UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI
(UAC)
--*

FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALE
(FASHS)
--*-*-*

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE
(DP)
--*-*-*-*-*

RAPPORT DE FIN DE STAGE EN PSYCHOLOGIE

OPTION : PSYCHOLOGIE CLINIQUE

SUJET :

MANIFESTATION DES TROUBLES PSYCHOLOGIQUES ET NEUROPSYCHOLOGIQUES POST-AVC CHEZ LES PATIENTS HOSPITALISES DANS LE SERVICE DE NEUROLOGIE DU CNHU-HKM COTONOU

Réalisé par :

AKAMBI Aliou

Maitre de stage :

Professeur ADJIEN

Tuteur de stage :

Dr Ferdinand S. BOTON

ANNEE ACADEMIQUE : NOVEMBRE 2021

Dédicace

Je dédie ce travail à mes parents HOUEGA Métinhoué et AKAMBI Raoufou

Remerciements

- Ce travail ne serait pas effectif sans l'accompagnement et le soutien de certaines personnes. Nous présentons nos profondes gratitudes :
- à Dr Ferdinand S. BOTON, notre tuteur de stage qui nous a accompagnés et suivi avec ses conseils et orientations précieux dans la conduite de notre stage et la rédaction de notre rapport ;
- à Dr Thierry KOUGBEAGBEDE, notre Chef du Département de Psychologie et son Adjoint Dr Modeste OGNIN, qui nous a envoyé en stage pratique pour notre professionnalisation ;
- à Tous les enseignants qui interviennent au département de Psychologie et qui n'ont ménagés aucun effort pour nous donner une formation de qualité
- au Professeur Agrégé ADJIEN notre maitre de stage pour tous ses conseils d'orientation ;
- au Professeur Titulaire HOUINATO Dismand pour nous avoir permis de faire notre stage académique dans le service de neurologie dont il a le privilège de diriger ;
- aux docteurs GOUDJINIOU, AGBLA, HOUANNOU ;
- à tous les DES et les étudiants stagiaires interne et externe de la clinique universitaire de neurologie du CNHU-HKM ;
- à mes frères AKAMBI Bissiliou, AKAMBI Kamarou, AKAMBI Aboud'Aziz et ma sœur AKAMBI Djinatou pour leurs accompagnement dans la réussite de notre stage ;
- à mes cousins AYIWAHOUN Sébastien, AYIWAHOUN Etienne, AYIWAHOUN Sossou Christian pour leurs soutiens moraux et financiers à mon égard.

Liste des abréviations

AVC	:	Accident Vasculaire Cérébral
CNHU-HKM	:	Centre National Hospitalier Universitaire-Hubert KOUTOUKOU MAGA
DES	:	Diplôme d'Etude de Spécialité
MMSE	:	Mini Mental State Examination
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
SN	:	Service de Neurologie
H	:	Hypothèse
FPAVC	:	Fatigue Post-AVC
AIT	:	Accident Ischémique Transitoire
RPP	:	RPP : Rire et Pleure Pathologique

Liste des tableaux

Tableau I : Statistique des âges 43
Tableau II : Statistique des sexes 43
Tableau III : Statistique de la prévalence des AVC 44
Tableau IV : Statistique des professions 44

Résumé

Notre rapport de fin de stage porte sur : Les manifestations Des Troubles Psychologiques et Neuropsychologique Post-AVC Chez les patients hospitalisés dans le service de neurologie du CNHU-HKM Cotonou. Notre objectif de stage est d'étudier les troubles psychologique et neuropsychologique post-AVC chez les patients hospitalisés dans le service de neurologie du CNHU-HKM Cotonou. Notre recherche est de type qualitatif. Pour y parvenir, nous avons utilisé la technique d'échantillonnage par le choix raisonné, tout en utilisant comme outil de travail l'observation et une grille d'entretien administrée à 30 patients hospitalisés dans le service. Les données recueillies suite à notre recherche nous ont permis d'affirmer qu'après un AVC, les patients hospitalisés dans le service de neurologie du CNHU-HKM Cotonou présentent effectivement les troubles psychologiques comme et les troubles du langage comme : l'aphasie de Broca, l'aphasie de Wernicke, l'aphasie mixte et la dysarthrie comme troubles neuropsychologiques. Nous recommandons que, pour une prise en charge parfaite des cas d'AVC, il faut prendre en compte surtout le traitement des troubles psychologiques au niveau des salles d'hospitalisations enfin de permettre aux patients de bien récupérer sur le plan psychologique ainsi que physique.

Mots clés : Aphasie mixte- Aphasie de Broca- Aphasie de Wernicke- Dysarthrie- Neuropsychologie

Abstract

Our report of practicum end carries on: The Psychological Unrest demonstrations and Neuropsychologique Post - AVCs At the patients hospitalized in the service of neurology of the CNHU-HKM Cotonou. Our objective of practicum is to study the unrests psychological and post - AVC neuropsychologique at the patients hospitalized in the service of neurology of the CNHU-HKM Cotonou. Our research is of qualitative type. To arrive there, we used the technique of sampling by the reasoned choice, while using like work tool the observation and a maintenance grid managed to 30 patients hospitalized in the service. The data collected following our research permitted us to affirm that after an AVC, the patients hospitalized in the service of neurology of the CNHU-HKM Cotonou present in fact the psychological unrests as and the unrests of the language as: the aphasia of Broca, the aphasia of Wernicke, the mixed aphasia and the dysarthrie as unrests neuropsychologiques. We recommend that, for a hold in charge perfected of the cases of AVC, it is necessary to take especially finally in account the psychological unrest treatment to the level of the rooms of hospitalizations to allow the patients to really recover on the psychological as well as physical plan.

Key words: Mixed aphasia - Aphasia of Broca - Aphasia of Wernicke - Dysarthrie - Neuropsychologie

Sommaire

Dédicace ii
Remerciements iii
Liste des abréviations iv
Liste des tableaux v
Résumé vi
Abstract vi
Sommaire vii
INTRODUCTION 1
CHAPITRE I : I DESCRIPTION INSTITUTIONNELLE 4
1.1 Cadre de l'étude 4
1.2. Situation géographique 4
1.3 Clinique Universitaire de Neurologie 6
CHAPITRE II : DEROULEMENT DU STAGE 8
2-1 Objectifs Du Stage 8
2-2 Rôles Assumés 8
2-3 Activités effectuées 8
2-4 Les acquis du stage 11
2-5 Les difficultés du stage 11
CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE 14
1.1 Problématique 14
1-2 Clarification conceptuelle 17
1.3 Revue de la littérature 28
CHAPITRE II : APPROCHE METHODOLOGIQUE 31
2.1 Nature de la recherche 31
2.2 Population cible 31
2-4 Recherches documentaires 32
2-5 Technique et outil De Collecte Des Données 32
2-6 Outils de traitement et technique d'analyse des données 33
2.7 Méthodes d'étude 34
CHAPITRE III : PRESENTATION DES RESULTATS ET DISCUSSIONS 35
3-1 Présentation des résultats 35
3.2 Analyse des résultats 42
3.3 Analyse statistique 43
3.4 Discussion des résultats 44
CHAPITRE IV : APPROCHES DE SOLUTION 51
CONCLUSION 54
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 55
ANNEXE 57
TABLE DES MATIERES 58

INTRODUCTION

La psychologie s'est complexifiée au fil des années et comporte maintenant plusieurs spécialisations. Parmi ces spécialisations et orientations, on peut distinguer la neuropsychologie qui étudie les conséquences d'une atteinte organique cérébrale et la psychologie clinique qui s'intéresse à toutes les dimensions émotionnelles et affectives d'une personne. Pour notre recherche, nous allons travailler sur les Accidents Vasculaires Cérébraux(AVC). Après un AVC, il est souvent utile de consulter un neuropsychologue pour certainement évaluer les conséquences de l'AVC sur les fonctions supérieures de l'individu (la mémoire, le langage, la vision, le comportement) et le psychologue clinicien car l'AVC constitue un choc psychologique intense. Cependant nous pouvons définir l'AVC comme étant un déficit neurologique de survenue brutale et d'origine vasculaire présumée. Il constitue aujourd'hui un problème de santé publique majeur. L'Organisation Mondiale de la Santé(OMS) définit l'AVC comme étant « le développement rapide des signes cliniques localisés ou globaux de dysfonctionnement cérébral avec des symptômes évoluant plus de 24 heures, pouvant conduire à la mort sans cause apparente qu'une origine ».

Les accidents vasculaires cérébraux constituent en Afrique sub-saharienne un problème majeur de santé publique de part leur incidence et leur morbimortalité. La situation actuelle du continent caractérisée par un manque de ressources humaines et matérielle dans la prise en charge des AVC ne laisse guère la place à l'optimisme.

Au Bénin, selon une étude menée par les professeurs titulaires Thierry Adoukonou, Philomène Kouna-Ndouongo et Dismand Houinato en 2016 au parakou dans le nord du Bénin, « les accidents vasculaires cérébraux constituent un véritable problème de santé publique en Afrique ».Les cas d'AVC constituent ainsi donc un problème de santé majeur pour la population béninoise et un cas d'urgence médical dans les services hospitaliers du CNHU-HKM Cotonou. Ils touchent la plupart des temps les adultes quel que soit leurs professions ou activités économiques. Les cas d'AVC sont pris en charges au Bénin pas les médecins neurologues au CNHU-HKM Cotonou. Sur le plan social, les acteurs sociaux interviennent en apportant le minimum d'assistance adéquate qu'il faut aux patients. Et sur le plan sanitaire, les agents de santé au besoin concourent ou travail en symbiose pour la récupération des patients

atteints de ses déficits neurologiques. Toutefois, ses patients ont aussi besoin d'une prise en charge psychologique vue leurs états de choc ou souvent traumatisés après les séquelles laissés par cette maladie dans leurs nouvelles vie quotidiennes.

Dans le but de permettre aux étudiants en fin de formation de licence d'acquérir des expériences sur le plan professionnel, le Département de Psychologie de l'Université d'Abomey-Calavi a programmé à leur profit, des stages d'immersion professionnelle dans la structure de leur choix et ce, pour une durée d'un mois. A cet effet, du 05 Novembre au 05 Décembre 2018, nous avons effectué un stage dans le Service de Neurologie du CNHU-HKM Cotonou. Au cours de ce stage, nous sommes restés dans les salles d'hospitalisation vue notre option qui est Psychologie Clinique.

En effet, ce stage a été d'une utilité très capitale pour nous en raison des connaissances acquises. Notons qu'il nous a permis de vivre les réalités de la vie professionnelle. Au cours dudit stage à la Clinique de Neurologie du CNHU-HKM, nous avons été considérés et respectés (ce qui a été réciproque) à juste titre qu'un agent du personnel. Ce qui nous a facilité la tâche qu'est de mener une réflexion critique et scientifique sur un sujet intitulé : *« Manifestation des troubles psychologiques et neuropsychologiques post-AVC chez les patients hospitalisés dans le Service de Neurologie du CNHU-HKM Cotonou* » en vue de la conception et de la rédaction d'un mini mémoire précédé d'un rapport de stage.

Au terme de notre stage pratique, nous venons par ce présent document de rapport, restitué nos expériences, activités effectuées et réflexion menée. Ce travail de restitution est structuré suivant deux temps : dans un premier temps, nous allons effectuer une description institutionnelle du CNHU-HKM suivi du bilan de notre stage et dans un second temps, produire une réflexion critique sur la pratique observée par le biais de notre thématique contextualisés avec des démarches méthodologiques scientifiques appropriées afin d'apporter des suggestions ou approches de solutions évidentes.

PREMIERE PARTIE :

DESCRIPTION INSTITUTIONNELLE ET BILAN DU STAGE

CHAPITRE I : I DESCRIPTION INSTITUTIONNELLE

1.1 Cadre de l'étude

1.1.1 Présentation du milieu d'étude

Le site de notre étude est le CNHU-HKM de Cotonou.

- **Historique**

Le CNHU a été créé le 30 Octobre 1962 par la loi N°6236 du 30 Octobre 1962 pour une capacité de 350 lits grâce au financement du gouvernement français. Cet hôpital nommé: "hôpital des 350 lits" devient Centre National Hospitalier par décret N°465/PR/MSPAS du 21 décembre 1973 et par le décret N°73-08 du 10 janvier 1976, il fut transformé en Centre National Hospitalier Universitaire suite à la création de la FSS en 1972. Il fut baptisé CNHU-HKM en mémoire de feu Hubert Koudougou Maga, premier Président de la République du Dahomey.

1.2. Situation géographique

Situé dans la commune de Cotonou, Capitale économique du Bénin, le CNHU - HKM s'étend sur une superficie de 10 hectares avec une capacité de 652 lits dont 581 disponibles. Il est limité au Sud par la Présidence de la République de laquelle il est séparé par l'avenue Jean-Paul II, au Nord et à l'Est par le camp militaire Guézo, à l'Ouest par le Ministère de la défense, l'INES, la Faculté des Sciences de la Santé (FSS) et l'Institut des Sciences Biomédicales Appliquées (ISBA). L'effectif total en personnel en 2014 est de 992 repartis selon les catégories suivantes : 75 médecins, 279 infirmiers, 33 sages-femmes, 70 aides-soignants, 154 personnels administratifs et 381 autres personnels.

1.2.1. Missions

Le CNHU-HKM offre des soins de référence ne pouvant être dispensés dans les autres centres de santé. Il est également la principale formation sanitaire de notre pays ; c'est un centre de soins, de recherche et de formation des agents de santé de toutes catégories. Il mène aussi des actions sociales.

