UNIVERSITÉ D'ABOMEY-CALAVI
(UAC)
****
FACULTÉ DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
(FASHS)
****
DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE
(DP)
****

RAPPORT DE FIN DE STAGE

SUJET

Apport du psychologue dans la prise en charge des patients souffrant d'accidents vasculaires cérébraux au centre de santé à vocation humanitaire sainte Élisabeth de la Trinité des sœurs OCPSP d'Abomey-Calavi

Réalisé par : FANOU A. Akofa J. Laure

Maître de stage

Sœur ADJAGODO Léontine
Chef Service Rééducation Fonctionnelle

Sous la direction de

Dr. Michel MEHINTO
Psychologue Clinicien Praticien
Enseignant chercheur à l'UAC

Membres du jury

Président de jury

Dr. Michel MEHINTO
Psychologue Clinicien Praticien, Enseignant chercheur à l'UAC

Examinateur

Dr Aristide AKOVOWANOU

Enseignant chercheur à l'UAC

Membre

Alabi Mahommed BISSIRIOU

Enseignant chercheur à l'UAC

Mention : Très Bien

Soutenu : le 29 Février 2024

Année Académique : 2023-2024

SOMMAIRE

IN MEMORIUM…..3
DEDICACES ……..4
REMERCIEMENTS 5
2LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES 6
LISTE DES GRAPHIQUES ET TABLEAU..... 7
RESUME..... 8
ABSTRACT 8
INTRODUCTION..... 9
PREMIERE PARTIE : LIEU DE STAGE……11
CHAPITRE 1 : CADRE INSTITUTIONNEL DU STAGE 12
CHAPITRE II : DÉROULEMENT DU STAGE 14
DEUXIEME PARTIE : RÉFLEXION CRITIQUE……..16
CHAPITRE III : CADRE THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE 17
CHAPITRE IV : PRESENTATION, INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS DE LA RECHERCHE..... 32
CHAPITRE V : L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE DES PATIENTS SOUFFRANT D' AVC 44
CONCLUSION 46
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 48

IN MEMORIUM

En mémoire de George FANOU, mon père et de NOUMON Blandine, ma mère

Dédicaces

À

Mon époux Serge Sotima DOKO

Mes enfants Deo Gracias, Pavlov, Béni et David

Remerciements

Ce rapport de stage ne saurait être achevé sans l'apport inestimable de différentes personnes qui ont manifesté leur soutien. A cet égard, je tiens à exprimer ma profonde gratitude à :

- Dr Michel MEHINTO, Maitre – Assistant des universités de CAMES, notre maitre de mémoire pour sa disponibilité, sa patience et sa rigueur tout au long de notre travail ;
- Dr Orneilia ZOUNON, Cheffe département de psychologie (DP) pour nous avoir permis d'acquérir une expérience pratique sur le terrain et de mettre en action la théorie enseignée en classe
- Tous les enseignants de la FASHS en particulier ceux du département de psychologie pour la qualité de l'enseignement reçu ; la responsable de la structure OCPSP, Dr Lisette CAPO- CHICHI qui n'a aménagé aucun effort pour accepter ma demande de stage ;
- La responsable de la section rééducation fonctionnelle, la kinésithérapeute, sœur Léontine ADJAGODO qui m'a accompagné et assisté tout au long de mon stage, à tout le personnel de la rééducation particulièrement à monsieur MAMA DJIBRIL Affiss pour le bon accueil et leur disponibilité durant tout le temps passé ensemble ;
- Tous mes camarades et amis de promotion en psychologie qui m'ont apporté leur aide.

.

Liste des sigles et acronymes

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

DSM : Diagnostic and Statistique Manuel of Mental Discorder

MNT : Maladies Non Transmissibles

OCPSP : Oblates Catéchistes Petites Servantes des Pauvres

CSVH : Centre de Santé à Vocation Humanitaire

HTA : Hypertension Artérielle

TCC : Thérapies cognitivo- comportementales

LISTE DES GRAPHIQUES ET TABLEAU

Graphique 1: répartition de patients en fonction du sexe 32
Graphique 2: répartition des patients en fonction de l'âge 33
Graphique 3: répartition des patients en fonction de la situation matrimoniale 34
Graphique 4:répartition des patients en fonction du statut professionnel 35
Graphique 5: Répartition des enquêtés suivant l'antériorité de la maladie 36

Tableau I: répartition des garde-malades en fonction de leur lien avec le patient 37

Résumé

De nos jours, l 'AVC constitue un problème de santé publique avec des conséquences physiques, psychologiques et économiques pour les patients atteints de cette affection. Cette étude vise à montrer les conséquences psychologiques qu'engendre l'AVC et l'absence des soins psychologiques dans le protocole thérapeutique de prise en charge en charge de cette affection. Cette situation d'absence des soins psychologiques constitue une souffrance supplémentaire notamment pour les patients, leur entourage et pour les différents acteurs impliqués dans la prise en charge de l'AVC au centre de santé à vocation humanitaire Sainte Élisabeth des sœurs OCPSP d'Abomey –Calavi.

À partir de cinquante-trois (53) individus dont vingt-cinq (25) malades, sélectionnés par le choix raisonné et le choix volontaire, les données ont été collectées à travers l'administration d'une grille d'entretien semi-structuré et de l'observation. De l'analyse des données, il apparait que l'AVC provoque une souffrance psychologique objective pour le malade et pour son entourage. La gestion de l'AVC nécessite de forts investissements financiers et une mobilisation constante de l'entourage autour du malade. Son caractère chronique engendre un épuisement des différents acteurs dont les ardeurs s'émoussent au fil du temps. Malgré cet épuisement physique et psychologique, aucun des acteurs ne bénéficie d'un accompagnement psychologique. Les soins psychologiques sont considérés comme étant une source supplémentaire de dépense pour le malade et son entourage qui déjà manquent de ressources pour faire face aux soins médicaux et kinésithérapeutiques.
Mot clés : accident, vasculaire cérébral, psychologique.

Abstract

Nowadays, stroke is a public health problem with physical, psychological and economic consequences for stroke patients. This study aims to show the psychological consequences of stroke and the absence of psychological care in the therapeutic protocol for the management of this condition. The absence of psychological care is an additional source of suffering for patients, their families and the various players involved in stroke care at the Sainte Élisabeth health center run by the OCPSP sisters in Abomey-Calavi.

From fifty-three (53) individuals, including twenty-five (25) patients, selected by reasoned choice and voluntary choice, data were collected through the administration of a semi-structured interview grid and observation. Analysis of the data revealed that stroke causes objective suffering for patients and their families. Stroke management requires considerable financial investment and the constant mobilization of those around the patient. Its chronic nature leads to exhaustion on the part of all those involved, whose enthusiasm dwindles over time. Despite this physical and psychological exhaustion, none of those involved benefit from psychological support. Psychological care is seen as an additional source of expense for the patient and those around him, who already lack the resources to cope with medical and physiotherapeutic care.

Key words: cerebrovascular , accident, psychological, care.

Introduction

Les humains sont parfois confrontés à des situations de maladies qui bloquent souvent le processus harmonieux de développement. C'est le cas des maladies chroniques. L'accident vasculaire cérébral fait partie de cette catégorie de maladies qui affecte profondément l'individu et sa famille. Cette maladie résulte de l'interruption de la circulation sanguine dans le cerveau. Cette interruption peut faire suite au blocage de la circulation par caillot du sang (processus ischémique) ou par la rupture d'une veine du cerveau (processus hémorragique). Cet accident qui survient le plus souvent comme un coup de tonnerre dans un ciel serein engendre de nombreuses séquelles qui dépendent de la zone du cerveau touchée et de la gravité de l'atteinte. Ces conséquences peuvent aller d'un simple trouble de l'équilibre à la paralysie d'un côté du corps, etc. Les conséquences psychologiques sont traumatisantes à cause du fait qu'il indique une rupture brutale, violente et inattendue qui survient dans la réalité actuelle d'une existence humaine » (Wiltord, 2010). Le sujet victime d'AVC perd brutalement ses repères subjectifs et se trouve potentiellement dans une situation de handicap. Les répercussions psychologiques et les sollicitations du mental pour la reprise des fonctions à travers la rééducation sont très souvent assumées par les psychologues. Il est parfois demandé aux psychologues d'être dans une position de rééducateur-psychologue qui, par la technicité, fait accepter l'AVC au patient afin de mettre en place le plus rapidement possible les adaptations nécessaires à une nouvelle vie. Face à une clinique psychique complexe, entre trouble physique et psychique cognitif issu d'une culture singulière, comment un psychologue peut-il réellement aider les sujets à surmonter la situation et accompagner la famille dans la gestion de l'AVC.

Cette recherche qui se propose de réfléchir sur la question de l'AVC à Calavi vise à mettre en évidence les insuffisances du plateau technique de prise en charge de l'AVC surtout ce qui concerne les ressources humaines. L'équipe soignante de prise en charge de l'AVC doit être pluridisciplinaire, car cette pathologie exige une prise en charge complète et efficiente. Pour atteindre cet objectif, nous avons fait une compilation des données documentaires qui nous a permis de comprendre les implications de l'accident vasculaire cérébral sur les différents aspects de la vie du patient sur ceux de la famille ou de la société. Le centre de santé à vocation humanitaire sainte Élisabeth de la Trinité des sœurs OCPSP d'Abomey-Calavi où nous avons effectué notre stage a servi en même temps de site d'investigation pour la collecte des informations. Les informations sont recueillies, à travers un questionnaire et un guide d'entretien, auprès de 53 individus identifiés et sélectionnés par choix raisonné et le choix volontaire. L'analyse et le croisement des données de différentes sources permettent de retenir

que les patients et leur famille souffrent le martyre dans la gestion de l'AVC surtout en contexte d'absence de psychologue ou d'un spécialiste de la santé mentale. De plus, la psychopathologie de l'AVC est d'une variabilité extrême. Il serait donc opportun que les responsables des centres de prise en charge de cette pathologie pensent à l'intégration d'un psychologue dans l'équipe soignante pour un meilleur accompagnement des patients et des familles. Le niveau et la qualité de la récupération des fonctions touchées, l'observance thérapeutique, l'acceptation de la situation, la mobilisation des ressources nécessaires pour les soins du malade et le bien-être des différents acteurs y sont fortement tributaires.

