd*, 28 :1141-8
- Douguet, F., Gisquet, E., Mino, J-C. (2015). *Accidents vasculaires cérébraux : quelle médecine face à la complexité ?*. Belles lettres. Coll. Médecine & sciences humaines.
- Eustache F., Faure S., Desgranges B. (2013). *Manuel de neuropsychologie*. Dunod, 4e edition.
- Flamand, C., *L'aphasie en phase aiguë de l'accident vasculaire cérébral : Nouvelles données, outils d'évaluation et perspectives : deuxième partie : retour d'expérience de recherche.* Neurosciences [q-bio.NC]. Université Pierre et Marie Curie –Paris VI, 2015.
- Foyan Nganmini, M. E., (2017). *Evaluation du Sur risque d'Accident vasculaire cérébral ischémique en sortie d'hospitalisation selon les âges : Etude cas croisés de la population générale française entre 2007 et 2013*. Thèse de doctorat, Université Lille 2 Droit et Santé, Lille.
- Gnonlonfoun, D. D., Adjien, K. C., Oussou-Nguiet, P. M., Mapoure, Y. Houinato, D., Avode, D. G. (2013). La fréquence hospitalière des affections neurologiques au CNHU de Cotonou. *Journal de la Société de Biologie Clinique*. N°018 ; 43-48
- Gnonlonfoun, D. D., Oussou-Nguiet, P. M., Diallo, L. L., Adjien, C., Avlessi, I., Goudjinou, G., Houannou, O., Houinato, D., Avode, D. G. (2014). Post-stroke cognitive disorders and associated factors in French speaking West Africa, Benin case. *Neuroscience & Medicine*, Vol 5, 32-41
- Haute Autorité de la Santé. *Accident vasculaire cérébral. Pertinence des parcours de rééducation/réadaptation après la phase initiale de l'AVC*. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2019

- Heuschling, A., Gazagnes, M.-D. Hatem, S.M. (2013). Accident vasculaire cerebral : de la prise en charge précoce à la rééducation. *Rev Med Brux*. 34 : 205-10
- Hoffmann, H. (2001). Higher cortical function deficits after stroke: an analysis of 1000 patients from a dedicated cognitive stroke registry. *Neurorehabilitation and Neural Repair*. 15, 113–127.
- Kalafat M., Hugonot-Diener L., Poitrenaud J. (2003). Standardisation et étalonnage français du « Mini Mental State » (MMS) version GRECO. *Rev Neuropsycol*, 13(2) :209-36
- Kilchherr, S., Liez, T., (2013). *Troubles psychologiques dans le contexte de l'accident vasculaire cérébral : influence sur l'indépendance fonctionnelle*. (Mémoire de Bachelor, Haute Ecole de Santé Vaud).
- Langhorne, P., Bernhardt, J., Kwakkel, G., (2011). Stroke rehabilitation. *Lancet*, Vol 377, 14, 1693-702
- Larousse. (2011). *Grand Dictionnaire de la Psychologie*
- OMS. Accident vasculaire cérébral (AVC) [Internet]. WHO. [cité 27 juin 2016]. Disponible sur : http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/fr/
- Organisation mondiale de la santé. Les 10 principales causes de mortalité [En ligne]. Genève : OMS; 2018.
- Organisation mondiale de la santé, « Vos questions les plus fréquentes : Comment l'OMS définit-elle la santé ? », sur who.*int*
- Osuntokun B. O., *Epidemiology of neurology illness in Africa*. Presentation at tropical neurology symposium. March 26, 1993. London.
- Pechenot-Paillot A., Moulin T., De Bustos Medeiros E. (2019). Troubles cognitifs post AVC chez des patients victimes d'un accident vasculaire mineur ou d'un AIT suivi en hôpital de jour de neuro vasculaire à Besançon : facteurs de risques et conséquences. *Revue Neurologique*. Vol 175
- Strong, K., Mathers, C., Bonita R. (2007). Preventing stroke: saving lives around the world. *Lancet Neurol*. Vol 6 182-7.2