Le CNHU comporte plusieurs cliniques Universitaires que sont :

- La clinique de médecine interne ;
- La clinique de rhumatologie ;

- La clinique de néphrologie ;
- La clinique d'hémodialyse ;
- La clinique de neurologie ;
- La clinique d'hépato-gastro-entérologie ;
- La clinique d'endocrinologie et de maladies métaboliques ;
- La clinique universitaire d'accueil des urgences ;
- La clinique de psychiatrie ;
- La clinique de cardiologie;
- La clinique de dermatologie- vénérologie MST/SIDA ;
- La clinique de médecine externe ;
- La clinique d'ophtalmologie ;
- La clinique d'Oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale ;
- La clinique de chirurgie urologique ;
- La clinique de chirurgie viscérale A et B ;
- La clinique de chirurgie pédiatrique ;
- La clinique universitaire de traumatologie, d'orthopédie et de chirurgie réparatrice ;
- La clinique de pédiatrie et de génétique Médicale ;
- La clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique.

Par ailleurs, le CNHU comporte aussi :

- Un service des maladies du sang ;
- Un service médical du personnel ;
- Les services chirurgicaux communs ;
- Le service de consultations de chirurgie et de pansements ;
- Un service d'Odontostomatologie ;
- Le centre d'appareillage et d'orthopédie ;
- Un service d'imagerie médicale ;
- Un service de biochimie ;
- Un service d'hématologie ;
- Un service de microbiologie ;

- Un service d'Immunologie-Hématologie ou Banque de sang ;
- Un service hospitalo-universitaire de pharmacie ;
- Un service de rééducation et Réadaptation Fonctionnelle ;
- Un service d'hygiène hospitalière ;
- Un service polyvalent d'Anesthésie-Réanimation ;
- Un service social.

1.2.2. Champs de l'étude

Notre étude s'est déroulée dans la clinique de neurologie du CNHU-HKM.

1.3 Clinique Universitaire de Neurologie

La Clinique Universitaire de Neurologie est dirigée par le Professeur HOUINATO Dismand, Professeur Titulaire de Neurologie à la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou. Ce service reçoit et traite les patients souffrant d'affections neurologiques.

- **Situation géographique**

Le service d'hospitalisation de la neurologie est limité:

- Au Nord par le service de la Néonatologie et le service Universitaire de la Gynécologie Obstétrique ;
- Au Sud par le service hospitalier de la Pédiatrie ;
- A l'Est par le service de la Néphrologie ;
- A l'Ouest par le service de la Traumatologie.

- **Infrastructures :**

On y retrouve les secteurs et infrastructures suivantes :

- 3 salles d'hospitalisation au sein du pavillon de médecine et comportant 15 lits ;
- 1 salle de consultation ;
- 1 salle d'explorations fonctionnelles neurologiques qui dispose d'un équipement comprenant des appareils numérisés d'EEG fixes avec vidéo, d'EEG portables, d'EMG, de potentiels évoqués auditifs (PEA), visuels (PEV) ;
- Les bureaux des Médecins ;
- 1 secrétariat.

- **Le personnel:**

- 04 médecins neurologues dont un Professeur Titulaire, deux Maîtres de conférences Agrégés et un Praticien Hospitalier ;
- Sept (07) infirmiers et infirmières dont le surveillant général ;
- Deux (02) aide- soignants ;
- Une secrétaire ;
- Un agent d'entretien.

- **Les activités :**

Les principales activités de la clinique universitaire de Neurologie sont :

- Les consultations ;
- L'hospitalisation des cas sévères ;
- Les actes Médico-techniques tels que l'EEG, l'EMG ;
- Des activités de recherche scientifique ;
- La formation pratique des étudiants en médecine et des Médecins en spécialité.

- **Organisation du service :**

Le service de neurologie fonctionne 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 avec des permanences et des gardes assurées par l'ensemble du personnel constitué de:

- Professeur Titulaire HOUINATO Dismand : Chef service ;
- Maître de Conférences Agrégé ADJIEN ;
- Maître de Conférences Agrégé GNONLONFOUN ;
- Docteur GOUDJINOU Gérald ;
- D.E.S de Neurologie ;
- Surveillant du service ;
- Six (06) Infirmiers Diplômés d'Etat ;
- Six (03) aides-soignants.

En plus de ce personnel, le service de neurologie reçoit pour les stages des médecins stagiaires pour l'obtention du Diplôme d'Etudes Spéciales (DES), des étudiants en 6^{ème,} 4ème et 2ème année de médecine à la Faculté des Sciences de la Santé (FSS), les étudiants de la 3éme année de l'Ecole Supérieure des Infirmiers et Infirmières d'Etat de l'Institut National Médico-Sanitaire (INMES) de Cotonou et les étudiants en 3ème année de Psychologie Clinique.

CHAPITRE II : DEROULEMENT DU STAGE

L'organisation et le fonctionnement du CNHU- HKM de Cotonou et de notre site ainsi décrits nous amènent à aborder les objectifs de notre stage, le rôle que nous avons assumé en tant que stagiaire, les activités que nous avons menées et ce que nous avons appris durant chaque semaine de notre stage en tant que psychologue.

2-1 Objectifs Du Stage

Dans notre projet de recherche de stage, nous nous sommes fixés des objectifs qui sont de :

- Découvrir le métier de psychologue ;
- Connaître les réalités du terrain ;
- Pratiquer les connaissances théoriques acquises ;
- Acquérir de nouvelles connaissances par la pratique des expériences professionnelles.

2-2Rôles Assumés

Pendant notre période de stage, nous avons eu à jouer les rôles d'apprenti Assistant psychologue

2-3 Activités effectuées

Nous avons commencé notre stage le **lundi 05 novembre 2018**. Dès notre premier jour et durant toute la **1ère semaine**, nous travaillions en groupe et en équipe constituée des étudiants stagiaires internes et externe et sous la supervision des docteurs en spécialité de neurologie ainsi que les médecins neurologues. Le travail en équipe se fait par la présentation des dossiers médicaux des patients hospitalisés par les étudiants stagiaires internes au cours de la visite médicale. Notre travail a consisté à suivre la lecture du dossier médical du patient et à relever à chaque fois les troubles neuropsychologiques que présentent ces patients. Nous observons les signes cliniques sur les patients suite à des examens neurologiques et cela sous la supervision des docteurs spécialistes. Durant toute cette semaine nous n'avons eu que des cas d'AVC avec des déficits moteurs dans le service. Apres la visite médicale, nous avons

accompagné les docteurs dans le service des urgences pour vérifier s'il ya des cas d'AVC pour les transférer dans notre service d'hospitalisation.

Notre travail en tant que psychologue durant cette semaine a consisté à observer les patients dans leurs lits lors des examens neurologiques, de la présentation du dossier médical de ces derniers et à relever à chaque fois sous la supervision des docteurs spécialistes les troubles neuropsychologiques que ceux-ci présentent. Nous avons eu à apprendre au cours de cette semaine certaine notion de la neurologie tels que : les parésies, les hémiplégies, les paraplégies, tétraplégies, le syndrome pyramidal, le syndrome méningé, etc.… Ce qui nous a permis de mieux nous aguerrir pour la semaine à suivre.

Dans la **deuxième semaine**, le stage a été bien fluide. Nous avons continué avec les visites médicales dirigées. Notre travail au cours de la visite n'a pas changé. Après la visite nous assistons les étudiants stagiaires externes dans l'exécution des consignes données suite à la visite médicale. Ces consignes consistent pour la plus part des temps à retirer les bons d'analyses, les résultats d'analyse et les recopier dans les dossiers médicaux, aller négocier des rendez-vous pour des séances de kinésithérapie pour les patients déficitaires, des rendez-vous pour la rééducation orthophonique. Cela nous a permis de mieux connaitre certains services du CNHU-HKM. Nous avons également durant cette semaine assisté les étudiants stagiaires internes pour la rédaction d'un dossier médical afin de savoir les grandes lignes qu'ils respectent et comment ils arrivent.

En tant que psychologue, durant cette semaine nous avons apporté un soutien psychologique aux patients en détresse, déprimé sur leur lit d'hospitalisation et qui ont une grande peur de leur état de santé. Nous avons également apporté du soutien psychologique aux patients dans le cas où il est préconisé la pause d'une sonde naso-gastrique en cas de troubles de la déglutition puisque pour eux c'est quelque chose de nouveau ou juste un corps vraiment étranger.

Ensuite, dans la **troisième semaine**, notre stage s'est reposé beaucoup plus sur le traitement des patients, leur prise en charge pluridisciplinaire. Les activités n'ont pas changées. On faisait toujours la visite médicale. Cette visite est dirigée beaucoup plus pas des D.E.S et par moment par les médecins spécialiste de neurologie. Durant cette

semaine, nous avons appris comment faire l'anamnèse d'un dossier, comment poser les questions pour avoir les réponses exactes par rapport à l'histoire d'une malade et comment reconstitué cette histoire. Nous avons également appris certaines notions médicales en rapport à un AVC, comment suivre la température et la tension artérielle des patients ayant une fièvre au cours de leurs séjours dans la maladie. Notre travail en tant que psychologue a consisté à apporter un soutien psychologique aux patients qui ont une bonne progression depuis leur hospitalisation, ceux qui n'arrivaient à contrôler leurs besoins sphinctériens et ceux qui étaient anxieux après que la visite médicale ait terminée. Nous avons aussi accordé un soutien psychologique intégral à un patient ayant fait une crise épileptique suite à une électrocution sur son lieu de travail. Ayant conscient des dangers qu'il court, nous lui avons accordé tout notre temps tout en le soutenant psychologiquement et orienter suite a notre entretien a un psychologue spécialiste afin d'éviter qu'il soit confronté à un Etat de Stress Post-traumatique après qu'il ait subit sont traitement médicale et rentrer chez lui. Cette semaine a été couronnée aussi par la rencontre de notre tuteur de stage, et nous avons pu tester notre outil de collecte des données suite à l'avis du professeur ADJIEN.

En ce qui concerne la **quatrième semaine** de notre stage, nous avons toujours continué à travailler selon les principes et règles du service. Nous faisons comme d'habitudes la visite médicale en équipe, exécutait les consignes après la visite. Au cours de cette semaine nous avons à faire l'exéat de plusieurs patients ce qui nous a permis d'apprendre comment se faire l'exéat d'un patient suite à son hospitalisation, comment s'entretenir avec les parents ou les gardes malades à propos de cela. Notre travail en tant que psychologue a consisté à administrer à un patient ayant un lombago et avait des antécédents d'un AVC ischémique le test du MMSE suite à la demande de l'un de nos DES. Nous avons aussi aidé l'un de nos DES dans la prise en charge médicale urgente d'un patient qui a fait une crise convulsive avec altération de conscience et ayant également un faible apport en oxygène après avoir vérifié sa saturation avec le saturomètre. Il a été mis ensuite sous oxygène.

Enfin la **cinquième semaine** et la dernière de notre stage académique a été un peu particulière. Cependant, les activités n'ont pas changées. Les visites médicales se font en équipe mais cette fois en absence des DES puisque ces derniers étaient pris par

les compositions. Au cours de cette semaine nous avons eu à faire la sortie des patients bien rétablis, négocier des places d'hospitalisations en kinésithérapie pour ceux qui habitent loin mais voudraient rester au CNHU-HKM pour continuer leurs séances de rééducation. Lors des visites nous avons eu comme travail de remplir le cahier de consigne, allé chercher les résultats des bilans demandés, négocier des rendez-vous pour des consultations cardiologiques avec les étudiants stagiaires internes pour les patients. Au cours de la négociation des rendez-vous en cardiologie, nous avons rencontré l'un de nos anciens patients qui était bien anxieux et stressé. Nous avons été sollicités pour lui accorder quelques minutes enfin de savoir ce qui lui cause problème ; ce qui a été fait avec succès et sans complexe. Nous étions partis rencontrer notre tuteur de stage pour d'éventuelles observations pour l'évolution de notre recherche sur le site de stage.

2-4 Les acquis du stage

Ce stage d'un (1) mois (05 Novembre au 05 Décembre 2018), nous a permis de mettre en pratique certaines connaissances théoriques comme l'écoute dans les salles d'hospitalisation, de renforcer notre capacité d'observation et d'attention, et de découvrir nos limites relatives à la vie en société. Cette expérience nous a aussi permis d'acquérir de nouvelles connaissances en termes de méthodes et outils de travail. En effet, cette période d'expérimentation a été une opportunité pour nous de découvrir des stratégies et méthodes en matière d'entretien clinique, d'observation clinique, de reconstituer l'histoire d'une maladie (anamnèse), la rédaction et la présentation d'un dossier de malade, de soutien psychologique, d'accompagnement d'un patient en souffrance et de reconnaissance des pathologies psychologiques, neurologique et neuropsychologique.

2-5 Les difficultés du stage

Les premières difficultés furent l'obtention et le choix de notre sujet de recherche. Nous pensions travailler sur une thématique que nous avions en tête avant le démarrage du stage, mais après plusieurs discussions avec notre maitre de stage et notre tuteur de stage, nous avons décidé de retenir comme sujet de réflexion critique, *Manifestation des troubles psychologiques et neuropsychologiques post-AVC chez les*

patients hospitalisés dans le Service de Neurologie du CNHU-HKM Cotonou. En outre, nous avions également rencontrées des difficultés d'ordre financier et des dépenses. Nous restons habituellement au lieu de stage de 07h45 à 18h30 (sans oublier la pause de 12h30 à 15h). Nous avons eu également à garder deux fois pendant notre stage.

DEUXIEME PARTIE :

REFLEXION CRITIQUE

CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE

Dans ce chapitre, il sera question d'un bref rapport des littératures relatives au sujet traité dont la problématique, clarification conceptuelle, la revue de littérature, tout ce qui concernera les notions empiriques de la thématique abordée par ce présent document.

1.1 Problématique

Les accidents vasculaires cérébraux représentent la seconde cause de mortalité dans les pays industrialisés, la première cause de handicap physique et la seconde cause de démence chez l'adulte. Selon Marie-Joëlle Cossi (2012) on note une fréquence importante des dépressions post AVC (50% des cas) et un coût socio économique considérable puisque moins de 20% des patients reprennent un travail.