Ce rapport, dont la partie réflexion critique est consacrée à l'examen du vécu et de la prise en charge psychologiques, se subdivise en deux parties. La première partie comporte deux chapitres et est consacrée à la présentation du site institutionnel du stage et au déroulement du stage. La seconde partie comporte également deux chapitres. Le premier chapitre de cette partie présente le cadre théorique et méthodologique de la recherche. Le second chapitre présente quant à lui les résultats issus de la recherche et la discussion. En dehors de ces parties deux parties, les rapports comportent également des éléments externes au corps de la recherche.

PREMIERE PARTIE : LIEU DE STAGE

CHAPITRE1 : CADRE INSTITUTIONNEL DU STAGE

1- Présentation du centre de santé à vocation humanitaire sainte Élisabeth

Le centre de santé sainte ÉLISABETH est un centre de santé qui accueille toutes les catégories de personnes et offre de nombreuses prestations pour le bien-être de la personne humaine quels que soient sa couche sociale et ses moyens.

Le centre de santé sainte Élisabeth de la trinité des sœurs OCPSP est situé dans le quartier Agori-Finafa, quatrième rue après l'église catholique sainte Joséphine BAKHITA d'Abomey-Calavi.

1.1- Historique

Le centre de santé sainte Élisabeth de la Trinité est un centre de santé à vocation humanitaire (CSVH) des sœurs OCPSP. C'est une entité pluridimensionnelle créée le 05 octobre 1995. Initialement installé dans l'ancien noviciat, puis transféré et inauguré à Agori le 20 septembre 2007, le CSVH accueille toutes les catégories de personnes et offre de nombres prestations par le bien-être de la personne humaine quelle que soit sa couche sociale et ses moyens.

1.2- Organisation interne

Le centre de santé sainte Élisabeth de la trinité des sœurs OCPSP a pour premier responsable la sœur Lisette CAPO-CHICHI, Médecin-Pédiatre qui gère l'administration en collaboration avec les autres sœurs des services du centre. Le CSVH est composé des services que voici :

- Le laboratoire des analyses biomédicales
- La médecine générale qui se compose des urgences, soins et hospitalisations
- La médecine physique qui se compose de la kinésithérapie, de l'orthopédie, l'orthophonie et d l'hospitalisation
- Les spécialités telles que la pédiatrie, la neurologue, la cardiologie, l'ophtalmologie, l'ORL, l'urologie et la stomatologie.
- Le secrétariat administratif
- Les services des affaires économiques et financières
- La maternité
- la vaccination

1.3- Missions

La vision de tout centre de santé est de mettre à disposition de ses patients un dispositif accompagné des services performants basés sur la disponibilité permanente des soins promotionnels préventifs, curatifs, ré adaptifs et palliatifs de qualité, équitable et accessibles selon le cycle de vie. Ceci offre avec la participation active de la population, une pyramide sanitaire de qualité.

En général, il s'agit pour le centre d'assurer à chacun et à tous une bonne santé.

CHAPITRE II : DÉROULEMENT DU STAGE

2.1- Activités menées au sein du service de la rééducation fonctionnelle

Le service de la rééducation fonctionnelle est le lieu où s'est déroulé le stage académique. Le service de la rééducation est de la responsabilité de la sœur Léontine ADJAGODO, kinésithérapeute qui travaille en collaboration avec les autres collègues kinésithérapeutes, un aide-soignant et les stagiaires Ici la kinésithérapie prend en charge :

- Les troubles orthopédiques (fracture, déchirures musculaires, tendinites)
- Les problèmes neurologiques (hémiplégies, paraplégies, tétraplégies, maladie de Parkinson…)
- Les troubles du développement psychomoteur chez les enfants

  Notons que la section de rééducation fonctionnelle dispose de divers moyens de prise en charge de ces pathologies que sont :
- Le travail de l'équilibre
- La mobilisation articulaire
- Le renforcement musculaire
- L'étirement musculaire
- L'analyse de la marche
- Le massage décontractant
- Les échauffements
- Les exercices d'assouplissement

Comme moyens de prise en charge de l'AVC au sein de la section de rééducation fonctionnelle, nous avons :

-La mobilisation articulaire

- Les sollicitations neuromusculaires

-L'étirement musculaire.

2.2- Tâches menées au sein de la rééducation fonctionnelle

Au cours de notre stage, nous avons pu apprendre certains exercices qui s'appliquent aux patients qui ont des problèmes neurologiques et de motricité tels que les hémiplégies, les paraplégies, les tétraplégies ou qui ressentent des douleurs telles que : les cervico- lombalgies, l'arthrose, les scapulalgies, les contractures musculaires, les séquelles dus aux traumatismes.

Parmi ces exercices que nous avons pu apprendre, il y a :

- La mobilisation articulaire : cet exercice permet de rendre plus fonctionnelles les articulations. Nous avons deux sortes de mobilisations : la mobilisation articulaire passive et active. La mobilisation articulaire est passive, quand le kinésithérapeute qui aide le patient à faire l'action et la mobilisation articulaire est active quand le patient lui-même fait l'action.
- Le pont bustier est un type d'exercice de renforcement des muscles des fesses et du bras et du dos
- Le massage décontractant avec les baumes pour soulager les douleurs musculaires.

Nous avons prodigué des conseils liés à l'hygiène de vie, à une alimentation saine pour prévenir les maladies cardio -vasculaires dont les complications sont l'AVC. Ces conseils sont adressés aux patients et à leur entourage

-Nous avons aidé les patients à comprendre l'importance et à en savoir plus sur le métier de psychologue

-Nous avons fait des entretiens cliniques avec les patients et administré le questionnaire pour la collecte d'informations relatives à la recherche

-Nous avons pu faire des psychothérapies de soutien à certains patients qui ont une souffrance psychologique et motivée d'autres qui sont découragés et désespérés du fait de leurs problèmes de santé

2.3- <u>Difficultés rencontrées lors du stage</u>

De façon générale, la seule insuffisance que le service de rééducation fonctionnelle présente est l'absence d'un psychologue. C'est ce qui m'a amené à prendre l'initiative de commencer par faire des entretiens psychologiques pour accompagner les patients souffrants pour montrer mon utilité en tant que futur psychologue.

DEUXIEME PARTIE : RÉFLEXION CRITIQUE

CHAPITRE III : CADRE THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE

3- Cadre théorique de la recherche

3-1 Problématique de la recherche

On admettait jusqu' à un passé récent que les accidents vasculaires cérébraux sont des pathologies fréquentes dans la population gériatrique. L'âge est le facteur non modifiable le plus puissant. On estime que le risque d'AVC double chaque décennie après 55 ans (Goldstein et al., 2011). Cela paraissait si vraisemblable que 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 dans les pays en développement. De plus, nous sommes à une époque que Fourcade (2007) qualifie de période de transition. Il estime qu'une importante transition épidémiologique est en cours dans les pays développés et dans les pays en développement. Elle se caractérise par un recul des maladies infectieuses et de la malnutrition au profit des maladies non transmissibles, au premier rang desquelles, les maladies cardiovasculaires et les cancers ». Selon cet auteur, dans le monde, la proportion des décès par maladies non transmissibles était de 59 % en 2002. Il est prévu qu'il atteigne 69 % en 2030. Et la réalité dans ces pays est loin de ces estimations, car dans ces pays, les données épidémiologiques concernant les maladies non transmissibles et notamment les AVC sont encore aujourd'hui éparses à cause du sous-équipement des structures de santé et l'insuffisance d'informations sur les maladies chroniques. De plus, beaucoup de patients souffrant de maladies chroniques ne se rendent pas dans les structures de santé et très peu d'études existent sur les potentiels facteurs de risque de ces maladies (Bousser et Mas, 2009).

Mais, nous constatons que des patients relativement jeunes souffrent d'AVC. Beaucoup de nos concitoyens souffrent de problèmes de santé chronique. En effet, l'accident vasculaire cérébral est une maladie chronique qui occasionne une souffrance physique morale et socioprofessionnelle ainsi qu'un ralentissement sur la qualité de vie. La gestion de cette maladie implique également la mobilisation d'importantes ressources financières. Nous avons noté que cette maladie implique une souffrance physique, morale et financière pour le malade et sa famille. Cette pathologie implique une prise en charge et un accompagnement du système social du malade, puisque ceux-ci sont impactés dans son ensemble. En dehors de sa prévalence de plus en plus élevée, elle présente une forte mortalité. En 2004, 59 millions de morts sont