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

Date de l'observation :

Patient N° ;

Age :

Sexe :

Situation Matrimoniale :

Profession ;

Niveau d'études :

Date de survenue de l'AVC :

Spécialistes consultés :

Annexe 2 : Grille d'observation

Fonctions cognitives déficitaires repérables à l'entretien

Fonctions Cognitives	**Perception**	**Attention**	**Mémoire**	**Langage**	**Activités Intellectuelles**
Observation					

Annexe 3 : MMSE

Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO)

Orientation **/ 10**

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire.
Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.
Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? _____

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posées les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

1. En quelle année sommes-nous ? ☐
2. En quelle saison ? ☐
3. En quel mois ? ☐
4. Quel jour du mois ? ☐
5. Quel jour de la semaine ? ☐

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous trouvons.

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?* ☐
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ? ☐
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?** ☐
9. Dans quelle province ou région est située ce département ? ☐
10. A quel étage sommes-nous ? ☐

Apprentissage **/ 3**

Je vais vous dire trois mots ; je vous voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

11. Cigare		Citron		Fauteuil	☐
12. Fleur	ou	Clé	ou	Tulipe	☐
13. Porte		Ballon		Canard	☐

Répéter les 3 mots.

Attention et calcul **/ 5**

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?*

14.	93	☐
15.	86	☐
16.	79	☐
17.	72	☐
18.	65	☐

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :
Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?**

Rappel **/ 3**

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ?

11. Cigare		Citron		Fauteuil	☐
12. Fleur	ou	Clé	ou	Tulipe	☐
13. Porte		Ballon		Canard	☐

Langage **/ 8**

Montrer un crayon. 22. Quel est le nom de cet objet ?* ☐
Montrer votre montre. 23. Quel est le nom de cet objet ?** ☐
24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »*** ☐

Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :
25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite, ☐
26. Pliez-la en deux, ☐
27. Et jetez-la par terre. »**** ☐

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :
28. « Faites ce qui est écrit ». ☐

Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :
29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »***** ☐

Praxies constructives **/ 1**

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander : 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ? » ☐

« FERMEZ LES YEUX »

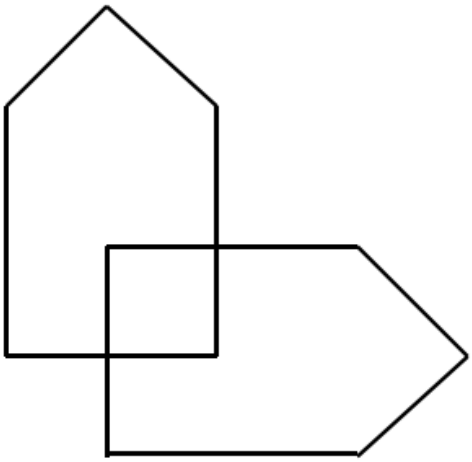


Table des matières

Introduction 9

Chapitre 1 : Cadre institutionnel et déroulement du stage 11

1.1. Description du lieu de stage 11

1.1.1. Missions 11

1.1.2. Historique 11

1.2. Déroulement du stage 13

1.2.1. Description des activités menées par le stagiaire 13

1.2.2. Acquis du stage 14

1.3. Difficultés 14

1.3.1. Difficultés externes 15

1.3.2. Difficultés internes 15

Chapitre 2 : Cadre théorique de la recherche et approche méthodologique 16

2.1. Clarification conceptuelle 16

2.1.1. Accident Vasculaire Cérébral (AVC) 16

2.1.2. Fonctions Cognitives (ou Psychologiques) 17

2.2. Revue de la littérature 17

2.3. Problématique 19

2.3.1. Hypothèses de la recherche 21

2.3.2. Objectifs 21

2.4. Méthode 21

2.4.1. Participants 21

2.4.2. Matériel 22

2.4.3. Procédure 23

Chapitre 3 : Présentation des résultats, analyse et discussion 25

3.1. Résultats 25

3.2. Discussion 29

Conclusion 32

Références bibliographiques 36

ANNEXES 39