Marie-Germaine Bousser et de Jean--Louis Mas évoquent la définition de l'AVC en mettant en exergue sa complexité. Ainsi, pour eux, «*le terme d'AVC lui--même a quelque chose de trompeur, le mot "accident" laissant à penser que c'est un événement imparable pour lequel il n'y a pas grand-chose à faire et ne suggérant absolument pas qu'il s'agit en fait de la complication brutale d'une pathologie vasculaire chronique évoluant à bas bruit depuis des années, voire des décennies» (Bousser & Mas, 2009).*

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé(OMS) l'AVC est : « *le développement rapide des signes cliniques localisés ou globaux de dysfonctionnement cérébral avec des symptômes évoluant plus de 24 heures, pouvant conduire à la mort sans cause apparente qu'une origine* ». Il peut être distingué 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. Les mécanismes de chacun, les causes et les prises en charge sont différents.

Dans le monde en général et au Bénin en particulier les cas d'AVC sont récurrentes et constituent un problème de santé majeur au niveau de la population. La prévalence des AVC au Bénin selon les professeurs Thierry Adoukonou, Philomène Kouna-Ndouongo est : « *estimée dans une étude récente à 460 pour 100.OOO*

habitants à Cotonou et ils constituent la première cause d'hospitalisation et de décès dans le service de neurologie à Cotonou ; l'absence de système de sécurité sociale, le défaut de dépistage des facteurs de risque vasculaire viennent assombrir le tableau ». Les AVC touchent la plupart des temps des adultes quelques soient leurs niveau de vie social, leurs situations économiques et professions.

Selon le professeur agrégé ADJIEN : « *la morbimotalité demeure élevée même à distance de la survenue de l'AVC et justifie que des mesures hardies soient prises pour améliorer la prise en charge des patients* ».

Etant donc une urgence médicale dans les services hospitaliers au Bénin, la prise en charge des AVC fait souvent appel à plusieurs professionnelles de la santé publique. Les médecins neurologues sont les spécialistes avérées dans l'identification des causes liées aux AVC. Ils collaborent le plus souvent avec d'autres spécialistes en cas de leurs nécessités dans la récupération des malades. Bien que les AVC constituent la deuxième cause de mortalité dans le monde, ils sont méconnues par la population béninoise et ceux-ci à cause d'une manque cruciale des campagnes de sensibilisation autour de ses dégâts sur le plan sanitaire, économique, social et professionnel. La prise en charge des cas d'AVC nécessite assez de moyens économiques. Ceux-ci constituent pour les patients et leurs familles des problèmes et un frein pour la récupération du malade. Vu le cout élevé des soins, certains patients bénéficies de la prise en charge de l'Etat béninois et d'autres non. Ceux-ci sont des agents qui travaillent pour l'Etat avant la survenue de l'AVC.

Dans le service de neurologie du CNHU-HKM Cotonou, et plus particulièrement dans les salles d'hospitalisation, les assistants sociaux ou la prise en charge sociale n'est pas effective dans l'accompagnement des patients car ces derniers existaient mais ne fonctionnent et plusieurs patients et leurs familles se plaident des aides sociales sur le plan sanitaire et économique. Sur le plan sanitaire, la prise en charge fait appel uniquement à des médecins pour le volet corporel ou physique. La prise en charge sur le plan psychologique n'est pas de constat avec une absence totale de psychologue dans les salles d'hospitalisation alors que l'AVC bien qu'ayant des conséquences sur le plan physique constitue un choc émotionnel profonde et un

traumatisme sur de longue période avec des difficultés mentales pour la reprise des activités professionnelles et de la réinsertion sociale. Il urge alors la présence des psychologues pour la prise en charge des émotions, affects post-AVC ainsi que le soutien psychologique quotidien dans le déroulement du processus de récupération ou du traitement.

Ce constat de manque de psychologue dans les salles d'hospitalisation du service de neurologie du CNHU-HKM Cotonou nous à pousser à savoir si les patients hospitalisés dans ce service après leur AVC ne présentent-ils pas des troubles psychologiques et neuropsychologiques qui doivent être identifié et prise en charge par un professionnel adéquat qui n'est autre que le psychologue. Ainsi dans le but de l'identification des troubles psychologiques et les troubles du langage comme trouble neuropsychologiques que présentent ses patients hospitalisés, nous somme amené à poser la question suivante : Quels sont les troubles psychologique et neuropsychologique post-AVC que présentent les patients hospitalisés dans le Service de Neurologie du CNHU-HKM Cotonou ?

1.1.1 Objectif général

Pour répondre à cette question, nous nous sommes fixé pour objectif général :

- Etudier les troubles psychologiques et neuropsychologiques post-AVC chez les patients hospitalisés dans le service de neurologie du CNHU-HKM.

1.1.2 Objectifs spécifiques

Nous aurons pour objectifs spécifiques dans le but de cette recherche de :

- Montrer qu'après un AVC les patients hospitalisés dans le SN du CNHU-HKM présentent des troubles psychologiques ;
- Démontrer qu'après un AVC, les patients hospitalisés dans le service de neurologie du CNHU-HKM présentent des troubles du langage comme trouble neuropsychologique.

1.1.3 Les Hypothèses

Pour venir à bout de notre recherche, nous avons émis deux hypothèses suivantes :

H1 : Après un AVC, les patients hospitalisés dans le service de neurologie du CNHU-HKM présentent des troubles sycphologiques

H2 : Les troubles du langage sont un trouble neuropsychologique post-AVC que présentent les patients hospitalisés dans le SN du CNHU-HKM

1-2 Clarification conceptuelle

1.2.1 Définition de l'AVC

L'OMS définit l'AVC comme « un développement rapide de signes cliniques focaux ou globaux des troubles des fonctions cérébrales, avec des symptômes durant 24 heures ou plus, ou conduisant à la mort, sans cause apparente autre que d'origine vasculaire. » (Chemerinski & Robinson, 2000, p. 5). La lésion du parenchyme cérébral peut être de différentes origines dont deux prédominantes : ischémique ou hémorragique. L'AVC ischémique se caractérise par une interruption de la vascularisation du cerveau causée par une occlusion en amont. Ceci entraîne une destruction du tissu cérébral, on parle à ce moment d'accident ischémique constitué ou infarctus cérébral. Les AVC ischémiques représentent 80% des AVC totaux (Zhang et al., 2011, p. 5). L'accident ischémique transitoire est à différencier de l'AVC de par la durée limitée de l'ischémie et des symptômes (ANAES, 2006, p. 15). L'AVC hémorragique se définit par la présence de sang dans le parenchyme cérébral et/ou dans les ventricules (hémorragie intracérébrale) ou encore dans l'espace sous-arachnoïdien (hémorragie méningée) due à la rupture d'un vaisseau ou d'un anévrisme (Uchino,Pary 3 & Grotta, 2009, p. 109).

L'AVC a une symptomatologie très hétérogène qui dépend de la taille et du site de la lésion. Il touche au système moteur, sensoriel, cognitif et a des conséquences psychologiques et neuropsychologiques. La récupération est en partie spontanée grâce à plusieurs phénomènes, comme la restauration de certains tissus endommagés ou la réorganisation du tissu sain adjacent (Langhorne, Bernhardt & Kwakkel, 2011, p. 1693). En moyenne 40 % des patients victimes présentent des déficits fonctionnels

modérés et 15 à 30 % un handicap sévère (Duncan et al., 2005, p. e100). Les facteurs de risque associés le plus significativement aux AVC sont l'hypertension artérielle, le tabagisme, l'obésité, les troubles cardiaques, le manque d'activités physiques, le diabète, la consommation d'alcool, le stress et la dépression (O'Donnell et al., 2010, p. 112).

1.2.2 Définition des terminologies des troubles psychologiques

Les troubles psychologiques sont un aspect important de la prise en charge de l'AVC, leur prévalence peut aller de 20 à 60% selon la symptomatologie (Carota, Dieguez & Bogousslavsky, 2005, p. 235).

La terminologie utilisée dans le cadre de l'étude des troubles psychologiques consécutifs à l'AVC est issue de deux domaines différents, la psychologie et la neurologie. Nous avons observé que les psychologues définissent les troubles psychologiques en se référant entre autres aux critères du DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5ème édition), alors que les neurologues seraient plutôt dans une approche psychopathologique, c'est à dire qu'ils font l'étude des causes et des processus d'apparition des troubles (Portail Terminologique de Santé [PTS], 2012). Nous avons eu de la difficulté à regrouper ces troubles psychologiques sous une même terminologie et nous n'avons pas voulu faire un amalgame de deux nomenclatures différentes. C'est pourquoi, nous avons choisis de traiter les troubles psychologiques dans le contexte de l'AVC en respectant ces deux points de vue.

La liste des troubles psychologiques que nous allons décrire n'est pas exhaustive mais elle regroupe cependant ceux qui sont le plus fréquemment rencontrés en clinique et dans la littérature actuelle. Leur origine provient de l'interaction complexe entre des facteurs neurobiologiques, situationnels et les prédispositions personnelles (Bruggiman & Annoni, 2007, p. 407).

1.2.2.1 Troubles psychologiques dans le conexte de l'AVC

Trouble de l'humeur

- **Trouble dépressif**

La dépression est l'un des troubles psychologiques les plus communément rencontrés après un AVC (Chemerinski & Robinson, 2000, p. 5). En effet, environ 40 % des patients souffrent d'une dépression majeure ou mineure consécutive à l'AVC durant les 12 premiers mois (Bour et al., 2009, p. 1139).

Selon Chemerinski & Robinson (2000), la durée moyenne de la dépression majeure est de 34 semaines, alors que la durée moyenne de la dépression mineure n'est que de 13 semaines. La plupart des dépressions majeures se résolvent durant la première année de suivi (p.7). Au contraire, selon 5Donellan, Hickey, Hevey & O'Neill (2009), la dépression, présente chez 15% des patients un mois après l'AVC, évolue peu durant la première année. En effet, à un an, 17% des patients présentent une dépression (p. 1291).

Le diagnostic de dépression post-AVC peut se faire sur la base du DSM-IV selon l'observation clinique du patient et de ses comportements. Selon le DSM-V, la dépression majeure est caractérisée par la présence d'une humeur dépressive ou d'apathie pendant deux semaines au minimum, accompagnée d'au moins 4 des symptômes suivants : diminution ou augmentation de l'appétit ou du poids, insomnie ou hypersomnie, agitation ou ralentissement psychomoteur, perte d'énergie, sentiment de dévalorisation ou de culpabilité inappropriée, perte de concentration et idées suicidaires récurrentes. La dépression mineure est caractérisée par la présence de 3 à 4 des symptômes ci-dessus (Chemerinski & Robinson, 2000, p. 7). Selon Gainotti et al. (1997), certains symptômes sont typiques de la dépression post-AVC : l'inquiétude de la récidive, la diminution de l'appétit, l'apathie, le ralentissement psychomoteur et la diminution de l'estime de soi. Ces symptômes sont qualifiés de « réactifs » car ils apparaissent en réaction à la maladie et au handicap, et fluctuent au cours de la journée et en fonction des événements.

Les causes de la dépression post-AVC sont multiples. Dans la littérature, il est fréquent de rencontrer le terme dépression vasculaire ou dépression endogène, pour caractériser la dépression post-AVC supposée avoir pour origine des lésions

cérébrales. Si la cause n'est considérée comme lésionnelle, la dépression peut aussi être appelée dépression réactionnelle. Actuellement, le degré de responsabilité des lésions cérébrales dans la dépression post-AVC est discuté. Certaines études ont essayé d'identifier les régions cérébrales impliquées dans le développement de la dépression post-AVC. Les régions limbiques et paralympiques (hippocampe, noyau amygdalien, noyaux du télencéphale basal), devraient être atteintes car ce sont elles qui règlent les processus émotionnels. Les noyaux de la base ont aussi un rôle central dans l'humeur dépressive car ils sont responsables de l'initiation et de l'exécution des comportements dépressifs tels que ralentissement
Psychomoteur, passivité, et apathie. (Carota, 2002,p. 389)

Selon Robinson et al., (1997), une lésion de l'hémisphère gauche ou du pôle frontal est un facteur de risque déterminant pour une dépression post-AVC (p.224). De plus, les lésions sont plus antérieures lors de dépressions majeures et plus caudales lors de dépressions mineures (Carota, 2002, p. 390)

Selon Carota (2002), la localisation de la lésion n'est pas le seul facteur à jouer un rôle dans l'apparition de la dépression. De nombreux facteurs peuvent être en partie responsables d'une dépression dans le contexte d'un AVC: les handicaps moteurs et sensitifs, les troubles du comportement, la fatigue, la perte d'autonomie, ainsi que l'adaptation psychologique à la maladie et à ses conséquences sociales, comme perte d'autonomie, de l'activité professionnelle et l'isolement.

Plusieurs éléments socio psychologiques s'associent également à l'AVC et peuvent favoriser l'humeur dépressive : les changements dans la vie conjugale et familiale dus au handicap, la diminution de l'aptitude à travailler, la perte de réseau social. Ces facteurs sont individuels et différents pour chaque patient, ce qui explique la variabilité de l'expression des symptômes. Ces différences limitent la notion de corrélation anatomo-clinique, selon laquelle la dépression serait consécutive uniquement aux lésions cérébrales elles-mêmes (p. 391).

- **Manie**

« Un épisode maniaque est défini comme une période nettement délimitée d'élévation de l'humeur ou d'humeur expansive ou irritable » (American Psychiatric Association, 1996, p. 386). Il peut s'exprimer par différents symptômes comme l'insomnie, la

logorrhée, la distractibilité, l'augmentationde l'estime de soi, l'hyperactivité et l'impulsivité. (Carota et al., (2005), p. 238)

La manie est une complication rare après un AVC. Elle est observée dans seulement 1% des cas. La cause de la manie est discutée selon les auteurs. Selon Yeh et al. (2010), la cause de la manie post-AVC est lésionnelle. Les lésions se situent dans les lobes frontaux et temporaux, ainsi que dans les ganglions de la base et le thalamus. Il n'y a pas corrélation évidente entre la latéralité de la lésion et le développement de la manie (p. 301.e13-14).