survenues dans le monde et 60 % de ces décès étaient dus aux Maladies Non Transmissibles (MNT) (Kapiga, 2011). Ces maladies ont un caractère chronique et regroupent des pathologies comme les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires chroniques, les maladies métaboliques, les cancers, les affections neurologiques, psychiatriques, bucco-dentaires, etc. En Afrique, en 1990, les maladies non transmissibles représentaient 28 % de la morbidité et 35 % de la mortalité. En 2020, elles représenteront respectivement 60 % et 65 % de celles-ci. On note donc une évolution vertigineuse de cette catégorie de pathologie dans le monde et particulièrement en Afrique. Ainsi, comme pour de nombreuses maladies cardiovasculaires, leur taux d'incidence augmente de façon exponentielle avec l'âge et les AVC représentent une des causes majeures de mortalité dans le grand âge. Les complications de l'AVC sont nombreuses et comprennent diverses séquelles neurologiques, motrices et sensitives, des troubles cognitifs, la survenue d'épilepsie, de douleurs neurogènes, de complications rhumatologiques, ainsi que des complications de décubitus et des infections respiratoires. Ces complications conduisent fréquemment à une perte sévère d'autonomie fonctionnelle qui implique la mobilisation d'un système d'aide et de prise en charge complexe lors du retour à domicile. En effet, plus de 50 % des personnes âgées perdent définitivement leur autonomie physique après un AVC, ce qui modifie profondément la vie quotidienne et sociale du patient et de ses proches. Mensah (2008) et Strong et al. (2007) rapporte que les études faisant état de la charge des maladies cardiovasculaires permettent d'affirmer qu'il y avait eu au cours de l'année 2005, dans le monde, 16 millions de nouveaux cas d'AVC et 5,7 millions de décès. En 2015, le monde avait connu 18 millions de nouveaux cas d'AVC et 6,5 millions de décès par AVC. Au même rythme, pour l'année 2030, 23 millions de nouveaux cas d'AVC et 7,8 millions de décès sont attendus. Toutes les prévisions vont donc dans le sens d'une épidémie des AVC dans les années à venir. Ainsi, l'avenir de l'humanité par rapport à cette pathologie ne présage rien de bon et des dispositions doivent être prises pour limiter les facteurs de risque de cette pathologie et mieux accompagner les malades pour réduire cette forte mortalité. Ce qui parait plus inquiétant est que le niveau de perception et de connaissance des populations sur cette maladie et de ses facteurs de risque est faible. En effet, l'exploitation des différentes sources d'informations sur les AVC permettent d'arriver à la conclusion que l'incidence de cette affection a baissée de près de 40 % sur ces quatre dernières décennies dans les pays à revenus élevés, mais en même temps, elle a doublé dans les pays à bas revenus (Das et al., 2007). Cela indique le niveau de connaissance limitée des populations sur les accidents vasculaires cérébraux et une nécessité de relever leur niveau de connaissance par des actions d'éducation (Wahab et al., 2008).

Le centre de santé à vocation humanitaire Sainte Élisabeth de la trinité des sœurs OCPSP d'Abomey-Calavi/Agori s'investit dans la prise en charge des patients souffrants d'AVC. Lors de notre stage dans ce centre, nous avons effectué un certain nombre de constats. Il faut d'abord noter que les AVC sont de plus en plus fréquente dans notre population. Les AVC touchent généralement dans les pays en développement des populations en âge de travailler. Et si rien n'est fait, ce fléau peut fortement compromettre le développement des pays africains à cause des séquelles invalidantes et du fait que cette pathologie touche les adultes en âge de production (Cowppli-Bony et al., 2007). Déjà en Afrique subsaharienne, il représente la première cause d'incapacité motrice de l'adulte (Keita Ad TMDA, 2005). C'est une maladie aux conséquences humaines et économiques lourdes (Kissani, 2015). En moyenne toutes les quatre minutes, une personne décède des suites d'un AVC (Roger et al., 2011).

Cette maladie qui est qualifiée de chronique implique un long traitement. La longueur du traitement avec les implications financières et les investissements personnels et physiques de l'entourage entraine de l'épuisement des membres de la famille. Ceux-ci se suppléent pour apporter au malade l'aide nécessaire pour un soulagement de sa peine. On caractérise le coût des AVC en coûts directs et en coûts indirects. Le coût direct est en relation avec le traitement et la gestion de la maladie. Les coûts indirects sont en rapport avec la perte en productivité due à la maladie. Donnan et al., (2008) ont rapporté que les AVC consomment 2 à 4 % du coût total des dépenses de santé dans le monde et font partie des affections les plus coûteuses. Le malade constatant toute la souffrance de son entourage ou le caractère contraignant de la charge de sa maladie pour les autres se décourage et finit par s'opposer aux traitements. Il devient rebelle et refuse les traitements voire même l'alimentation. L'un des coûts de l'AVC relève de son impact sur les autres membres de la famille. En effet, les personnes qui s'occupent d'un des membres de leur famille ayant subi un AVC abandonnent assez fréquemment leur occupation pour ne plus se consacrer qu'au malade. Selon Ferri et al. (2011), la proportion de parents garde-malades ayant abandonné leur travail pour s'occuper d'un survivant d'AVC dans leur famille était d'environ 20,0 %. Même si les études qui mettent en évidence l'impact économique et social des AVC sur les ménages sont rares, cette maladie met les familles dans de sérieuses difficultés économiques. Sherlock (2010) a rapporté que les soins post-AVC prennent plus de 10 % des revenus des familles et par leur cherté placent celles-ci en dessous du seuil de pauvreté. La prise en charge de la maladie est élevée et les survivants doivent dans la plupart des cas, vivre avec des handicaps et pour le restant de leur vie, suivre un traitement médicamenteux. Tout ceci

touche durement les familles et dans 37 % des cas, trois mois après la survenue d'un AVC, elles se retrouvent en dessous du seuil de pauvreté (Sherlock, 2010).

Beaucoup de patients confrontés à la situation d'AVC présentent une décompensation psychopathologique. Ainsi, nous notons la présence de divers troubles psychiatriques et comportementaux qui réduisent l'autonomie du patient et alourdissent la prise en charge par les proches et l'équipe de soins. Ils sont généralement associés à d'autres perturbations cognitives et neurologiques. Le tableau clinique que présentent les patients comprend des troubles de la perception de soi et de l'environnement (anosognosie de l'hémiplégie, délires d'identification, confabulations, hallucinations visuelles, delirium et état confusionnel aigu), des troubles de la motivation (apathie, athymhormie), des troubles de la réactivité émotionnelle (labilité émotionnelle, irritabilité, réactions de catastrophe, rires et pleurs pathologiques), des troubles du contrôle des pulsions (manie, comportements obsessionnels compulsifs) et des changements dans la personnalité (Sherlock, 2010). Ainsi, l'accident vasculaire cérébral (AVC) est un véritable problème de santé publique. Son vécu et la souffrance psychologique et sociale qu'elle engendre peuvent être amoindris par la rapidité et la qualité de la prise en charge qui doit être holistique. Cette prise en charge complète tend à améliorer substantiellement la qualité de vie de ces patients et de leur entourage. Dans un contexte de prise en charge holistique et pluridisciplinaire, que peuvent être les conséquences d'une absence de psychologue dans l'équipe de soin des cas d'AVC ?

Cette recherche qui s'intéresse à l'importance du psychologue dans l'amélioration de la qualité de vie des patients atteints d'AVC et dans l'accompagnement de la famille des patients, se veut être un appel lancé aux autorités du centre de santé à vocation humanitaire sainte Élisabeth de la Trinité des sœurs OCPSP d'Abomey-Calavi pour l'amélioration du plateau technique de soin aux survivants d'AVC surtout ce qui concernes les ressources humaines.

3-2 - **Objectifs de recherche**

3.2.1- **Objectif général**

L'objectif général est d'étudier les apports du psychologue dans la prise en charge des patients souffrant d'AVC.

3.2.2- **Objectifs spécifiques**

Les objectifs spécifiques sont :

1- Décrire le processus de la prise en charge des patients atteints d'AVC au centre de santé à vocation humanitaire sainte Élisabeth de la Trinité des sœurs OCPSP d'Abomey-Calavi.
2- Montrer que l'accompagnement psychologique facilite l'observance, l'engagement du patient et son entourage dans le processus thérapeutique.

3-3 Hypothèse de recherche

3.3.1- Hypothèse générale

L'intégration des psychothérapies dans le protocole de prise en charge globale augmente les possibilités de récupération et de guérison du patient

3.3.2- Hypothèses spécifiques

Les hypothèses spécifiques sont :

1- L'absence d'un soutien psychologique constitue une insuffisance dans les étapes de protocole de la prise en charge des patients d'AVC au centre de santé à vocation humanitaire Sainte Élisabeth de la Sainte Trinité des sœurs OCPSP d'Abomey-Calavi

2- L'accompagnement psychologique précoce renforce le patient et son entourage dans leur engagement et leur implication au processus thérapeutique

Clarification conceptuelle

Accident Vasculaire cérébral

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'accident vasculaire cérébral (AVC) est le développement rapide des signes cliniques localisés ou globaux de dysfonctionnement cérébral avec des symptômes durant plus de 24 heures, pouvant conduire à la mort sans autre cause apparente qu'une origine vasculaire ». Il se produit lorsque les vaisseaux sanguins, qui alimentent le cerveau en oxygène et en éléments nutritifs, éclatent ou se bloquent par un caillot de sang ou par d'autres particules. Cela se traduit par la mort des cellules cérébrales, au niveau de la zone du cerveau touchée. Comme elles sont des cellules terminales et donc irremplaçables, la partie du corps sous leurs commandes arrête de fonctionner créant ainsi une perte des fonctions ou des handicaps qui sont souvent permanents (7). On distingue classiquement deux grands types d'AVC. Il s'agit des accidents ischémiques ou infarctus cérébraux, représentant

80% des AVC et des accidents hémorragiques ou hématomes intra cérébraux représentant 20 % des AVC. Ils ont des mécanismes, des causes et des prises en charge différents. Deux autres cadres de pathologies neuro-vasculaires aiguës sont individualisés tant sur le plan physiopathologique, que sur le plan diagnostique. On cite dans ce cas les hémorragies méningées et les thromboses veineuses cérébrales. Les accidents ischémiques cérébraux ou AVC ischémiques résultent de la survenue brutale de l'occlusion d'une artère cérébrale qui prive de son apport normal en oxygène et en glucose le territoire cérébral focal irrigué par cette artère. L'occlusion artérielle se traduit par la survenue brutale d'un déficit neurologique focal dont les caractéristiques dépendent du territoire parenchymateux cérébral touché. Selon la durée de l'occlusion, l'ischémie cérébrale focale pourra n'être que fonctionnelle. Elle sera alors responsable d'un déficit neurologique brutal bref et spontanément réversible en moins d'une heure sans preuve d'infarctus à l'imagerie cérébrale (17). On parle dans ce contexte d'accident ischémique transitoire (AIT). Lorsque l'ischémie cérébrale est suffisamment prolongée, elle conduit à une destruction cellulaire responsable d'un infarctus cérébral visible sur l'imagerie cérébrale, appelée accident ischémique constitué (AIC). Il a pour conséquence un déficit neurologique prolongé avec des séquelles cliniques soit stabilisées soit sous forme d'une régression partielle des troubles. Les accidents hémorragiques sont dus à la rupture d'une artériole cérébrale entrainant la constitution d'une collection sanguine intra parenchymateuse appelée hématome intra- parenchymateux. L'extravasation sanguine intratissulaire des dégâts parenchymateux, responsable d'un déficit neurologique focal d'apparition brutale dont les caractéristiques cliniques dépendent de la topographie de l'hématome.