Au contraire, selon Wijeratne & Malhi (2007), il n'y a pas d'évidence que la manie soit causée directement par la lésion cérébrale. Ils rapportent que certains auteurs trouvent un lien de causalité entre une lésion hémisphérique gauche et la manie, alors que d'autres auteurs ne trouvent pas de lien (p. 38).

- **Troubles anxieux**

L'anxiété post-AVC constitue le deuxième trouble le plus fréquent après la dépression chez l'AVC (Bruggiman & Annoni, 2007, p. 408). Il y a plusieurs types d'anxiété distincts dans cette population: l'anxiété généralisée, la panique, la phobie sociale, le trouble obsessionnel compulsif et le stress post-traumatique (Campbell Burton et al, 2011, p.2).

L'anxiété généralisée survient chez environ 25 % des patients (Masskulpan, Riewthong, Dajpratham & Kuptniratsaikul, 2008, p. 1596). Celle-ci se traduit par des préoccupations excessives et persistantes, des troubles du sommeil avec baisse d'énergie et une humeur irritable. Les activités de la vie quotidienne ainsi que le fonctionnement social sont mis à mal par ces symptômes (Carota, et al., 2005, p. 238). Les femmes, les jeunes patients qui ont moins de 59 ans (Barker-Collo, 2007, p. 520) et les personnes ayant des antécédents d'alcoolisme seraient plus prédisposés à développer une anxiété généralisée. La gravité des séquelles fonctionnelles n'a, quant à elle, aucun lien avec la fréquence d'apparition du trouble (Bruggiman & Annoni, 2007, p. 408).

La prévalence de l'anxiété généralisée est augmentée chez les sujets présentant une dépression post-AVC (Shimoda & Robert, 1998, p. 34 ; Carota, et al., 2005, p. 238). Il est démontré dans plusieurs études que les symptômes anxieux isolés seraient plus

observés lors d'une lésion de l'hémisphère droit alors que l'association avec la dépression post-AVC aurait pour origine une lésion hémisphérique gauche (Bruggiman & Annoni, 2007 p. 409 ; Barker-collo, 2007, p. 520). L'anxiété possède un caractère chronique. En effet, sa régression est minime dans les 2-3 années suivant l'accident (Carota, et al., 2005, p. 238. ; Bruggiman & Annoni, 2007, p. 408).

- **Troubles psychotiques**

Chez les patients AVC, la symptomatologie du trouble psychotique se traduit par des idées délirantes et des hallucinations. (Chemerinski & Robinson, 2000, p. 11; American Psychiatric Association, 1996, p. 362). Selon le dictionnaire de la psychologie, le délire se définit par une croyance ou une impression idiosyncrasique maintenue malgré le fait qu'elle soit contredite par la réalité ou l'argumentation rationnelle. La psychose est une complication rare, elle survient dans seulement 1% des cas après un AVC (Levenson, 2007, p. 40).

Selon Chemerinski et Robinson (2000), la psychose apparaît suite à une lésion frontopariétale droite et plus favorablement chez des sujets avec atrophie sous-corticale préexistante (p. 6). Selon Levenson

(2007), des hallucinations auditives ont été rapportées après des lésions du tronc cérébral (p. 39).

1.2.2.1 Psychopathologie de l'AVC

- **Apathie**

L'apathie est une diminution de motivation dans les activités (perte d'intérêt, de plaisir et d'énergie) et un manque d'initiative (manque de concentration et indécisions). Sa fréquence à la suite d'un AVC est de 20-25% (Jorge, Starkstein & Robinson,

2011, p. 350). Les patients apathiques ont une mauvaise compréhension de leurs problèmes et des difficultés dans les activités de la vie quotidienne. Les facteurs de risques liés à l'apathie sont une hémorragie cérébrale, un faible niveau d'éducation, un âge avancé et des lésions touchant l'hémisphère droit (Caiero, Ferro & Figueira, 2012, p. 295).

L'apathie chez le patient AVC est souvent décrite comme un sous-syndrome de la dépression post-AVC (Hama et al., 2011, p. 68). Malgré le fait que l'apathie et la

dépression soient souvent liées, de nombreux auteurs les distinguent comme deux troubles différents qui doivent être pris en charge séparément (Santa et al., 2008, p. 322). Cependant, un diagnostic différentiel peut être réalisé grâce à l'évaluation de l'état affectif qui est diminué chez le patient apathique (Lebert, 2004, p. 176). Une des échelles communément utilisée est « l'échelle d'évaluation de l'apathie » mise au point en 1991 par Marin, Biedrzycki & Firinciogullari. Elle est remplie par le patient (AES-S), son entourage (AES-I) et le thérapeute (AES-C). Ces trois versions ont un contenu identique mais la version pour le thérapeute contient des items supplémentaires. Ils sont évalués au moyen d'un entretien semi-structuré pour ce qui a attrait au non verbal et à l'émotionnel des quatre semaines précédentes (Derouesné, 2004, e. 2 ; Olla & Bottéro, 2000, p. 23).

Les zones cérébrales impliquées dans l'apathie sont encore discutées à ce jour. La dépression majeure serait liée à une atteinte gauche (Robinson et al., 1997, p. 221), alors que les lésions bilatérales des ganglions de la base, du thalamus (Hama et al., 2011, p. 68) ou des lésions à prédominance droite (Caiero et al.,2012, p. 295) seraient responsables d'une composante apathique.

Par ailleurs, il n'y a pas de lien entre la sévérité de l'AVC et le trouble apathique. Les changements motivationnels ne proviennent pas d'une lésion de la boucle motrice et, malgré la similitude avec l'attitude des patients parkinsoniens, ne proviennent pas non plus d'une carence dopaminergique (Jorge et al,. 2011, p. 353). Les facteurs de risques, les localisations typiques des lésions ainsi que les échelles d'évaluation de l'apathie permettent de s'approcher d'un diagnostic.

- **Troubles de l'expression émotionnelle**

Certaines lésions cérébrales peuvent perturber le contrôle des émotions. La manifestation des émotions devient plus marquée, plus fréquente et difficile à contrôler (Levenson, 2007, p. 39). Les troubles de l'expression émotionnelle comprennent la labilité émotionnelle et les rires et pleurs pathologiques (RPP). Ces deux troubles ne sont pas différenciés dans de nombreuses études, même actuelles. Selon Morris et al. (1993), la labilité émotionnelle est synonyme de RPP, et se caractérise par des épisodes fréquents de rires et de pleurs incontrôlables, qui ne sont pas associés à un sentiment de joie ou de tristesse. Selon Carota et al. (2005), la labilité émotionnelle est

à différencier des rires et pleurs pathologiques. Les RPP apparaissent suite à des stimuli anodins, face auxquels la réaction émotionnelle est inadéquate, disproportionnée et incontrôlée. Leur apparition est involontaire, le patient ne ressent pas l'émotion qu'il exprime. Au contraire, dans la labilité émotionnelle, les sujets ressentent l'émotion adéquate en fonction du stimulus, mais sont incapables de contrôler leurs émotions. La prévalence des RPP est de 7% dans les premiers jours post-AVC, et de 25% à 6 mois. Les facteurs de risque pour développer des troubles du contrôle émotionnel sont un AVC ischémique, des troubles moteurs sévères et une dysfonction cognitive. Les femmes sont également plus à risque que les hommes. La labilité émotionnelle constitue un facteur qui favorise le développement d'une dépression. (Carota et al., 2005, p. 239).

Selon Morris et al. (1993), la labilité émotionnelle est plus présente chez les sujets avec une atteinte frontale gauche ou temporale. Selon Carota et al. (2005), les causes neuroanatomiques des troubles du contrôle émotionnel ont été plus étudiées pour les RPP que pour la labilité émotionnelle. Les structures pontiques et du mésencéphale sont impliqués dans le développement des RPP. Des changements psycho-sociaux sont consécutifs au développement de ces troubles. En effet, ils peuvent générer une détresse importante et un isolement car les contacts sociaux sont perturbés par ces manifestations émotionnelles excessives (Carota et al., 2005, p. 239).

- **Colère**

Selon Santos et al. (2006), la colère est présente chez 35% des patients AVC en phase aigüe. Sur ce pourcentage de patients touchés, 26% présentent une colère sévère (p. 353). La colère est un phénomène d'origine multiple, qui implique des aspects développementaux, socioculturels et physiologiques. (Carota et al., 2005, p. 240). En effet la colère est probablement déclenchée par les lésions cérébrales, mais est modulée par des dimensions psychologiques et psychosociales. (Santos et al., 2006, p. 351).

La colère est une émotion interne et personnelle, qui peut varier en intensité. Selon Carota et al., 2005, la colère comprend des composantes cognitives, comme l'hostilité et l'indignation, et comportementales. Le comportement agressif se traduit

par des cris, des insultes verbales ou des agressions physiques. L'hostilité, l'agressivité et l'irritabilité sont des conséquences de la présence de l'émotion colère. La colère apparaît souvent suite à la frustration générée par le fait que le patient réalise ses déficiences. Chez les patients AVC, la colère est souvent mal contrôlée est crée des tensions et un stress pour l'équipe soignante et l'entourage. (Santos et al., 2006, p. 351). Certaines catégories de populations sont plus enclines à développer une émotion de colère : les hommes plus que les femmes, les personnes de plus de 65 ans, et les personnes qui ont fait plus de 10 ans d'études. (Santos et al., 2006, p. 355). Une lésion localisée dans les régions antérieures de l'hémisphère gauche favorise également le développement de colère. (Carota et al., 2005, p. 240).

- **Réaction de catastrophe**

La réaction de catastrophe se traduit par des explosions de frustration, de colère et de dysphorie. Cette dernière se caractérise par un sentiment de malaise, d'inconfort, d'anxiété ou d'angoisse (Dictionnaire de la psychologie, 2009). Ces manifestations peuvent apparaître subitement suite à une frustration, par exemple le fait de ne pas réussir à faire une tâche demandée. (Levenson, 2007, p. 39). La réaction de catastrophe apparaît chez les sujets avec une lésion cérébrale et est décrite comme une incapacité de l'organisme à faire face aux déficits physiques et cognitifs. La réaction de catastrophe touche 19% des patients en phase aigüe après AVC. (Chemerinski & Robinson, 2000, p. 11). Selon

Levenson (2007), il existe une association entre la dépression post-AVC et la réaction de catastrophe. La réaction de catastrophe est présente lors de lésions des ganglions de la base.

1.2.2.2 Définition des terminologies des troubles du langage comme trouble neuropsychologique dans le contexte de l'AVC

La neuropsychologie s'intéresse aux relations entre le cerveau et les fonctions intellectuelles comme le langage, la mémoire et l'attention. Les neuropsychologues prennent en charge les troubles cognitifs et comportementaux (Service de neuropsychologie et de neurorééducation, 2013). Les troubles de langage fréquentent dans le cas d'un AVC sont la plupart des temps des aphasies de Broca et Wernicke

.Dans notre recherche, nous nous concentrerons sur les aphasies qui constituent des troubles du langage que nous allons identifier étant comme trouble neuropsychologique. C'est quoi alors une aphasie ?

On parle d'aphasie quand un individu a perdu totalement ou partiellement la capacité de communiquer, c'est-à-dire de parler ou de comprendre ce qu'on lui dit. On fait une distinction entre la parole et le langage : si un individu éprouve des difficultés d'articulation, de prononciation, on dira qu'il à un **trouble de la parole** ; s'il éprouve des difficultés à choisir ses mots, à les combiner pour faire des phrases ou encore à comprendre le sens des mots, on dira plutôt qu'il a un **trouble du langage**.

L'aphasie est d'abord un trouble de langage auquel s'ajoutent souvent des difficultés de paroles ; elle entraine des perturbations tant dans l'expression que dans la compréhension du langage. Plusieurs forme du langage peuvent être touchées : la conversation, la lecture, l'écriture, etc. souvent, la personne aphasique n'arrive plus à nommer des objets, ne retrouve plus le nom des personnes qu'elle connait ; il se peut même qu'elle ne puisse répondre clairement par oui ou par non. Il se peut aussi qu'elle éprouve des difficultés à comprendre ce qu'on lui dit.

L'aphasie est un trouble acquit du langage, c'est-à-dire qu'elle survient chez un individu qui auparavant avait un langage normal ; elle se distingue ainsi des problèmes pouvant apparaître lors du développement du langage chez l'enfant.

L'aphasie est toujours liée à un dommage au cerveau dans les zones du langage, généralement situées à gauche. Ce dommage résulte le plus souvent d'un accident vasculaire cérébral(AVC), d'une tumeur cérébrale, d'un traumatisme canio-cérébral(TCC) ou même d'une infection au niveau du cerveau. L'aphasie peut survenir à tout âge, tant chez les hommes que chez les femmes, et sa fréquence augmente passé la cinquantaine, comme d'ailleurs le risque de maladie vasculaire, qui en est la principale cause.

Le cerveau est constitué de deux hémisphères : le gauche et le droit. Chez presque tous les individus droitière, les zones du langage appelées aires du langage sont situées dans l'hémisphère gauche. Deux de ses zones sont particulièrement importante : l'aire de **Broca** et l'aire de **Wernicke.** L'aire de Broca est située dans la partie antérieure du cerveau ; elle est surtout responsable du langage parlé

(expression). L'aire de Wernicke se trouve dans la partie postérieure du cerveau ; elle est surtout responsable de l'aspect réceptif du langage (compréhension). Une lésion dans l'une ou l'autre de ses zones de l'hémisphère gauche, ou encore dans une des zones proche de celle-ci, cause généralement une aphasie

Par ailleurs, une lésion à l'hémisphère, bien que ne donnant par une aphasie proprement dite, peut également entrainer certains trouble de la communication.