Au demeurant, l'accident vasculaire cérébral (AVC) est une affection qui se caractérise par une lésion d'une partie du cerveau à la suite de l'obstruction ou de la rupture d'un vaisseau. L'interruption du flux sanguin ou l'accumulation du flux sanguin lors de rupture provoque la destruction par asphyxie des cellules nerveuses dans la région concernée. Les conséquences sont des pertes des fonctions des parties cellules concernées. Des paralysies sont généralement suite à cet accident vasculaire. Cette fonction peut concerner toutes les parties du corps et pouvant se traduire par la perte des fonctions motrices, visuelles, langagières, de l'équilibre, de coordination, etc.

APPORT : C'est une contribution, une participation à une action, à une œuvre

Dans ce contexte, cet apport représente le soutien psychologique donné aux patients souffrant d AVC

3-4 Revue de la littérature

Les accidents vasculaires cérébraux constituent de nos jours un problème de santé publique qui tend à devenir une épidémie. Ils entrainent une perte considérable au plan humain, social et économique. Les données actuelles sont largement en deçà de la réalité par rapport à ce problème. On estime en effet, dans les pays pauvres ou en voie de développement, il y a très peu d'étude sur cette question. Ainsi, dans de nombreux pays, la situation n'est pas connue. Néanmoins, l'OMS retient que les AVC représentent la deuxième cause de décès dans le monde (10 % de l'ensemble des décès), la première cause de handicap acquis chez l'adulte, la deuxième cause de démence et une cause fréquente de dépression aussi bien chez les personnes atteintes que dans leur entourage (*Murray et Lopez*, 1997)

Healey, et al., (2016) rapportent à partir d'une étude de cohorte menée dans 47 pays à travers le monde entre le 24 décembre 2007 et le 21 octobre 2011, le nombre le plus élevé d'accidents vasculaires cérébraux a été observé chez les patients en Afrique (8%), en Chine (7%) et en Asie du Sud-Est (7%), (3%) en Amérique du Nord, en Europe occidentale et en Australie. Le rapport mondial sur la situation des maladies non transmissible indique qu'en dépit des progrès considérables durant ces dernières décennies, tant sur le plan diagnostic que thérapeutique, toutes les prévisions vont dans le sens d'une augmentation de l'incidence des AVC, faisant évoquer une véritable épidémie. Selon Shanthi Mendis, Puska et Norrving (2011), ayant une haute incidence dans les pays développés, les AVC apparaissent comme un problème de santé publique encore plus important en Afrique, où ils constituent la deuxième cause de mortalité, devant les maladies infectieuses, notamment les infections pulmonaires ou diarrhéiques, la tuberculose, le sida ou le paludisme. Les causes possibles de cette haute incidence et de cette haute gravité résident dans des facteurs comme le changement des comportements alimentaires avec un excès de gras, augmentation de l'incidence des facteurs de risque vasculaire (HTA, diabète, obésité, sédentarité, etc.).

La transition démographique et les mutations des habitudes de vie peuvent jouer leur rôle. Mais la gravité des AVC en Afrique est probablement en rapport avec les insuffisances de la prise en charge des AVC. Toutes les recommandations concernant la prise en charge des AVC publiées en France, en Europe, aux États Unis et en Afrique, rappellent qu'une amélioration du pronostic des AVC n'est possible qu'en structurant la filière de soins, depuis le lieu de survenue de l'accident jusqu'au retour à domicile (Mozaffarian *et al*. 2016). Or cette structuration des filières de soins est encore insuffisante en Afrique. Le système occidental fondé sur l'existence

d'unités Neuro-vasculaires, n'est pas immédiatement transposable actuellement dans les régions subsahariennes, notamment pour des raisons socio-économiques. Au faible développement initial en matière de soins s'ajoutent désormais des facteurs économiques nouveaux, qui retardent le développement de l'offre de soins. La crise économique qui sévit dans le monde en général et en Afrique en particulier, les politiques d'ajustement structurel, le besoin de maîtriser des dépenses de santé ont provoqué le désengagement partiel des Etats africains et le recours à des politiques sanitaires fondées sur le recouvrement des coûts. C'est ainsi que la résolution sur l'« Initiative de Bamako » (IB) a été adoptée par le comité régional de l'OMS en septembre 1987 *(Coulibaly et al,* 2010). Les populations doivent désormais faire face à leurs dépenses en santé. Il est néanmoins pertinent d'aller vers une spécialisation neuro vasculaire de certaines structures hospitalières et de mettre en place des mécanismes appropriés et adaptés de prise en charge des AVC sur le continent (*Zabsonre, Yameogo, Millogo*, 1997). Face à ce plateau technique visiblement défaillant face au besoin de soin des patients victimes d'AVC, à Calavi au Bénin, il paraît opportun de faire une analyse de la prise en charge et du vécu des patients et de leur entourage. Un travail de ce type constitue le préalable indispensable à une amélioration de la situation. La connaissance de ces réalités et du vécu des patients devrait permettre de proposer une stratégie nationale en matière de prise en charge intégrée et pluridisciplinaire des AVC.

L'accompagnement et la prise en charge holistiques des patients et de leur système familial sont si importants que l'AVC perturbe sérieusement tous les aspects de la vie du patient et de son entourage. C'est en cela que *Lebras* (2016) affirme que le soutien psychologique adressé aux patients d'AVC met en exergue le choc psychologique que l'AVC provoque chez le patient. Aussi explique-t-il que la personne en pleine forme avec une vie professionnelle et familiale voit d'un coup son autonomie bouleversée. Selon la gravité des manifestations, ce choc peut correspondre à un réel traumatisme psychologique. Il poursuit dans son explication que les conséquences psychologiques des lésions cérébrales peuvent être dévastatrices que les séquelles soient éphémères ou durables. Le patient victime d'AVC expérimente le handicap ou le moins la dépendance. Cette expérience est déstructurant pour l'image que la personne avait d'elle jusque-là. De plus, le patient souffrant d'un AVC vit parfois intensément ces conflits intérieurs sur le plan de son image corporelle et leurs retentissements dans son image familiale et sociale. L'AVC touche parfois une personne dont la vie personnelle, émotionnelle, affective était déjà déstabilisée et la lésion cérébrale va fragiliser encore celui qui en souffre. Ainsi, de façon particulière l'AVC affecte des personnes souffrant déjà des problèmes psychologiques

importants. Ces problèmes antérieurs rendent difficile l'adaptation à la situation d'AVC. Il en est de même pour l'observance, l'acceptation des soins et des séances de rééducation. Par ailleurs, l'AVC provoque régulièrement et rapidement une **réaction dépressive**. L'expérience de la **fragilité**, le choc émotionnel du vécu de la **vulnérabilité** lié aux symptômes et à la prise en charge aiguë, l'angoisse que les symptômes perdurent dans le temps qu'ils puissent récidiver. Tous ces éléments contribuent à une **fragilisation psychologique** pour laquelle l'accompagnement psychologique est important. À cela s'ajoutent les représentations sociales biaisées de la pathologie qui conduisent à une perturbation de l'itinéraire thérapeutique. Ainsi, certains malades sont privés de soins ou par manque de ressources, la famille se désengage avec un abandon ou un espacement du traitement ou des séances de rééducation fonctionnelles. Cet état de choses est de nature à pénaliser longtemps le patient de son retour en « santé suffisamment bonne » sinon en guérison *(Lebras*, 2016). Leur traitement et leur accompagnement doivent faire l'objet des soins spécifiques. La restructuration des services de pointe aux patients victimes d'AVC permettrait d'offrir aux patients, une prise en charge médicale, rééducative, psychologique et sociale. Cette restructuration des soins dans une vision plus globale et singulière constitue le point ultime pour l'organisation de la prise en charge et de prise de décision pour des actions de prévention et d'intervention.

Modèles explicatifs de la maladie

Pour comprendre et expliquer la dynamique de soin et la nature les interactions entre le système sanitaire et le système social du malade, nous allons utiliser le modèle explicatif de la maladie selon *Kleinman* (1980). Cet auteur explique à travers son modèle que la santé, la maladie ressentie et les soins sont indissociables d'un système culturel et il faut pour les comprendre, les considérer dans leurs relations mutuelles et non pas isolément. Dans la même logique que Kleinman (1980), Joly et al. (2005) et *Taieb et al*. (2005) considèrent que les systèmes de soins sont des systèmes sociaux et culturels qui définissent la réalité clinique de la maladie. Ce modèle s'articule autour de cinq éléments fondamentaux. Il s'agit des croyances étiologiques, du choix des traitements, des statuts et rôles légitimés socialement lors des actions sur le malade, des relations de pouvoir qui les accompagnent. Ils insistent sur le fait que c'est le système dans son ensemble qui soigne, et pas seulement les thérapeutes. Selon lui, les systèmes de soins sont composés de trois secteurs qui se chevauchent et interagissent entre eux : le secteur populaire, le secteur professionnel et le secteur traditionnel. Lors de l'expérience de la maladie, le patient les parcourt et sera influencé, à l'intérieur de chacun d'entre eux, par les représentations de la maladie et du soin qui y sont véhiculées. Le secteur populaire est le plus

important et le moins étudié. La plupart des maladies y sont entièrement prises en charge, à partir des représentations du malade et de son entourage. C'est le lieu de l'automédication et d'une partie de la prévention. La préoccupation de la santé et de sa préservation y tient une place plus grande que celle de la maladie. C'est à partir de ce secteur que le patient décide de s'adresser ou non aux autres secteurs. Le secteur professionnel rassemble les professions de santé. Par son organisation et son institutionnalisation, il se distingue comme le secteur le plus puissant. Il est fortement autocentré et la maladie y tient une plus grande place que la santé. C'est le champ de la médecine moderne. Le domaine traditionnel est formé de spécialistes non professionnels. Certaines de ses composantes sont proches du secteur populaire, d'autres proches du secteur professionnel. A l'intérieur de chaque secteur de soins, il existe selon *Kleinman* (1980) des modèles explicatifs de la maladie pour l'individu malade, sa famille et le praticien. Ils cherchent à expliquer la maladie selon cinq axes à savoir : l'étiologie, le moment et le mode d'apparition des symptômes, la physiopathologie, l'évolution du trouble et le traitement. Les modèles explicatifs des profanes sont souvent vagues et véhiculent de multiples sens. Cela leur confère une capacité de changement. Ils seront aussi, de par leur caractère très général, rarement invalidé par l'évolution du trouble. Le modèle explicatif du médecin peut être divisé en deux : l'un théorique qui témoigne de son savoir, et l'autre clinique qu'il restitue dans la relation avec le patient. Tenant compte de l'existence des modèles explicatifs, la relation thérapeutique peut être définie comme une négociation entre le modèle explicatif du patient et celui du médecin. Pour cela, il faut qu'il y ait énonciation de chacun des deux modèles dans les termes de l'autre, puis analyse. À l'issue de la négociation, quatre devenirs sont possibles pour le modèle explicatif du patient : le patient s'approprie le modèle du médecin en conservant le sien ; il accorde davantage de crédit au sien par rapport à celui du médecin ; il ne conserve qu'un des deux ; il peut enfin en acquérir un entièrement nouveau à partir d'une autre source d'information. Il y a des échanges permanents entre les modèles explicatifs du patient et du médecin pour *Kleinman*, dans la relation thérapeutique, il est important de ne pas mettre en opposition le modèle explicatif du patient avec celui du médecin. Il faut au contraire favoriser une alliance thérapeutique. Ce modèle explicatif de la maladie permet de mieux comprendre les relations entre les soignants, le malade et sa famille. L'évaluation de la dynamique et de son et de la nature des alliances et des oppositions entre les différents acteurs autour de la maladie nous permet de comprendre et d'expliquer le vécu du malade de sa maladie et celui de l'entourage du malade.

3-5 Cadre méthodologie de la recherche

La recherche scientifique c'est avant tout un processus, une démarche rationnelle qui permet d'examiner des phénomènes, des problèmes à résoudre, d'obtenir des réponses précises à partir d'investigations, etc. Une des caractéristiques de ces processus est qu'il se fait de manière systématique et rigoureuse. Elle conduit donc à l'acquisition de nouvelles connaissances. Ce processus tente de découvrir ce qui est caché et de mettre à nu ce qui ne se remarque pas de façon évidente. Ce chapitre est réserve spécialement pour la présentation de la nature, la population d'étude, de l'échantillonnage ainsi les techniques et méthodes utilisées lors des investigations et ce qui concerne aussi le traitement des données recueillies.

3-6 Nature de l'étude

Il s'agit d'une étude mixte combinant à la fois des méthodes de collecte de données quantitatives et qualitatives visant à analyser et à comprendre le vécu de démarche de prise en charge des patients souffrants d'AVC et suivis dans le service de rééducation du centre de santé à vocation humanitaire sainte Élisabeth de la Trinité des sœurs OCPSP d'Abomey-Calavi. Les données quantitatives recueillies permettent d'obtenir des données chiffrées sur l'impact psychologique de la pathologie sur le patient et sur son entourage. Les données qualitatives permettent d'explorer et de comprendre les émotions et des sentiments qui apparaissent chez les patients et chez leur entourage dans le processus de la gestion de la maladie ainsi que la qualité des réponses proposées par l'équipe soignante dans un contexte d'absence de psychologue. L'utilisation de ces deux approches permet d'aborder et comprendre le problème sous les différents angles nécessaires à une prise en charge holistique des patients et dans l'accompagnement des familles de personnes victimes d'AVC.

3.6.1 Population d'étude et échantillonnage

3.6.1.1 Population d'étude

Cette recherche s'intéresse au vécu et à la prise en charge psychologique des patients souffrants d'accident vasculaire-cérébral (AVC) du centre de santé à vocation humanitaire sainte Élisabeth de la Trinité des sœurs OCPSP d'Abomey-Calavi. Dans ce cadre, nous avons identifié trois catégories d'acteurs qui constituent la population cible. Le premier groupe concerne les patients suivis pour un accident vasculaire-cérébral. Sur la question du vécu de la maladie et de l'observance, ces acteurs sont prioritairement concernés. Les données issues de l'enquête exploratoire permettent d'estimer que ces patients éprouvent d'énormes difficultés surtout

lorsque la pathologie rend totalement dépendant de l'environnement ou lorsque la récupération prend plus de temps que souhaité. Les familles souhaitent avoir des membres sains et bien portants pour être capables de contribuer à leur épanouissement et celle de la communauté en général. Dans cette perspective, la santé de chacun des membres est une préoccupation importante.

La seconde catégorie d'acteurs est constituée des familles du patient. La maladie est une situation qui n'impacte généralement pas que le malade. Tout le système social de la maladie subit d'une façon ou d'une autre les influences de la maladie d'un membre. Le patient, constituant un maillon de son système social, son dysfonctionnement impacte à tout point de vue le fonctionnement et l'harmonie du son groupe. Dans le contexte d'AVC, l'environnement social est particulièrement affecté par la situation. Le malade devient incapable de faire face seule à la situation. La récupération des fonctions touchées ainsi que le niveau de souffrance psychologique et sociale du patient dépendant de l'organisation et des ressources de son environnement social. C'est en cela dans l'analyse du vécu de la pathologie, ces acteurs sont au premier plan. C'est surtout le cas lorsque le patient perd ses fonctions motrices, langagières et de coordination. De plus, les membres de la famille sont les premiers observateurs de la qualité de vie du patient après sa maladie.

La troisième catégorie de répondants regroupe les personnes ressources. Il s'agit ici des médecins cardiologues, les kinési thérapeutiques, des infirmières et des psychologues qui collaborent dans la prise en charge holistique des patients. Ces acteurs peuvent nous fournir des informations sur la nature et la qualité de la prise en charge ainsi que des implications psychologiques, financières et sociales de l'accident vasculaire-cérébral sur le patient et sa famille.

3.6.1.2 Échantillonnage et taille de l'échantillon

L'échantillonnage est l'ensemble des stratégies par lesquelles le chercheur définit ses unités d'enquête et constitue son échantillon. L'échantillon étant une petite portion d'un ensemble plus grand. On souhaite dans la mesure du possible que l'échantillon soit représentatif de la population. Le caractère représentatif de la l'échantillon détermine la possibilité d'extrapolation et de généralisation des données obtenues à l'issue de l'étude à la population générale ou mère. Pour ce faire, après avoir identifié les différentes catégories de populations à l'étude et les unités d'enquête, nous avons utilisé trois techniques d'échantillonnage pour sélectionner les participants à l'étude.

Le choix des acteurs de la première catégorie a été raisonné. Le seul critère d'inclusion est la capacité de communication. Le patient pour être inclure dans notre étude doit pouvoir communiquer. Même si cette communication est gestuelle. Cette catégorie de personnes concerne à la fois des patients dont la situation d'accident vasculaire cérébral est actuel et ceux qui sont encore récupération et qui viennent aux séances de contrôle ou de rééducation fonctionnelle. Ce groupe comporte vingt-cinq (25) personnes. Pour ce qui concerne les acteurs des autres catégories, le choix a été volontaire. Ainsi, des membres de la famille de patients qui ne trouvent pas d'objection à répondre à nos questions ont été enquêtés. ainsi, par choix de convenance, dix-sept (17) membres de familles de malades, sept (7) agents de santé et les quatre (4) psychologues ont été identifiés et enquêtés pour le compte de cette étude. Au total, cinquante-trois (53) personnes ont été interrogées en respectant les principes éthiques de la recherche en science sociale.

Technique et outils de collecte de données

3.6.1.3 Recherche documentaire

D'une importance capitale, cette recherche documentaire nous a permis d'appréhender et de comprendre les notions abordées dans le cadre de notre étude. Elle nous a non seulement aidé à formuler une problématique, mais aussi à enrichir et à compléter les données collectées au cours de notre enquête. Dans le cadre de notre recherche documentaire, nous avons consulté des ouvrages sur les accidents vasculaires-cérébraux, les besoins des patients et de leurs familles dans la gestion de cette situation, les conduites inhérentes et adéquates de l'équipe de soins vis-à-vis du patient et de son entourage ainsi que la nature et la qualité de soin pour un patient dans un contexte d'AVC. De plus, nous avons également examiné plusieurs articles scientifiques, sites web, rapports de stage et mémoires en rapport avec notre sujet et la démarche de la conduite d'une enquête, d'une recherche et de la rédaction de mémoire.

3.6.1.4- Questionnaire

Pour recueillir les données nécessaires à notre recherche, nous avons élaboré un questionnaire d'enquête. Ce questionnaire visait à évaluer les souffrances et les défis psychologiques auxquels sont confrontés les patients et les familles dans la gestion de l'AVC. Des Hommes et des femmes interrogées ont répondu avec facilité aux différentes questions posées dans le questionnaire. Les données ont été collectées entre septembre et octobre 2023. Le questionnaire était composé de deux grandes parties. La première partie prenait en compte les caractéristiques

sociodémographiques de l'enquêter. Cette section nous a permis de caractériser les participants sur le plan démographique. La deuxième partie portait sur le vécu de la situation et des impressions sur la qualité de la prise en charge et sur l'aide ou la sollicitude de l'entourage. Ces variables interviennent profondément dans le vécu d'une pathologie de surcroît invalidante. Il faut dire que cet outil a été utilisé essentiellement pour collecter les informations auprès des patients. La durée de l'entretien est d'au plus 25 min, car beaucoup de patients éprouvent des difficultés de communication. L'effort soutenu dans la communication pourrait être exténuant.