- **Les types d'aphasie**

Il existe plusieurs types d'aphasie. Nous pouvons citer : l'aphasie de Broca, l'aphasie de Wernicke, aphasie de condition, l'aphasie mixte, l'aphasie nominale, l'aphasie globale. En ce qui concerne notre thème, nous aurons juste à définir les aphasies de Broca, Wernicke et Mixte

- ***Aphasie de Broca***

Appelée aussi aphasie d'expression, aphasie antérieure, aphasie motrice, aphasie expressive : elle se reconnait à une réduction de l'expression, à laquelle s'ajoute habituellement un trouble arthique. L'individu parle peu lentement, cherche ses mots et peut avoir des difficultés semblable lorsqu'il essaye d'écrire. Ces difficultés ne sont pas uniquement liées au fait de devoir apprendre à écrire de la main gauche quand la main droite est paralysée, mais sont habituellement aux difficultés observées dans le langage parlé. La compréhension est généralement assez bien conservée.

- ***Aphasie de Wernicke***

Appelée aussi aphasie sensuelle, aphasie postérieure, aphasie de compréhension ou aphasie réceptive : elle se caractérise par des difficultés importantes à comprendre ce qui est dit et ce qui est écrit. La personne présentant une aphasie de Wernicke parle facilement ou même abondement. Elle fait des paraphasies et, parfois même, elle jargonne. Si elle essaie d'écrire, elle éprouve généralement les mêmes difficultés que lorsqu'elle parle. Il arrive que certaines personnes ne soient pas toujours conscientes de leurs erreurs, tout au moins dans les premiers jours qui suivent l'AVC.

- ***Aphasie mixte***

On parle d'aphasie mixte quand il y a à la fois la réduction de l'expression et des difficultés importantes de compréhension.

1.3 Revue de la littérature

Pour mieux appréhender les contours de ce sujet de recherche, il a été important de faire une revue de littératures de divers auteurs ayant abordés le sujet avant nous. Parcourant plusieurs ouvrages, documents, mémoires disponibles de plusieurs auteurs, quelques-uns ont fait offices d'appui du présent document.

Parlant de la manifestations des troubles psychologique et neuropsychologique post-AVC, il faut penser à l'identification d'une part des troubles psychologique fréquents qui se présentent suite à l'hospitalisation d'un cas d'AVC et d'autre par des troubles du langage comme trouble neuropsychologique qui se manifeste plus fréquemment suite à l'hospitalisation d'un cas d'AVC. Dans cette logique, plusieurs auteurs se sont intéressés à la question de la manifestation des troubles psychologique et neuropsychologique dans son aspect clinique.

Une revue de littérature de 2003 (Feigin, Lawes, Bennett, & Anderson, 2003) recensant 15 études en population (3 266366 patients) rapporte un âge moyen de survenue de 69,8 ans pour les hommes et 74,8 ans pour les femmes. L'incidence de l'AVC augmente considérablement avec l'âge en doublant pour chaque décennie à partir de 55 ans (Chong & Sacco, 2005).

Selon SANDRA KILCHHERR Étudiante Bachelor – Filière Physiothérapie les troubles psychologiques doivent être identifiés et pris en compte dans l'organisation de la réhabilitation post-AVC. En effet, réduire la survenue et la sévérité de ces troubles permettrait d'améliorer le niveau fonctionnel des patients.

Les conséquences psychologiques et neuropsychologique de l'AVC prennent une place importante dans la rééducation. En effet, l'impact de l'AVC sur le patient est tant d'ordre physique que psychologique (Hama, Yamashita, Yamawaki & Kurisu, 2011, p. 68).

L'AVC est la deuxième cause de mortalité dans le monde, soit 6,2 millions de personnes en 2008 (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2012). L'incidence dans les pays industrialisés varie, en fonction de l'âge et du sexe, entre 114 et 350 cas pour 100'000 personnes. La prévalence est estimée entre 1,5 et 3% en Europe (Zhang, Chapman, Plested, Jackson & Purroy, 2011, p. 4). En Suisse, 10'000 à 14'000 personnes sont victimes d'AVC par année, 3000 à 4000 décèdent suite aux complications et 1500 à 2000 personnes conservent un handicap majeur (Beer et al., 2007, p. 249). Selon Roger et al. (2012) toutes les quatre minutes une personne décède des suites d'un AVC aux Etats-Unis (p. 70). Les éléments précédents ainsi que le vieillissement de la population font de la prise en charge des AVC un impératif de santé publique (Agence nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé [ANAES], 2006, p. 15).

La prise en charge de cette pathologie, en Suisse, représente un coût global de 73'000 CHF la première année. Certains patients sont par la suite institutionnalisés et d'autres ne peuvent plus travailler. Le coût total de la prise en charge après la première année et tout au long de la vie est nommé « lifetime costs ». Il est estimé entre 100'000-150'000 CHF (Mahlera et al., 2008, p. 464).

Chez les patients victimes d'AVC, les deux premières semaines sont déterminantes pour le pronostic de récupération. Durant cette période, la probabilité d'une bonne réorganisation fonctionnelle et structurelle est favorisée par la rééducation (Beeret al., 200, p. 295). 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. 69). La prise en charge multidisciplinaire, justifiée par la diversité des handicaps engendrés, contribue à diminuer la mortalité, améliore le pronostic fonctionnel et diminue donc la durée des séjours hospitaliers des patients (Teasell, Foley, Salter, Zettler & Kruger, 2006, p.9). C'est pourquoi il est recommandé, que les patients soient rapidement pris en charge dans un service de neuroréhabilitation spécialisé (unité cérébro-vasculaire) (Beer et al.,2007, p. 294). Les critères de définition d'une unité cérébro-vasculaire comprennent un travail interdisciplinaire sans en préciser les protagonistes (Stroke Unit Trialists' Collaboration, 2009, p. 3). En effet, il n'y a pas de consensus à ce sujet.

Cependant, de manière générale, les unités cérébro-vasculaires sont composées de médecins spécialisés, d'infirmiers, d'aides-soignants, de physiothérapeutes, de logopédistes, d'ergothérapeutes et d'assistants sociaux. La société française neuro-vasculaire recommande la présence de psychologues au sein de l'équipe multidisciplinaire (ANAES, 2006, p. 69). Dans les services que nous avons fréquentés, les psychologues étaient peu présents. Le soutien psychologique était entre autre assuré par l'ensemble des thérapeutes.

CHAPITRE II : APPROCHE METHODOLOGIQUE

Méthodes et techniques d'échantillonnage

Aucun chercheur ne peut prétendre se passer de la méthodologie pour atteindre le but qu'il s'est fixé. Il lui incombe, pour cette raison, l'impérieuse tâche d'élucider la démarche méthodologique qui lui a permis de se garder de graves méprises et de stabiliser sa recherche sur une base scientifique, étalon de mesure de la validité, de la précision et de la fiabilité de l'analyse. Aussi avons-nous décidé d'expliciter notre approche méthodologique.

2.1 Nature de la recherche

D'abord, il faut affirmer que cette recherche est de nature qualitative. Nous aurons à observer les patients hospitalisés dans le service de neurologie dans le but d'identifier les troubles du langage comme troubles neuropsychologiques chez ses derniers et une grille d'entretien que nous allons adresser aux malades et aux gardes malades dans le cas ou un malade ne sera pas en mesure de communiquer avec nous.

2.2 Population cible

Une population cible est constituée généralement de l'ensemble des individus, ménages, organismes, collectivités ou autres unités identiques auxquels s'adressent les interventions dans le cadre des projets sociaux. Dans le cas de la présente recherche, nous avons deux populations cibles constituées des malades hospitalisés dans le service de neurologie du CNHU-HKM de Cotonou et les gardes malades de ses derniers en cas de nécessité. Nous pensons qu'ils sont plus habiletés à fournir les informations nécessaires pour mener à bien notre étude.

- **Technique d'échantillonnage**

Pour notre recherche nous avons décidé d'utiliser la technique d'échantillonnage par le choix raisonné pour notre première population cible qui n'est que les patients hospitalisés dans le service de neurologie du CNHU-HKM de Cotonou et pareille pour notre deuxième population cible qui n'est rien d'autre que les gardes malades qui restent habituellement avec ses malades et capable de nous fournir les

informations nécessaire sur ses derniers. Les patients qui seront entretenus et observés doivent tous répondre aux critères suivants :

- **Critères d'inclusion**

Les patients qui sont hospitalisés dans le SN et qui feront l'objet de notre recherche doivent tous :

- Faire un AVC ;
- Avoir un déficit moteur suite à l'AVC ;
- Avoir un garde malade au moins ;
- Etre hospitalisé deux semaines au moins.

- **Critères d'exclusion**

Ne feront pas partie de notre recherche tout patient qui :

- n'a pas fait un AVC ;
- fait un AVC sans déficit moteur.

2-4 Recherches documentaires

En définition nous dirons que le document est ``toute source d'information disponible à la connaissance".

Dans le cadre précis de ce travail, nous nous sommes inspirés de certains articles généraux et spécifiques ; les articles généraux et spécifiques que nous avons consultés ont trait à la problématique générale des manifestations des troubles psychologiques et neuropsychologique.

2-5 Technique et outil De Collecte Des Données

2-5-1 L'observation

C'est la première technique du chercheur. Tout part de l'observation car elle permet au chercheur d'avoir des réponses à certaines questions d'étonnement, de constater de lui-même des faits pertinents qui lui permettront d'aborder ou non un sujet. L'observation consiste donc en une accumulation plus ou mois structurée de données qui peuvent suggérer une orientation ou une idée de recherche.

De ce fait, cette technique nous a permis d'avoir notre idée de recherche, de pouvoir identifier les troubles du langage comme troubles neuropsychologique et de tomber sur notre sujet.

2-4-2 L'entretien

L'entretien est une technique de collecte de données de type qualitatif très sensible en ce qui concerne l'introduction des affects ou critiques de l'auteur de même pour son dépouillement. Il permet de vérifier l'authenticité des éléments de réponses ou les modalités de réponses apportés par l'interviewé. Certains malades et gardes malades ont été interrogés à partir d'une grille d'entretien pré-élaboré et expérimenté. Cette grille (voir annexe) a été élaboré et suivi ; sans oublier les attitudes à adopter par un chercheur qui sont : la maitrise du guide de question, le dynamisme, la neutralité etc. Il s'agit d'un entretien semi-directif (qui a duré entre 10 et 15 min) effectué avec trente (30) patients hospitalisés dans le service de neurologie du CNHU-HKM. Ce choix a été fait car, le contenu de l'entretien fera objet d'une analyse systématique.
Pour éviter d'introduire des biais dans cette recherche, les entretiens ont été transcrit au cours de l'entrevu avec les enquêtés. Il a aussi permis de produire les données nécessaires à l'exercice de la vérification des hypothèses de recherche

2-6 Outils de traitement et technique d'analyse des données

2-6-1 Outils de traitement

Le dépouillement est un ensemble d'opérations de vérification et d'épuration des questionnaires de finalisation de la codification. Dans ce contexte, il a été effectué un dépouillement manuel en raison de la taille de l'échantillon qui était 30. Les meilleurs entretiens ont été sélectionnés et ont servi de preuve dans la présentation des résultats selon les grandes axes de notre grille d'entretien. S'en est suivi les tableaux de dépouillement. Après traitement, ces données ont été insérer à partir des logiciels Word et Excel pour réaliser les tableaux et autres afin de faciliter la présentation et l'analyse.

2.6.2 Technique analyse des données

Après la présentation intégrale des résultats (propos recueillis), il sera fait ici, le lien entre objectifs, hypothèses, problématique au regard d'une approche cognitive.

Ainsi, les résultats présentés seront analysés, expliqués d'un point de vue scientifique. Pour les entrevus, il s'agit de prendre garde à ne pas interpréter les données et donc à ne pas introduire de biais. Les questions seront reprises en correspondances aux modalités des réponses collectées ainsi que la transcription en vue de la présentation et l'analyse des données.

2.7 Méthodes d'étude

En ce qui concerne notre méthode d'étude, nous avons administré la grille d'entretien aux patients hospitalisés dans le service de neurologie pour un AVC avec un déficit moteur. Pour l'administration de la grille, nous l'avons fait après que la visite médicale soit terminée et que les consignes soient exécutées. Nous sommes assurés que la visite soit terminée dans les autres services pour que les salles d'hospitalisation soient libres. Pour administrer la grille d'entretien aux patients, nous nous sommes faire assister par un stagiaire en médecine.

CHAPITRE III : PRESENTATION DES RESULTATS ET DISCUSSIONS

3-1 Présentation des résultats

En ce qui concerne les résultats, nous allons les présenter selon les hypothèses tout en tenant compte des grands axes de notre grille d'entretien.

- **Hypothèse 1 :** Après un AVC, les patients hospitalisés dans le service de neurologie du CNHU-HKM présentent des troubles psychologiques

Axe 1 : Quel type d'AVC avez-vous fait ?

La majorité des patients hospitalisés que nous avons eu à interroger ont reconnu avoir fait un AVC ischémique ou hémorragique. Dans cette population, nous avons constaté que les cas d'AVC ischémiques sont plus fréquents que les cas d'AVC hémorragiques.

Axe 2 : Depuis quand êtes-vous hospitalisé dans le service de neurologie ?

La majorité de nos patients entretenus nous ont fait comprendre qu'ils ont déjà fait plus de deux semaines, d'autre un mois et certains plus d'un mois.

Axe 3 : Arrivez-vous à vous entretenir avec vos visiteurs, votre famille ?

La majorité des gardes malades entretenu nous on fait comprendre les malades souhaitent bien communiquer avec les visiteurs et même avec leurs famille mais n'y arrivent pas et sont par moment énervé du fait qu'ils n'arrivent pas à exprimer ses pensées puisqu'il est aphasique. Cette nervosité s'exprime souvent par des gestes de découragement, le balancement des membres fonctionnels. Tel que le rapport fidèlement ces extraits de discours

« Il a souvent très envie de me parler et de dire quelque chose à ses visiteurs mais il n'arrive pas, il ne fait que secouer le bras et par moment se taper lui-même le front et détourner par moment le regard. Cela lui fait mal du fait qu'il n'arrive pas à articuler » [Extrait d'entretien de madame T, institutrice, 45 ans, 21/11/2018]

« Quand les visiteurs viennent il ne fait que sourire et lève son bras pour leur faire un geste de salutation après ça il ne dit plus rien, il ne fait que regarder mais quand ses enfants viennent il ne cesse de lever la main pour leur saluer mais il

n'arrive pas à ouvrir la bouche pour leur parler malgré que ses derniers l'obligent »
*[*Extrait d'entretien de madame D commerçante, 48 ans, 21/11/2018*]*

Axe 4 : Vous arrive-t-il d'être agressif ou agité par moment ?