3.6.1.5 Guide d'entretien semi-directif

Le guide d'entretien employé durant la collecte des données comprend en plus des caractéristiques sociodémographiques, les thèmes liés au vécu, de la connaissance des membres de l'entourage sur l'AVC et sur sa gestion, les conséquences qui en découlent puis des approches pour mieux accompagner le malade. Cet outil a été adapté et utilisé pour collecter les informations auprès des personnes ressources. Ainsi des séances d'entretien individuel ont été organisées avec les agents de santé et les psychologues d'autres centres de santé en dehors du lieu de stage

3.7-Traitement des données

Les informations collectées ont été traitées suivant la nature des variables et des informations. Pour ce qui concerne le traitement des informations de nature qualitative, après la collecte des données nous avons procédé à la transcription systématique de tous les enregistrements et des notes prises lors de l'entretien suivant les axes du guide d'entretien. Après la transcription des discours des enquêtés, nous avons procédé à l'analyse de contenu thématique et sémantique des différents discours des enquêtés. Ce travail a permis de dégager la substance des informations. Les analyses respectent le plan de recherche élaboré et les variables prises en compte pour mieux cerner les contours de l'étude. Par contre, pour traiter et analyser les données recueillies à l'aide du questionnaire, nous avons employé le logiciel Excel pour organiser et gérer les données. Cela nous a permis de réaliser des analyses statistiques, de construire des graphiques et des tableaux et d'obtenir des statistiques descriptives

3.8 Difficultés éprouvées

Lors de la rédaction de ce travail, nous avons rencontré quelques difficultés qui ont retardé le processus et émoussé quelque peu notre ardeur. Les difficultés sont à la fois techniques et

professionnelles. D'abord, certains patients ont manifesté leur désintérêt pour être inclus dans l'étude. Ils se sont opposés à s'exprimer sur leur vécu. Ces personnes ont été remplacées de la population d'étude par d'autres plus consentants. De même, certains membres de familles de patient ont opposé un refus à notre démarche et à la participation de la potentielle répondante à cette recherche. Ainsi, la réticence de certains enquêtés a été un obstacle. Mais, l'élargissement de notre champ d'investigation et l'inclusion de nouvelles personnes en remplacement des premières sélectionnées, nous a permis de contourner cet obstacle et de mener de bout en bout la recherche. Par ailleurs, les obligations professionnelles ont profondément bouleversé notre chronogramme. Cette difficulté de conciliation de la vie professionnelle et celle d'apprenante a freiné le processus de cette recherche. En dépit de ces obstacles et difficultés, nous sommes parvenus à collecter des informations fiables et concrètes pouvant nous permettre de finaliser notre recherche.

Chapitre IV : présentation, interprétation et discussion des résultats de la recherche

4.1. Présentation des résultats de la recherche

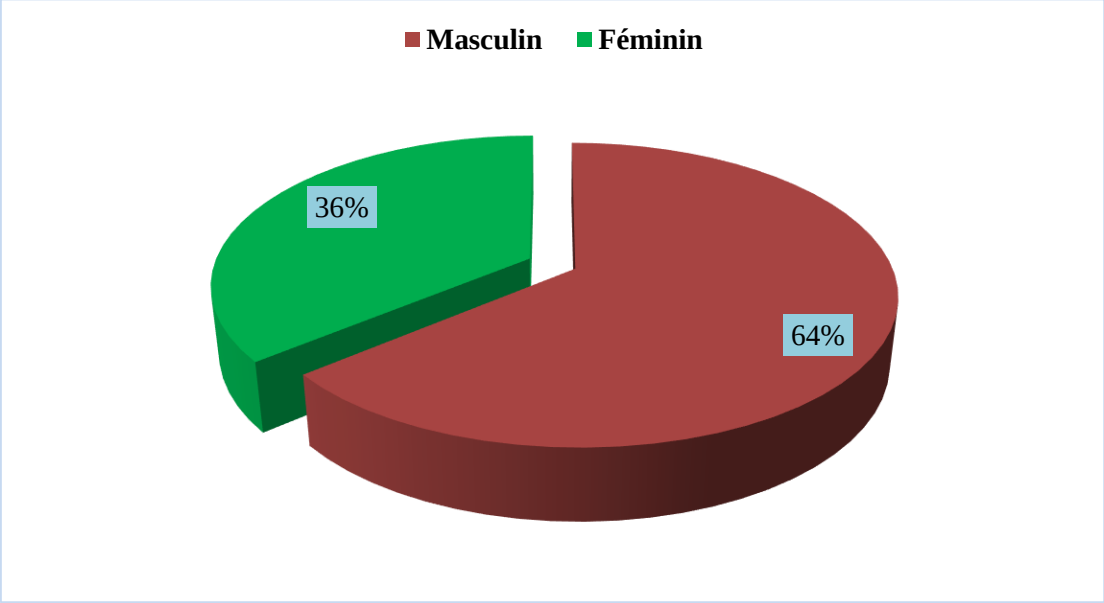
La présente partie présente les différents résultats obtenus à l'issue de la recherche. On y trouve dans un premier temps, les données relatives aux caractéristiques sociodémographiques de la population d'enquête. Nous avons dans un deuxième temps présenté les perceptions et connaissances des populations sur l'AVC, ainsi que leur vécu de cette situation. Il y a ensuite la présentation de l'état de la prise en charge de l'AVC dans le service de soin des AVC dans ce centre. Cela a permis de mettre en évidence l'importance du psychologue dans ce protocole thérapeutique de soin de l'AVC. Cette partie comporte enfin, des résultats qui montrent la spécificité de la prise en charge psychologique dans les situations d'AVC.

4.2. Caractéristiques sociodémographiques de la population d'enquête

Les caractéristiques sociodémographiques présentes ici concernent uniquement les acteurs de la première catégorie, c'est-à-dire des personnes victimes de l'AVC. Ils sont les plus concernés par cette étude.

A- Sexe

Le graphe suivant présente la répartition des patients en fonction du sexe



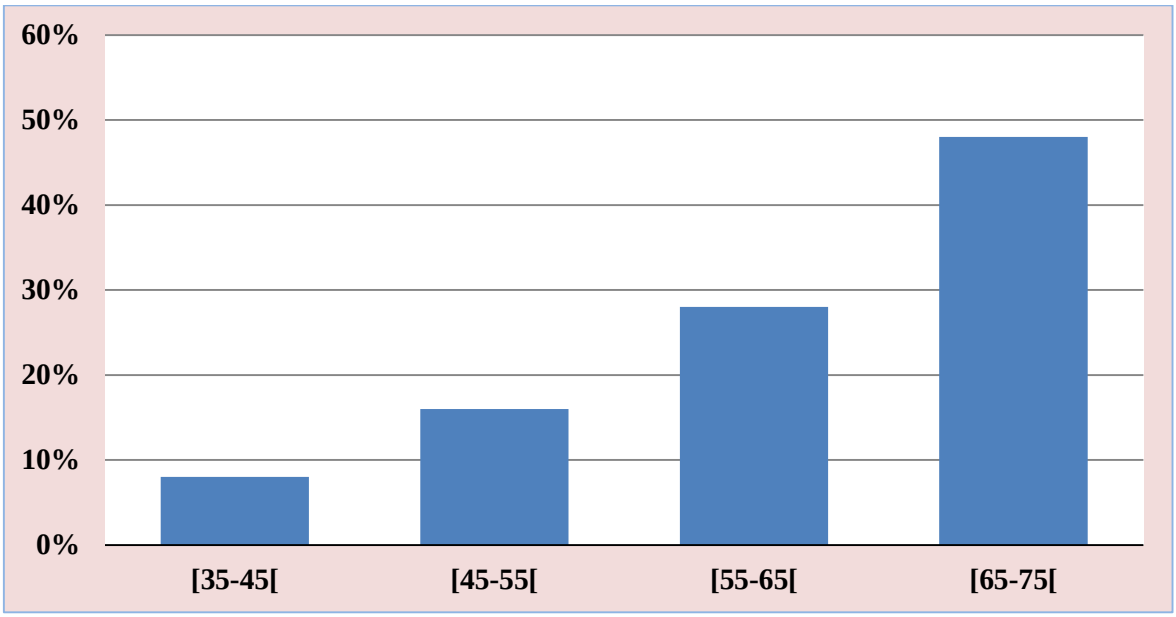
Source : données de terrain novembre 2023

Figure 1: ***répartition de la population cible en fonction du sexe***

De la lecture de ce graphe, nous pouvons retenir que les hommes sont majoritaire concernés par la situation d'AVC. La répartition des patients enquêtés en fonction du sexe indique que 64% sont de sexe masculin. Le sex-ratio est de 1,7. On pourrait donc dire que la situation d'AVC concerne environ 2 hommes pour une femme. Les hommes sont donc plus vulnérables que les femmes.

B- ÂGE

Le graphe suivant montre la distribution de la population des patients enquêtés en fonction de l'âge.