Parmi les patients entretenus, la majorité des hommes sont par moment agressif ou agité et très peu parmi les femmes le sont. La plupart de ses patients sont ceux dont le déficit moteur a été partiel. Ils n'ont plus le contrôle sur eux même, ils veulent tout faire, aller dans tous les sens sans être arrêté. Le faite de vouloir les arrêter entraine une opposition entre eux et leur garde malade ce qui montre leur agressivité. D'autres par contre restent agités dans le lit, se sent irrité et ne cesse de tourner dans tous les sens dans le lit et vont jusqu'à enlever leur sonde naso-gastrique sans que leur garde malade n'arrive à rien faire. Tel que le rapport fidèlement ces extraits de discours.

«Il est très agité et agressif, il aime aller dans tous les sens, ce que nous ne lui permettons et cela l'amène à résister avec force quand on essaye de l'arrêter et le comble il ne comprend pas ce qu'on lui dit et cela nous est très difficile de le raisonner. La nuit profonde il se lève de son lit et essaye de sortir malgré qu'il ne tient pas sur ses deux membres inferieur »

*[*Extrait d'entretien du fils du patient M D., étudiant à la FSA, 26 ans, 23/11/2018*]*

« Il s'agite trop dans le lit, il ne cesse de tourner sa tête, il se sent irrité et il va même quand nous ne sommes pas là arracher sa sonde naso-gastrique et celle urinaire ce qui nous nous oblige pas moment a lui attaché la main valide pour éviter qu'il enlève les sondes »

*[*Extrait d'entretien de l'épouse du patient M K., commerçant, 47ans, 24/11/2018*]*.

Axe 5 : Vous dormez bien la nuit, restez-vous coucher toute la journée ?

Au cours de notre entretien avec les patients et surtout les gardes malades, ils nous ont confié qu'ils n'arrivent pas à dormir assez dans la nuit, leur sommeil est perturbé et cela peut être dû aux médicaments qu'ils prennent. La journée c'est le comble ils ne font que dormir et qu'ils sont même obligé de les réveiller pour leur donner à manger ou même les faits assoir pour éviter qu'ils ne passent toute la journée à dormir. D'autres par contre ne se reposent pas ou ne dorment pas dans la journée et

la nuit ils ont également un sommeil perturbé. Tel que le rapport fidèlement ces extraits de discours.

« Elle dort du matin jusqu'au soir. Je suis obligé de la réveiller par moment pour lui donner ses comprimés, le fait assoir ou le stimulé en lui faisant la kiné passive. La nuit elle ne retrouve pas vite le sommeil et cela fait que je n'arrive pas à vite dormir aussi ».

*[*Extrait d'entretien avec Mlle P. fille de la patiente T., élève en classe de 1ere, 20 ans, 27/11/2018*]*

« Dans la journée il ne se repose pas, il est agité, incohérent dans ses propos, il ne fait que parlé seul même si on cherche à engager une conversation avec lui. Dans la nuit c'est encore difficile il n'aime pas rester coucher dans le lit, il cherche à se coucher par terre ce qui nous a obligé une fois à le fait coucher sur les carreaux pour avoir la paix parce que nous ne sommes pas les seuls dans la salle d'hospitalisation, il faut pas tout temps perturbé le sommeil des autres »

*[*Extrait d'entretien avec M T. fils du patient D., licencié en génie civil, 28ans, 29/11/2018*]*

Axe 6 : Vous vous sentez envahit par la tristesse par moment ?

Parmi nos patients entretenus, d'aucun sont tristes, d'autre très triste voir même déprimé. Les gardes malades des patients entretenus nous faisait comprendre que leurs parents, époux, épouse, sœurs, frères tante, oncle sont très triste et ne restent que couché dans le lit et que pour leur enlever cette tristesse, ils causent avec eux tout en leur donnant d'espoir et leur exhortant a une conscience élevée et forte pour une meilleure récupération et ceux très rapide. Mais, malgré leurs causeries et autres, ils demeurent toujours triste. Tel que le rapport fidèlement ces extraits de discours.

« Depuis la maison et avant son admission, elle était restée triste. A notre admission j'ai constaté qu'elle s'enfonçait toujours dans la tristesse, cela m'a amené a commencé par causer avec elle, a lui donné d'espoir. Je lui faisais comprendre que c'est une situation de la vie, de ne pas s'inquiété et que grâce à Dieu elle va vite se rétablir, qu'elle n'est pas seule qu'il y a son fils et moi avec elle ainsi que les enseignants de son établissement ».

*[*Extrait d'entretien avec M P., époux de la patiente E., Enseignant, 58ans, 1/12/2018*]*

« Ma maman se sent triste tous les jours depuis son admission. Le comble c'est qu'elle n'aime pas avoir de la visite. Elle se culpabilise et reste très pensive. Je la vois déprimer et je prie Dieu qu'elle aille mieux »

[Extrait d'entretien avec M F., fils de la patiente V. 25ans, étudiant, 1/12/2018]

- **Vous sentez la fatigue par moment ?**

La majorité des patients que nous avons entretenus ont reconnu avoir une grande fatigue suite à leur accident vasculaire cérébral. D'autre nous rapport qu'ils ne sentent plus leurs poids, et qu'ils ont du mal même à se lever seul. Les gardes malades nous ont confié également qu'ils se plaident chaque fois de fatigue alors qu'ils ne font presque rien. Tel que le rapport fidèlement ces extraits de discours.

« Je sens la fatigue tous les matins quand je me réveil. Je suis fatigué de mon état et je pense que c'est Dieu qui m'a mis comme ça. Il ne m'aime pas, je suis fatigué »

[Extrait d'entretien avec le patient M H., agent au ministère de commerce, 48ans, 28/11/2018]

« Il est tout temps fatigué, quand on le fait levé du lit pour des mouvements de la kiné passive, il fait signe de fatigue et nous somme obligé de le fait recoucher sur le lit. Même quand il s'agit de le nourrir, il se plaint de la fatigue et je pense que c'est parce qu'il a des difficultés à s'assoir qu'il fait signe de ses plaints »

[Extrait d'entretien avec Mme T. épouse du patient T., institutrice, 49ans, 04/12/2018]

- **Sentez-vous seul par moment ?**

A la question de savoir si vous vous sentez seul par moment, la plupart des gardes malades que nous avons eu à entretenir nous ont fait comprendre que leurs parents ne se sentent pas seul puisqu'ils ont des visites d'amis, de la famille et les enfants qui viennent également. D'autres patients face à cette question font signe de la tête répondant ainsi qu'ils se sentent par seul. Mais nous avons eu des entretiens dans lesquels certains malades nous ont confié qu'ils se sentent seul par moment, surtout quand leurs proches les quittent par moment pour certaines courses, achats de

médicaments ou vont se reposer. En ce moment ils sont incapables de satisfaire leur besoins vitaux, ils se sentent seul dans leur lit. Tel que le rapport fidèlement ces extraits de discours.

« Non il ne se sent pas seul, nous sommes souvent avec lui. On s'échange à tour de rôle et au moins il y a toujours deux personnes avec lui. En plus il y a les membres de la famille qui viennent presque tous les jours. Notre maman est permanemment avec lui »

[Extrait d'entretien avec M. P., fils du patient D., étudiant à la FSA, 26ans, 23/11/2018]

« Je me sens seule quand mes enfants ne sont pas là, quand ils se reposent ou vont faire des courses. Je me sens incapable de faire certains mouvements et geste seule, de pouvoir seule satisfaire mes besoins vitaux et je suis obligée de les attendre. Cela me rend triste et je me sens seule en ses moments »

[Extrait d'entretien avec la patiente A., commerçante, 52ans, 10/12/2018]

- **Vous arrive-t-il d'être énervé sans que personne ne vous ait perturbé ?**

A la question de savoir si les patients s'énervent sans que personne ne les perturbent, la majorité des gardes malade nous ont tous répondu pas oui. Ils nous ont confié que leurs parents se sentent énervé car ils n'arrivent pas à accepter leur nouveau état. Eux qui autres fois étaient habitués à se suffire, à donner des ordres, à s'occuper des enfants et de la famille, se retrouvent coincé dans un lit d'hôpital avec déficit moteur et incapable de contrôler leurs besoins sphinctériens. De plus le fait qu'ils ne font plus rien leur énerve au point où ils ne répondent pas, même pas les gestes quand ils n'arrivent pas à s'exprimer. D'autres rapportent qu'ils se sentent énerver quand on les faits trop parler. Dans la journée, ils restent énerver sans que personnes ne les perturbent et vont même refuser à ce qu'on leur donne à manger, c'est avec difficulté qu'on y arrive puisque nous les blaguons comme s'ils étaient des enfants. Tel que le rapport fidèlement ces extraits de discours.

«Il devient énerver quand on lui fait trop parlé et surtout quand il reste couché dans le lit d'hospitalisation»

[Extrait d'entretien avec Mme S., épouse du patient A., Ménagère, 53 ans, 27/12/2018]

« *Il n'arrive pas à accepter son état et cela le rend très nerveux. Dans la journée il reste totalement triste et ne veut pas qu'on lui adresse la parole. C'est même avec difficulté qu'on arrive à lui donner à manger. Quand il devient nerveux il n'accepte pas qu'on lui fasse la Kiné passive* ».

[Extrait d'entretien avec Mlle P., fille de la patiente L., élève en classe de 5ieme, 18ans, 26/12/2018]

- **Avez-vous peur de votre état actuel ?**

La majorité des gardes nous ont rapporté par rapport à cette question que leur parents ont des soucis quotients et sont très pensif par rapport à leur état ce qui les amènent à avoir peur. Ils vont même leur demander et aux médecins s'ils pourront marcher correctement un jour et articuler sans difficulté les mots? Ils deviennent anxieux et pensent à leur futur et surtout à l'évolution de leurs enfants. Ils ont peur en réalité de ne pas pouvoir être là pour leur petite famille et de ne pas récupérer totalement suite à leur accident vasculaire cérébral.

- **Vous arrive-t-il de rire, de pleurer sans que personne ne vous provoque ?**

Concernant cette question de notre grille d'entretien, il nous a été rapporté par les gardes malades que leurs parents par moment font des sourires et certain geste bizarre, ils sourirent sans que personne ne leur adresse la parole ou ne leur fasse rire. La majorité de ses patients ont pleuré au moins une fois depuis leur admission. La plupart de ses gardes nous ont confié que les larmes coulent de leurs yeux sans qu'ils ne savent pourquoi et ils demeurent du cours très triste pour de rien comme ça.

- **Hypothèse 2 :** Les troubles du langage sont un trouble neuropsychologique post-AVC que présentent les patients hospitalisés dans le SN du CNHU-HKM

Suite à un accident vasculaire cérébral, apparait forcément des troubles neuropsychologiques quel que soit le type d'AVC.

Parmi ceux-ci, nous pouvons citer : **les troubles de la mémoire, les troubles du langage, la démence, les agnosies, les apraxies, les troubles de l'attention, les troubles du raisonnement, les troubles du jugement etc.**

Ici dans le cadre de notre recherche, nous nous intéressons uniquement aux troubles du langage que peuvent présenter les patients hospitalisés dans le service de neurologie après un AVC comme troubles neuropsychologiques. Pour l'identification de ses troubles, nous avons jugé utile d'utiliser les questions correspondantes aux caractéristiques personnelles de notre grille d'entretien puisque celles-ci vont nous permettre et aussi avec nos observations cliniques de savoir le trouble du langage que présente le patient lors de notre entretien avec ce dernier.

Les entretiens menés auprès de ses patients et les observations cliniques faites lors de ses entretiens nous amène à dire que :

- Les patients après un AVC, présentent presque tous (2/3 des cas) un trouble du langage. Certains patients sont aphasiques durant leur séjour dans la maladie et d'autres sont dysarthriques ou éprouvent des difficultés d'élocution c'est-à-dire parlent ou articulent avec lenteur les mots.
- La majorité des patients quelques soient le type d'AVC, ischémique ou hémorragique présentent une aphasie de Broca c'est-à-dire un trouble du langage qui affecte l'expression. Ils n'arrivent pas s'exprimer et ceux jusqu'à leur sortir du lit d'hospitalisation bien qu'il ait eu des séances avec l'Orthophoniste.
- D'autres passent de l'aphasie de Broca à une dysarthrie avant leur exéat.
- Certains à leur admission sont carrément dysarthrique, s'expriment avec difficultés, très lentement, faible et comprennent bien la question qui leur est posée. L'articulation des mots se fait avec assez de seconde et cela demande toute une attention et une concentration pour les écouter.
- Ensuite, seulement 1/3 des cas présentent une aphasie de Wernicke c'est-à-dire un trouble du langage qui affecte la compréhension de la question posée. Ce sont des patients qui la plupart du temps sont logorrhéiques et agités avec une humeur euphorique.
- Lors de notre entretien, nos observations nous ont permis de constater que la plupart des patients qui font une aphasie de Broca, une aphasie de Wernicke quel

que soit le type d'AVC sont des hommes et ceux qui ont une dysarthrie la plupart des temps sont des femmes.