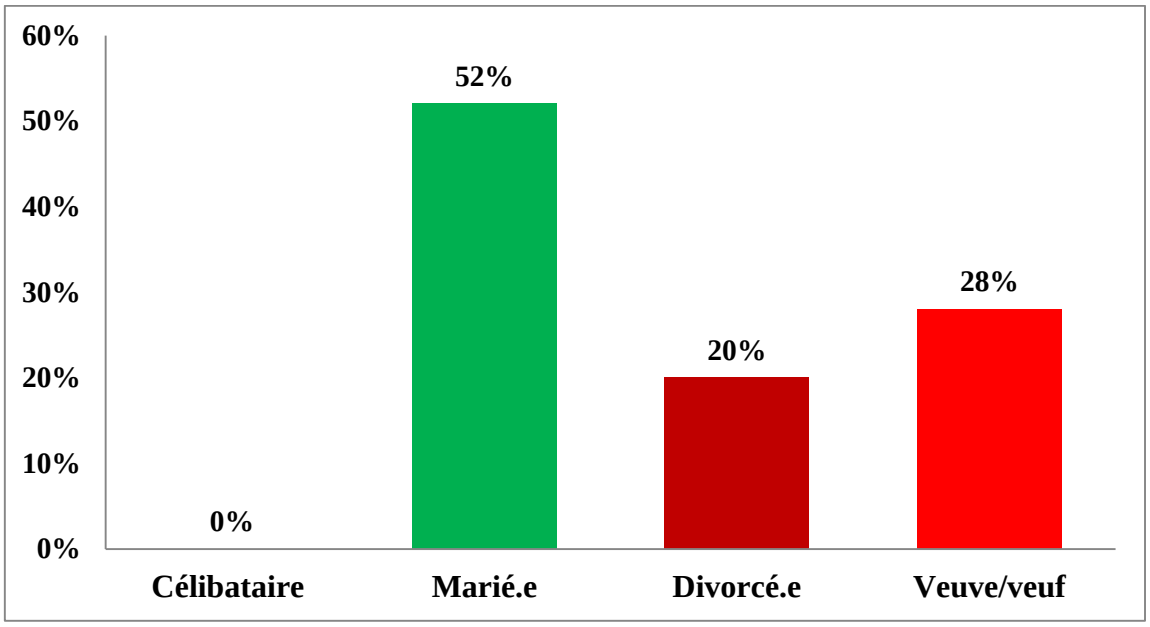
Source : données de terrain novembre 2023

*Figure 2**: répartition des patients en fonction de l'âge***

De la lecture de ce graphe, nous retenons que plus l'âge augmente, plus les personnes sont à risque de présenter un tableau clinique d'AVC. La classe modale de cette série statistique est de 65 à 75. Ainsi, 48% des enquêtés, ont un âge compris entre 65 et 75 ans. Cependant, la moyenne est des âges est de 61 ans 7mois. De plus, l'intervalle médian est de 55-65 ans. Le minimum des âges est de 36 ans et le maximum est de 73 ans. Cette distribution de la population et les valeurs obtenues au niveau des paramètres de tendance centrale indiquent un assemblage des points au niveau de la tranche 60-65 ans. Cela montre qu'effectivement l'AVC touche plus fréquemment les personnes du troisième âge. Mais le minimum des âges indique des sujets très jeunes peuvent être touchés par cette pathologie.

C- Situation matrimoniale

Le graphe suivant montre la répartition des patients enquêtés en fonction de leur situation matrimoniale.



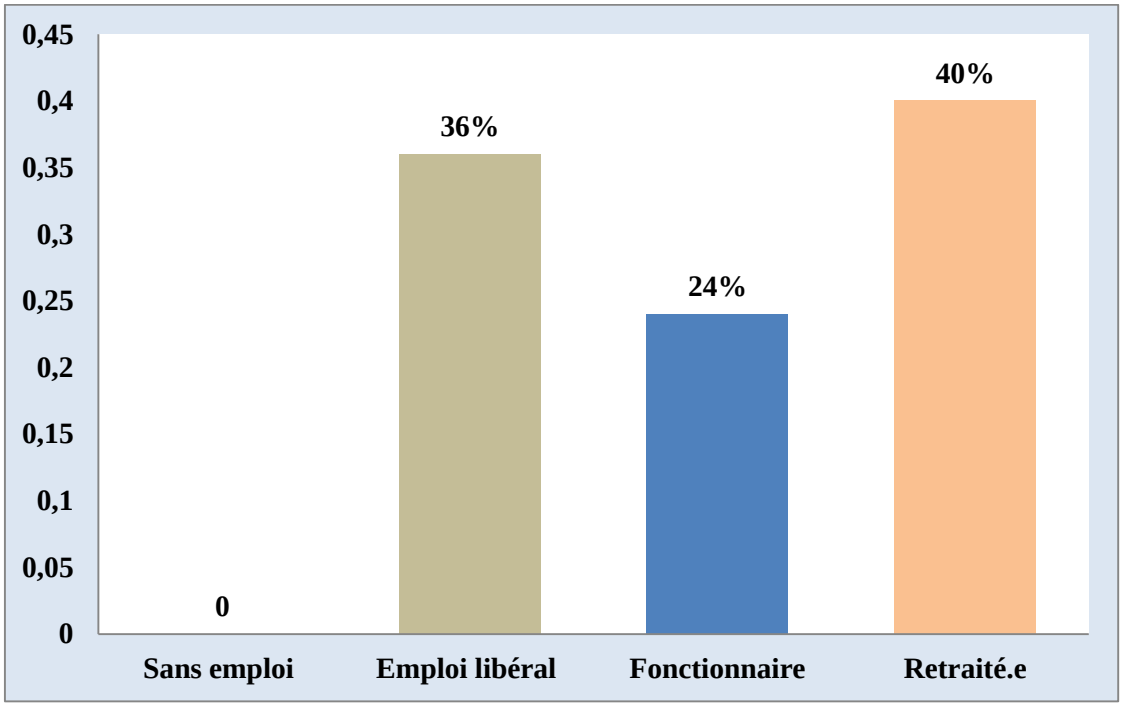
Source : données de terrain novembre 2023

*Figure 3**: répartition des patients en fonction de la situation matrimoniale***

Cette distribution indique que la majorité (52%) des enquêtés vivent encore avec un ou une conjointe. Cependant, une proportion non négligeable d'entre eux vivent sans un ou une conjointe. dans cette catégorie, nous dénombrons 20% de patients qui avaient divorcé avec leur conjoint et 28% qui sont veufs ou veuves. Il est une évidence que dans la gestion d'une pathologie de surcroît chronique, l'accompagnement d'une personne très proche, notamment du ou de la conjointe est indispensable.

D- Situation professionnelle

Le graphe suivant présente, la répartition des enquêté suivant leur statut professionnel.



Source : données de terrain novembre 2023

*Figure 4:**répartition des patients en fonction du statut professionnel***

De cette figure, il peut être retenu que la majorité des personnes enquêtées jouissent déjà de leur droit à la retraite. Cette tranche de la population des patients représente 40% de l'ensemble des patients. Cette catégorie de personnes dispose en générale d'une prise en charge de l'état, mais ne détiennent souvent pas d'assurance. Ces personnes n'ont généralement pas les moyens pour faire face efficacement à la maladie et à ses implications. C'est l'entourage qui généralement pourvoir aux ressources inhérentes à la gestion de la maladie. Par contre, il n'y a pas de personne en situation de sans emploi ou de chômage. Nous avons dénombré 36% de personnes exerçant un emploi libéral et 24% de fonctionnaires d'Etat.

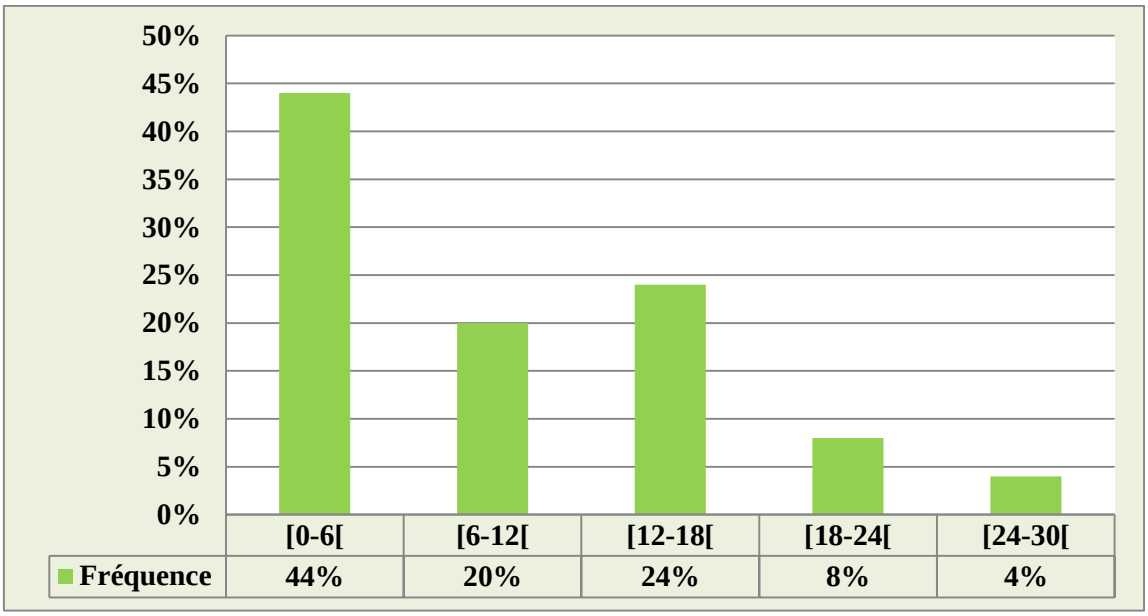
Considérant que l'accident vasculaire cérébral implique de débourser d'importantes ressources financières pour l'achat des médicaments, pour la rééducation fonctionnelle et pour d'autres soins, il important d'estimer que la maladie vasculaire cérébrale met les familles du patient en difficultés financières et sociales.

4.3. Gestion de la maladie par le malade et sa famille.

Le sujet confronté à l'accident vasculaire cérébral est généralement incapable de pourvoir à lui seul à ses besoins. Il a besoin d'une prise en charge médicale et sociale. En effet, la qualité de vie et de d'autonomie du patient dépendent grandement des impacts de l'accident sur lui et des fonctions touchées ou perdues. Cette pathologie implique donc une solidarité et une sollicitude autour du patient.

4.4. Antériorité de la maladie

Pour évaluer le vécu de la pathologie, il est important d'évaluer l'antériorité de la maladie. Le graphique suivant indique la répartition des enquêtés suivant l'antériorité de la maladie.