3.2 Analyse des résultats

De la mise en relation des informations recueillies suite aux entretiens et observations cliniques, nous pouvons dire qu'après un accident vasculaire cérébral quel que soit le type, les patients hospitalisés dans le service de neurologie du CNHU-HKM pour un AVC présentent les troubles psychologiques présents :

- ✓ **Une dépression majeure**
- ✓ **Des troubles de sommeil**
- ✓ **La fatigue psychologique**
- ✓ **Les troubles du comportement**
- ✓ **L'anxiété généralisée**
- ✓ **La manie**
- ✓ **Trouble de l'humeur**
- ✓ **La colère**
- ✓ **L'apathie**
- ✓ **La réaction catastrophique**
- ✓ **Trouble de l'expression émotionnelle**

Nous sommes conscients de ne pas avoir identifié tous les troubles psychologiques. Ceux cités plus haut sont ceux dont notre outil de collecte nous a permis d'identifier.

En ce qui concerne les troubles du langage comme trouble neuropsychologique que présentent les patients hospitalisés dans le service de neurologie du CNHU-HKM après un AVC nous pouvons énumérer :

- L'aphasie de Broca ;
- L'aphasie de Wernicke ;
- Aphasie mixte ;
- La dysarthrie.

3.3 Analyse statistique

- **Statistique descriptive**

La population ayant fait objet de notre étude est composée de trente(30) personnes tous choisit selon les critères de sélection. Pour cette étude, nous avons sélectionné les patients sur la base de l'échantillonnage par le choix raisonné.

Sur les 30 patients entretenus, on en compte 19 hommes contre 11 femmes. Il ressort de l'analyse des données recueillies sur le terrain que l'âge moyen chez les femmes est de 53,54 ans soit 53ans tandis que du côté des hommes cette statistique est de 57,10 soit 57ans pour un âge moyen de 55ans dans la population mère.

Par ailleurs, les grandes tendances observées au niveau des caractéristiques socioprofessionnelles des patients révèlent que la population étudiée a majoritairement un bas niveau d'instruction.

L'artisanat est la profession la plus exercée par les patients.

Enfin on note au sein de cette population une prévalence des cas d'AVC Ischémique au détriment des cas d'AVC Hémorragique.

Tous ses résultats sont illustrés pas des tableaux ci- dessous

Tableau I : **Statistique des âges**

AGES	**[40 ; 50[**	**[50 ; 60[**	**[60 ; 70]**	**Total**
Effectifs	5	14	11	**30**
Centres des classes	45	55	65	**165**
Fréquence en pourcentage	16,66	46,66	36,66	**100**

Tableau II : **Statistique des sexes**

SEXE	**MASCULIN**	**FEMININ**	**TOTAL**
Effectifs	19	11	**30**
Fréquence en pourcentage	63,33	36,67	**100**

Tableau III : **Statistique de la prévalence des AVC**

AVC	**ISCHEMIQUE**	**HEMORRAGIQUE**	**TOTAL**
Effectif	23	7	**30**
Fréquence en pourcentage	76,67	23,33	**100**

Tableau IV : **Statistique des professions**

Profession	**Enseignant**	**Commerçant**	**Artisan**	**Fonctionnaire**	**Retraite**	**Total**
Effectif	2	9	7	6	5	**30**
Fréquence en pourcentage	6,66	30	23, 33	20	16,66	**100**

3.4 Discussion des résultats

Notre recherche a consisté à étudier la manifestation des troubles psychologiques et neuropsychologiques post-AVC chez les patients hospitalisés dans la clinique universitaire de neurologie de CNHU-HKM. Au cours de notre recherche, nous avons constaté que différents auteurs ont abordé ce sujet et ont trouvé des résultats impressionnants.

Nos résultats seront discutés par rapport à ceux de ses auteurs. La discussion de nos résultats se fera selon nos hypothèses de recherche.

Pour notre recherche, nous avons réussi à faire ressortir d'une part les troubles psychologiques post-AVC et d'autre part les troubles du langage fréquents suite à l'AVC comme trouble neuropsychologique.

Les troubles psychologiques sont post-AVC sont identifiés grâce aux entretiens menés auprès des patients faisant un AVC et leurs garde malade, les observations cliniques effectuées au cours de ses entretiens et la consultation du DSM-V. Ainsi nous avons pu faire ressortis comme troubles psychologiques : la Dépression, les Troubles du sommeil, les Troubles du comportement, la fatigue psychologique, l'anxiété généralisée, la manie, les troubles de l'humeur, la colère, trouble de l'expression émotionnelle l'apathie et la réaction catastrophique. Cette liste de trouble psychologique que nous venons de citer n'est pas exhaustive mais elle regroupe cependant ceux qui sont le plus fréquemment rencontré en clinique et dans la

littérature actuelle. Leur origine provient de l'interaction complexe entre les facteurs neurobiologiques, situationnels et les prédispositions personnelles (Bruggiman et Annoni, 2007, p.407)

Suite à cette recherche nous pensons que la présence de ses troubles psychologiques ci-dessus cité est due aux faits que :

- Après l'AVC et au cours de leurs hospitalisation, les patients ne reçoivent pas du soutien psychologique pouvant leur mettre à l'abri de ses troubles ;
- Les gardes malades méconnaissent la maladie et par conséquent n'arrivent pas à comprendre les malades lors de la manifestation de certains troubles. Ce qui pousse certains patients à demeurer dans la tristesse ;
- La méconnaissance de la maladie par la population et de ses facteurs à risque ;
- Le non acceptation par les patients de leur état après l'AVC ;
- Manque crucial de sensibilisation autour des questions liées à l'AVC ;
- Manque de service social dans la prise en charge des cas d'AVC ;
- L'absence de psychologue dans le service de prise en charge des patients ou au cours de l'hospitalisation des patients.

En ce qui concerne les troubles du langage comme trouble neuropsychologique nous pensons après cette recherche, qu'ils sont dus à une lésion cérébrale ou à une atteinte de certaines régions cérébrales. Les aphasies observées après l'AVC qu'il soit Ischémique ou Hémorragique sont liées à des dysfonctionnements neuronales au niveau du cerveau des patients après l'AVC.

Dans la revue de la littérature nous avons constaté que les troubles psychologiques que nous avons identifiés après un AVC font l'unanimité mais d'autre se sont ajoutés. Nous avons constaté aussi que les troubles dépressifs sont étudiés sous l'angle des troubles de l'humeur c'est-à-dire que parlant des troubles de l'humeur l'on se réfère aux troubles dépressifs. Selon la littérature la dépression est fréquente chez les patients après un AVC. La dépression est l'un des troubles psychologiques les plus communément rencontrés après un AVC (Chemerinski et Robinson, 2000, p.5). Le diagnostic de dépression post-AVC peut se faire sur la base du DSM-V selon l'observation clinique du patient et de ses comportements

Les causes de la dépression sont multiples. Dans la littérature, il est fréquent de rencontrer le terme dépression vasculaire ou dépression endogène, pour caractériser la dépression post-AVC supposée avoir pour origine des lésions cérébrales.

Selon Robinson et al.,(1997), une lésion de l'hémisphère gauche ou du pôle frontal est un facteur de risque déterminant pour une dépression post-AVC (p.224).
Pour Carota (2002), la localisation de la lésion n'est pas le seul facteur à jouer un rôle dans l'apparition de la dépression. De nombreux facteurs comme : les handicaps ou déficits moteurs et sensitifs, les troubles du comportement, la fatigue, la perte d'autonomie, l'activité professionnelle et l'isolement peuvent être en partie responsable d'une dépression dans le contexte d'un AVC.

L'anxiété post-AVC constitue le deuxième trouble psychologique le plus fréquent après la dépression (Bruggman& Annoni, 2007, p. 408). Il y a plusieurs types d'anxiété distincts dans cette population : l'anxiété généralisée, la panique, la phobie sociale, le trouble obsessionnel compulsif et le stress post-traumatique (Campbell Burton et al, 2011, p. 2)

L'anxiété généralisée survient chez environ 25% des patients (Masskulpan, Riewthong, Dajpratham& Kuptniratsaikul, 2008, p. 1596). Celle-ci se traduit par des préoccupations excessives et persistantes, des troubles du sommeil avec baisse d'énergie et une humeur irritable. Les activités de la vie quotidienne ainsi que le fonctionnement social sont mis à mal par ces symptômes (Carota, et al., 2005, p.238). Les femmes, les jeunes patients qui ont moins de 59 ans (Barker-Collo, 2007, p.520) et les personnes ayant des antécédents d'alcoolisme seraient plus prédisposés à développer une anxiété généralisée. La prévalence de l'anxiété généralisée est augmentée chez les sujets présentant une dépression post-AVC (Shimoda& Robert, 1998, p.34 ; Carota et al., 2005, p. 238)
« Un épisode maniaque est défini comme une période nettement délimitée d'élévation de l'humeur ou d'humeur expansive ou irritable » (American Psychiatric Association, 1996, p. 386). Il peut s'exprimer par différents symptômes comme l'insomnie, la logorrhée, la distractibilité, l'augmentation de l'estime de soi, l'hyperactivité et l'impulsivité. (Carota et al., (2005), p. 238)

La manie est une complication rare après un AVC. Elle est observée dans seulement 1% des cas. La cause de la manie est discutée selon les auteurs. Selon Yeh et al. (2010), la cause de la manie post-AVC est lésionnelle. Les lésions se situent dans les lobes frontaux et temporaux, ainsi que dans les ganglions de la base et le thalamus. Il n'y a pas corrélation évidente entre la latéralité de la lésion et le développement de la manie (p. 301.e13-14).

Au contraire, selon Wijeratne & Malhi (2007), il n'y a pas d'évidence que la manie soit causée directement par la lésion cérébrale. Ils rapportent que certains auteurs trouvent un lien de causalité entre une lésion hémisphérique gauche et la manie, alors que d'autres auteurs ne trouvent pas de lien (p. 38).

Selon les travaux d'Amelie Ponchel, (Fatigue post-AVC : facteurs associés et impact des troubles cognitifs et émotionnel. Médecine Humaine et Pathologie. Université du Droit et de la Santé-Lille II, 2016), dans les suites d'un AVC, les patients décrivent une fatigue de nature différente de celle qu'ils ont pu ressentir avant l'AVC. La fatigue post-AVC est pathologique, caractérisée par une perte d'énergie qui est chronique, persistante et excessive et qui a un impact sur les activités de vie quotidienne. La fatigue post-AVC est observée précocement après l'AVC, 77% des patients rapportant de tels symptômes moins d'une semaine après l'AVC. Elle est également chronique, puisque 44% des patients s'en plaignent plus de 20 jours par mois et persistante puisque 37% des patients s'en plaignent encore 6 ans après l'AVC. Enfin, elle est décrite comme l'un de leurs pires symptômes par 23à 60% des patients. Ceci reste vrai après un AVC mineur: un quart des patients victimes d'un AVC mineur rapportent que la fatigue post-AVC est l'une des conséquences les plus pénibles de l'évènement vasculaire.

Selon ses mêmes travaux, les troubles du sommeil sont fréquents après un AVC, un AIT ou une hémorragie sous-arachnoïdienne(HSA) et pourraient même constituer un facteur de risque d'AVC. Après un AVC, environ 50% des patients se plaignent de changements dans leurs habitudes de sommeil; en particulier, ils rapportent dormir plus longtemps la nuit et être plus somnolents durant la journée. Environ 30% rapportent des troubles du sommeil jusqu'à un an après l'AVC, avec une

somnolence diurne, une latence de sommeil plus importante et un sommeil non réparateur

D'après l'article « APRES UN AVC-TROUBLE DU COMPORTEMENT » publié le 29 juillet 2010 et mise à jours le 5 avril 2018, les troubles de l'humeur sont parfois présent après un AVC, pouvant induire une dépression ou à l'inverse un état euphorique. Plus souvent, on note une hyperémotivité ou une labilité émotionnelle : les personnes se plaignent alors d'une expression excessive des sentiments (pleurs faciles par exemple). Dans d'autres cas, les proches du malade témoignent d'un émoussement affectif (relative indifférence aux émotions), des conduites d'agressivité, une intolérance à la frustration ou à l'inverse une tolérance excessive à des situations considérées comme inadmissibles antérieurement à l'AVC. Ces troubles sont volontiers très invalidants pour les proches et peuvent entraver les relations sociales.

Dans la littérature et selon la brochure d'une collaboration entre Delphine Napieralski et les cliniciens CLICO, Bruxelles, juin 2008, les troubles du comportement post-AVC se manifestent pour la plus part des temps par la colère, l'agressivité, le fait que les patients ne s'empêchent de faire ou de dire quelque chose qui n'est pas socialement adéquat ou approprié à une situation, s'énervent pour un rien et de façon excessive, disproportionnée, d'avoir des gestes déplacés ou ne peuvent s'empêcher d'aborder toujours les mêmes sujets, les mêmes thèmes lors d'une conversation.

Par rapport aux troubles du langage ou les aphasies comme troubles neuropsychologiques post-AVC, plusieurs auteurs ont identifiés les mêmes troubles et les difficultés du langage que nous après les résultats de nos recherches. Ces aphasies selon la littérature sont la plus part du temps : aphasie de Broca, aphasie de Wernicke.

Selon l'article : Aphasie ou trouble de langage publié le 24 septembre 2016 sur le blog « overblog », après un AVC l'aphasie de Broca est plus fréquente chez les patients alors que l'aphasie de Wernicke est beaucoup plus rare.

Selon l'article « l'Aphasie après un AVC : la musique pour aider à retrouver la parole », publié le 2 février 2016 par le Dr Jd, l'AVC est une pathologie qui laisse souvent des séquelles plus ou moins handicapantes au plan physique. Mais il peut aussi être à l'origine d'un handicap social surtout lorsque c'est la partie gauche du

cerveau qui est touché, là où se trouve la zone de la parole. Ces troubles de la parole constituent ce qu'on appelle aphasie. L'aphasie est un trouble acquis du langage, apparaissant suite à une lésion du système nerveux central, et pouvant toucher les capacités langagières, expressives et réceptives, soit la parole, l'écriture, la compréhension et la lecture.

Le plus frappant pour la personne victime d'AVC et ses proches sont les difficultés à parler et à trouver les mots. Souvent, au décours de l'AVC, il arrive que le patient ne puisse plus du tout parler. Les jours passants et avec une prise en charge orthophonique, la parole peu ou, prou et si, malheureusement, certaines personnes récupèrent très peu, d'autre vont pouvoir retrouver une élocution compatible avec une vie sociale quasi-normale. Ce qui est important c'est de soutenir la personne aphasique qui se décourage, se met en colère devant la difficulté à se faire comprendre, qui va dire un mot pour un autre.

Nous avons constaté que dans la littérature les aphasies de Broca, Wernicke et Mixte font souvent apparence mais les cas de dysarthrie qui constituent également une difficulté d'élocution dans les cas des AVC ne sont pas trop cités.

- **Vérification des hypothèses**

Nous sommes partis de la 1ère hypothèse selon laquelle après un AVC les patients hospitalisés dans le service de neurologie de CNHU-HKM présentent des troubles psychologiques.

Les résultats obtenus sur notre site de travail nous prouve qu'après un AVC et quelque soit le type, les patients présentent des troubles psychologiques comme la dépression, l'anxiété généralisée, la manie, les troubles du sommeil, les troubles du comportement, la fatigue psychologique etc.

Partant de ses preuves, nous pouvons dire que notre première hypothèse est vérifiée

En ce qui concerne la 2ème hypothèse selon laquelle, après un AVC, les patients hospitalisés dans le service de neurologie du CNHU-HKM présentent des troubles du langage comme troubles neuropsychologique, les données obtenues sur notre site de recherche nous permets de confirmer qu'après un AVC les troubles du langage tel

que : aphasie de Broca, aphasie de Wernicke, aphasie mixte, la dysarthrie sont présentes chez ces patients avec une dominance de l'aphasie de Broca quelque soit le type d'AVC. Partant de cette confirmation, nous pouvons affirmer que l'hypothèse 2 émise est belle et bien vérifiée.

CHAPITRE IV : APPROCHES DE SOLUTION

Suite à cette recherche que nous avons éprouvée assez de difficultés à effectuer, nous sommes en mesure de proposer quelques solutions pour une prise en charge meilleure des troubles psychologiques et neuropsychologique post-AVC auprès des patients hospitalisés dans la Clinique Universitaire de Neurologie du CNHU-HKM. Selon le SIGN (2010), un neuropsychologue, présent dans chaque équipe multidisciplinaire de réhabilitation neurologique, devrait mettre en place des interventions thérapeutiques pour soulager les troubles psychologiques tels que la dépression et l'anxiété par exemple.

Nous proposons :

- Qu'il y ait forcément un psychologue ou neuropsychologue dans l'équipe médicale lors des visites médicales dans les salles d'hospitalisation en vue d'une prise en charge multidisciplinaire ;
- Qu'il y ait un soutien psychologique à l'égard des patients victimes d'un AVC lors de leur admission jusqu'à leur exeat. Ce soutien visera à accompagner les patients hospitalisés dans la Clinique Universitaire de Neurologie pour un AVC dans le processus de deuil face aux pertes multiples auxquelles ils peuvent faire face. Par exemple : les pertes d'autonomie au niveau des déplacements, de la capacité à contrôler des urines etc. ;
- La présence d'un neuropsychologue au pire des cas un psychologue qui cherchera à minimiser les risques des troubles de l'humeur à la suite d'un dépistage signes des précoce d'anxiété et de dépression ;
- Un accompagnement psychologique pour les patients dans la gestion des émotions et des comportements ;
- Qu'il y ait des semaines de sensibilisation par rapport aux AVC et leurs facteurs de risque en vue de permettre aux patients de connaitre la maladie et ses découles. Cette sensibilisation peut être faire par les étudiants en 4ème année de médecine, les étudiants stagiaire en psychologie ayant une connaissance approfondie des cas d'AVC et des notions en neurologie ou les assistants sociaux ;

- Que le service demande le recrutement d'un psychologue en vue de la gestion et la prévention des troubles psychologiques et troubles neuropsychologiques que peut présenter un patient après un AVC ;
- Qu'avant la sortie des patients qu'il est un bilan psychologique ou une évaluation psychologique à leur égard en vue de prédire ou de s'assurer de leur intégration sociale. Ce bilan ou évaluation sera fait par le psychologue du service ou par un psychiatre du service de la psychiatrie du CNHU-HKM.

➢ **Quelques pistes de recherche**

A l'issue de notre travail, nous pensons que plusieurs points mériteraient de faire l'objet de recherches futures afin de permettre une meilleure reconnaissance des troubles psychologiques et neuropsychologiques dans le contexte de l'AVC et de définir plus précisément leur impact sur la récupération des patients. Au cours de nos lectures, nous avons constaté que la durée de suivi des patients suite à l'AVC a une importance capitale dans la compréhension de l'évolution des troubles psychologiques et neuropsychologiques. Des études qui s'intéressent en profondeur et de manière plus précise au comportement évolutif des troubles psychologiques dans cette population spécifique pourraient apporter des résultats supplémentaires pour la clinique. De même, plus de précisions sur les prises en charge psychologiques et neuropsychologiques permettraient de mieux comprendre le contexte de rééducation. Selon Hadidi et al. (2009), ces réponses pourraient aider les thérapeutes dans leurs efforts pour élaborer des programmes spécifiques aux besoins du patient ayant subi un AVC (p. 161).

D'autre part, la sévérité des troubles psychologiques et neuropsychologiques devrait être approfondie car elle représente un élément important pour évaluer le niveau d'influence des troubles sur le niveau de récupération des patients. La connaissance actuelle des troubles psychologiques et neuropsychologiques dans le contexte de l'AVC pourrait être complétée. Leur définition, l'identification des facteurs qui les influencent et le diagnostic différentiel entre les troubles psychologiques et neuropsychologiques devraient être approfondis.

En outre, de futures recherches sur les stratégies de préventions et de traitements des troubles psychologiques pourraient offrir une perspective de réhabilitation plus efficiente. En effet, comme le suggère Massakulpan et al. (2008), cette prise en charge pourrait améliorer la capacité fonctionnelle et la qualité de vies des patients victimes d'AVC (p. 1600). Des études pourraient être réalisées pour évaluer quelles sont les prises en charges possibles et leur efficacité. En effet, pour que la prise en charge des troubles psychologiques et neuropsychologique ait un effet sur le succès de la réhabilitation, il faut garantir l'efficacité des interventions mises en place pour prévenir ou traiter ces troubles. Cette intervention s'inscrit notamment dans l'accompagnement de ces patients, face aux challenges importants et évolutifs auxquels ils seront confrontés tout au long de leur rééducation (Ch'Ng et al., 2008, p.1145).

CONCLUSION

De la mise en commun des informations et des résultats suite à notre recherche, nous pouvons conclure en disant qu'après un AVC les patients présente des troubles psychologiques et neuropsychologiques et que plusieurs éléments pourraient être mis en place dans les services de neuroréhabilitation ou neurologie afin d'améliorer la prise en charge des aspects psychologiques et neuropsychologique des patients victimes d'AVC. En premier lieu, les différents soignants devraient être mieux informés afin de prendre conscience de l'importance et de la prévalence de ces troubles. Ils pourraient alors les identifier plus facilement et disposer d'outils pour participer à leur prise en charge. De plus, les professionnels de la santé mentale plus formés à reconnaître et traiter ces troubles chez cette population spécifique, pourraient communiquer leurs observations plus systématiquement à l'équipe soignante. Cela favoriserait l'implication de tous les professionnels de santé dans leur rôle de conseil et de soutien au patient. La mise en place de l'ensemble de ces mesures nous semble relativement réalisable et peu coûteuse en regard des bénéfices qu'elle pourrait apporter tant en termes de coûts de la santé que d'impact sur la morbidité et la qualité de vie des patients. Nous rappelons que l'AVC est la deuxième cause de mortalité dans le monde, soit 6,2 millions de personnes en 2008 (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2012). C'est également une pathologie des personnes âgées nécessitant une prise multidisciplinaire faisant appel aux : neurologues, cardiologues, neuroradiologues, neuropsychologues, psyvhologue kinésithérapeutes, psychiatres, etc.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. ADJIEN, K.C. (Avril 2016). *Revue Neurologique (Morbimortalité des AVC au CNHU-HKM de Cotonou,* volume 172, page 165-166.

2. Adoukonou, T. Kouna-Ndouongo, P. et Houinato, D. (Juin 2010-Mai 2011). Cout direct hospitalier des accidents vasculaires cérébraux à parakou dans le nord du Bénin. Récupéré le 07/09/2019 sur http:// www.ncbi.nlm,gov.

3. American Psychiatric Association. (2004). Mini DSM-IV-TR. Critères diagnostics. Traduction française par J.-D. Guelfi et al. Paris, Masson.

4. Barlow, D.H. & Durand, V.M. (2007). *Psychopathologie, une perspective multidimensionnelle*, 2ème Ed.Bruxelles, De Boeck Université.

5. Bogousslavsky, J., Bousser M.-G., Mas J.-L. (1993). *Accidents vasculaires cérébraux*. Paris, Doin Editeurs.

6. Carota, A. Diegues, S.Bogouss.Lavsky, J. (2005*). Revue Thématique Psychol, Neuropsychiatr veil*. Vol3 num4 235-49 du service de neurologie, CHUV Lausane, Suisse.

7. 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*

8. L'AVC, de la rééducation à la réadaptation, (septembre 2013). 31ème journée d'étude de L'AIRR, Limoges. France».

9. Lafond, D.B. Papillon, R.B. Stafford, C. C. de Grandpré, F. Hubert, M.(2007). *Connaissez-vous une personne aphasique (*la Direction des communications du ministère de la santé et des services sociaux).Québec, Canada : 1075, chemin Sainte-Foy, 16eme étage.

10. Le Brass, C. (25 septembre 2O16), *6 sréééducations post-AVC, AVC, le coin des soignants.*

11. Marie-Germaine Bousser, M-G. et de Jean-Louis Mas (définition de l'AVC)

12. Ponchel, A. (2016). Fatigue post accident vasculaire cérébral. Facteurs associés et impact des troubles cognitifs et émotionnel. Médecine humaine et pathologie. Université du Droit et de la Santé-Lille II.

13. Pottier, P. (2013). Neurologie, collège National des Enseignants de Médecine Interne.

ANNEXE

Grille d'entretien

H2 : Les troubles du langage sont un trouble neuropsychologique post-AVC que présentent les patients hospitalisés dans le SN du CNHU-HKM

Caractéristiques personnelles

Nom:

Age :

Sexe :

Profession :

Situation matrimoniale :

H1 : Après un AVC, les patients hospitalisés dans le service de neurologie présentent des troubles psychologiques

(Pour le garde malade au cas où le patient présenterai des troubles du langage)

- **Quel type d'AVC avez-vous fait ?**
- **Depuis quand êtes-vous hospitalisé dans le service ?**
- **Arrivez-vous à vous entretenir avec vos visiteurs, votre famille ?**
- **Vous arrive-t-il d'être agressif ou agité par moment ?**
- **Vous dormez bien la nuit, restez-vous coucher toute la journée ?**
- **Vous vous sentez envahit par la tristesse par moment ?**
- **Vous sentez la fatigue par moment ?**
- **Sentez-vous seul par moment ?**
- **Vous arrive-t-il d'être énervé sans que personne ne vous ait perturbé ?**
- **Avez-vous peur de votre état actuel ?**
- **Vous arrive-t-il de rire, de pleurer sans que personne ne vous provoque ?**

TABLE DES MATIERES

Dédicace ii
Remerciements iii
Liste des abréviations iv
Liste des tableaux v
Résumé vi
Abstract vi
Sommaire vii
INTRODUCTION 1
CHAPITRE I : I DESCRIPTION INSTITUTIONNELLE 4
1.1 Cadre de l'étude 4
1.1.1 Présentation du milieu d'étude 4
1.2. Situation géographique 4
1.2.1. Missions 4
1.2.2. Champs de l'étude 6
1.3 Clinique Universitaire de Neurologie 6
CHAPITRE II : DEROULEMENT DU STAGE 8
2-1 Objectifs Du Stage 8
2-2 Rôles Assumés 8
2-3 Activités effectuées 8
2-4 Les acquis du stage 11
2-5 Les difficultés du stage 11
CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE 14
1.1 Problématique 14
1.1.1 Objectif général 16
1.1.2 Objectifs spécifiques 16
1.1.3 Les Hypothèses 17
H2 : Les troubles du langage sont un trouble neuropsychologique post-AVC que présentent les patients hospitalisés dans le SN du CNHU-HKM 17
1-2 Clarification conceptuelle 17
1.2.1 Définition de l'AVC 17
1.2.2 Définition des terminologies des troubles psychologiques 18

1.2.2.1 Troubles psychologiques dans le conexte de l'AVC 19
1.2.2.1 Psychopathologie de l'AVC 22
1.2.2.2 Définition des terminologies des troubles du langage comme trouble neuropsychologique dans le contexte de l'AVC 25
1.3 Revue de la littérature 28
CHAPITRE II : APPROCHE METHODOLOGIQUE 31
2.1 Nature de la recherche 31
2.2 Population cible 31
2-4 Recherches documentaires 32
2-5 Technique et outil De Collecte Des Données 32
2-5-1 L'observation 32
2-4-2 L'entretien 33
2-6 Outils de traitement et technique d'analyse des données 33
2-6-1 Outils de traitement 33
2.6.2 Technique analyse des données 33
2.7 Méthodes d'étude 34
CHAPITRE III : PRESENTATION DES RESULTATS ET DISCUSSIONS 35
3-1 Présentation des résultats 35
3.2 Analyse des résultats 42
3.3 Analyse statistique 43
Tableau I : Statistique des âges 43
Tableau II : Statistique des sexes 43
Tableau III : Statistique de la prévalence des AVC 44
Tableau IV : Statistique des professions 44
3.4 Discussion des résultats 44
CHAPITRE IV : APPROCHES DE SOLUTION 51
CONCLUSION 54
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 55
ANNEXE 57
TABLE DES MATIERES 58