Source : données de terrain novembre 2023

*Figure 5: **Répartition des enquêtés suivant l'antériorité de la maladie***

De la lecture de cette figure, il apparait que 44% des enquêtés sont confrontés à la situation d'AVC il y a moins de 6 mois. 20 % et 24% d'entre eux vivent cette situation depuis respectivement 18 et 24 mois environ. Par ailleurs, il y a 8% des enquêtés qui sont confrontés à cette pathologie depuis près deux ans et 4% qui sont déjà dans leur troisième année. L'antériorité moyenne de la pathologie remonte à environ 10 mois. Ainsi, cette pathologie mobilise les acteurs depuis 10 mois environ.

4.4.1. Le lien de l'accompagnateur avec le patient

L'accident vasculaire cérébral oblige la famille à se réorganiser autour du patient pour l'aider et l'accompagner dans la récupération de son autonomie ou pour lui faciliter le vécu de la situation. Ainsi, il arrive fréquemment que des familles délèguent cette responsabilité à un membre de la famille. Le tableau suivant présente la répartition des garde-malades en fonction de leur lien avec le patient.

Tableau I: ***répartition des garde-malades en fonction de leur lien avec le patient***

Lien avec le patient	Effectif	Fréquence
Conjoint	5	20%
Géniteur.trice	13	52%
Parenté.e	3	12%
Employeur	4	16%
Total	25	25%

Source : données de terrain novembre 2023

De la lecture de ce tableau, il apparaît dans la majorité des cas, ce sont les enfants du malade qui s'occupent de la gestion ou de l'accompagnement du patient lors des soins à l'hôpital ou à domicile. Ainsi, dans 52% des cas, le garde-malade est un enfant ou petit enfant du patient. Cependant, l'apport des soins au malade peut être confié à un parent proche (une cousine, une nièce du patient). Ainsi, nous avons observé que 12% des garde-malades sont des parentés du patient. Les enfants pour diverses raisons notamment professionnelles peuvent employer une personne pour donner les soins à leur parent malade. Ainsi, 16% des garde-malades sont employés de maison de la famille ou engagés exceptionnellement pour la circonstance. Par ailleurs, 20% des garde-malades sont des conjointes du patient. Nous n'avons noté la présence d'un homme comme garde malade. Ces personnes abandonnent généralement leur occupation habituelle pour répondre aux besoins ou aux sollicitations du malade.

4.5. Vécu de la maladie

La situation d'accident vasculaire cérébral est source d'importante souffrance physique, sociale, morale et psychologique pour le malade et pour sa famille. Le seul facteur qui maintient les patients est l'espoir de retrouver la santé et la mobilité. Au sujet, du vécu de la maladie, un patient en rééducation fonctionnelle déclare, je cite

« […] Cette maladie m'a anéanti. Je ne pouvais pas croire. Tout allait si bien, je m'étais levé le matin, à 5 h et je me suis rendormi. Autour de 7h 15 min, je m'étais réveillé avec une sensation de vertige. C'est ma descente en enfer. Je ne me souviens vraiment pas de ce qui s'est passé. J'ai perdu la mobilité de tous mes membres. J'étais terrorisé à l'idée de rester comme ça le reste de ma vie. J'ai désiré la mort. Mais, progressivement, je reprends mes forces. Du fond de mon cœur, j'invoque constamment Dieu. C'est un calvaire, cette épreuve. Lors des exercices, seul, j'ai terriblement peur de chuter à nouveau et d'aggraver ma situation, or, la récupération des fonctions n'est qu'au prix de la constance dans les efforts. Mes enfants souffrent. Certains d'eux, pour m'éviter des peines, se réservent de manifester leur souffrance morale et leur difficulté financière, en ma présence. Mais, moi, je veux juste récupérer la mobilité de mes membres […] ». [Extrait d'entretien avec D. K., 61 ans, retraité, patient en rééducation fonctionnelle].

De cet extrait d'entretien, il apparait l'accident vasculaire cérébral de D. K. est survenu brutalement. Autant, le patient que son entourage notamment ses enfants souffrent. Cette souffrance des différents acteurs est liée à plusieurs facteurs. Il s'agit d'abord de la perte des fonctions, qui a entrainé des incapacités et de l'impotence fonctionnelle au niveau du patient. Il a aussi les implications financières que la situation engendre. La souffrance morale est une conséquence des incapacités et des difficultés etl' impuissance face à cette maladie .Le patient estime qu'il a désiré la mort.

A l'instar de D. K. beaucoup de patients souffrent cruellement face à cette maladie Ils sont absolument impuissants et leur existence dépend uniquement de la bonne volonté ou de la sollicitude des autres membres de l'entourage. Au sujet de la dépendance du malade et son entourage, un patient déclare.

« […] Cette situation, on ne peut pas la souhaiter à son pire ennemi. C'est cruel. Si ce n'est pas mes frères et sœurs, je serai mort probablement. J'étais à froid avec ma femme quand la situation est arrivée. Elle a refusé de s'occuper de moi. Mes enfants sont encore très jeunes. J'aurais aimé mourir en même temps, mais hélas. Je n'avais pas beaucoup de ressources, mais ce que je vais manger ne me manquait pas. En 6 mois, c'est fini. Mes

séances, de rééducation, mes ordonnances médicales, mes besoins, me sont assurés par les autres. Chacun fait ce qu'il peut. Mais, le seigneur est en train de faire son œuvre. Je remarche […] ». [Extrait d'entretien avec A. G., 42 ans].

De l'analyse de cet extrait de discours, nous pouvons retenir que la dépendance absolue du patient vis-à-vis de son entourage constitue une source secondaire de souffrance. Le patient souffre silencieusement de la situation face à laquelle il demeure impuissant.

Nous avons constaté que les patients dans cette situation porte pratiquement tous des objets de piétés, des textes ou livrets de prière. Cela traduit l'impuissance face à la situation et le recours à l'aide de la providence pour le recouvrement de la santé. Sur la question de l'impuissance et de la souffrance dans la gestion de l'AVC, un garde-malade déclare :

« […] C'est une situation compliquée. Nous sommes sans espoir. Malgré les déclarations des agents de santé, moi, je n'observe aucun changement. Papa garde en espoir que ce n'est que le seul endroit où il peut retrouver ses facultés. On n'a plus d'argent, nous évoluant par prêt. Depuis quatre mois, je suis bloquée ici et ma boutique est fermée. Je suis vraiment épuisé moralement. Mais, c'est mon père, je suis sa seule fille et maman n'est plus. Quelle belle-sœur va lui faire comme moi ? D'ailleurs, il s'opposerait à ce qu'elle s'occupe de lui jusqu'à ce point. Si on en arrive là, je suis sûre qu'il mourait de chagrin et non de la maladie […] ». [Extrait d'entretien avec T. F., 32 ans, commerçante, garde-malade].

Ainsi, l'AVC mobilise l'entourage ou des membres de l'entourage qui sont obligés d'abandonner leur occupation habituelle pour prendre soin du malade. La souffrance augmente lorsque la récupération des fonctions tarde à venir. Ainsi, face à l'AVC, aussi bien le patient que la famille souffre non seulement de la maladie, mais également des facteurs connexes. Cela montre dans la gestion de cette situation et de ses retentissements sur le malade et sur son entourage, l'accompagnement sanitaire doit être holistique, pluridisciplinaire et intégral.

4.6. État de la prise en charge sanitaire de l'AVC au centre de santé à vocation humanitaire sainte Élisabeth de la Trinité des sœurs OCPSP d'Abomey-Calavi.

La prise en charge des patients atteints d'AVC est plus médicale. La dimension sociale et psychologique du patient est généralement négligée. En effet, les agents de santé, rencontrés

reconnaissent et admettent la nécessité voir même l'urgence de faire appel aux psychologues dans la gestion des cas. Mais, généralement, ils en abstiennent compte tenu du fait que les patients manquent de ressources pour faire face à la seule même dimension médicale de la pathologie. Nos observations en lien avec les discours des médecins traitants montrent qu'il n'existe pas de psychologue au centre de santé à vocation humanitaire sainte Élisabeth de la Trinité des sœurs OCPSP. De plus, l'éventualité d'une collaboration avec un psychologue pour des prestations à temps partiel n'est pas envisagée. Au sujet de l'état du plateau technique dans la prise en charge de l'AVC, un kinésithérapeute déclare :

> *« […] Je n'ignore pas le rôle et la nécessité d'un psychologue dans la gestion des pathologies chronique en général et de l'AVC en particulier. Je sais que la souffrance qui en découle va au-delà, des difficultés à honorer aux ordonnances et hospitalisations, mais nous sommes dans un contexte où les patients manquent sérieusement de ressources. Très peu d'entre eux détiennent d'assurance ou de prise en charge. De plus, je ne connais pas de psychologue donc les prestations peuvent être couvertes par des maisons d'assurance. Si vous avez des contacts, il faut m'en donner. Je veux bien aider les patients et leurs familles, mais malheureusement, beaucoup considère que c'est des soins de luxe ou que j'exagère. Ma chère, nos conditions de vie ne facilitent pas cette qualité de soin. Nous faisons avec les moyens de bords et avec les moyens dont dispose le patient pour la gestion de sa maladie […] ».*

[Extraire d'entretien avec un kinésithérapeute au centre de santé à vocation humanitaire sainte Élisabeth de la Trinité des sœurs OCPSP].

De cet extrait d'entretien, il apparaît que l'absence de psychologue dans l'équipe de soin émane de plusieurs facteurs, mais qui se résume tous à l'indisponibilité de ressources financières. Les honoraires du psychologue sont considérés comme étant un coût supplémentaire. De plus, l'absence de la prise en charge de la dimension psychologique dans le protocole d'accompagnement du patient est aussi liée la non-couverture des soins en santé mentale par des maisons d'assurance dans notre pays. Cela pourrait faciliter la prise en charge des patients qui en détiennent les ressources. Il y a, par ailleurs, une absence de collaboration entre ce centre d'accompagnement et des psychologues. Cela pourrait également amoindrir les charges pour le patient. Ainsi, l'absence de psychologue dans ce centre de référence en matière de pris en charge

des AVC, n'est pas liée à l'ignorance ou à l'involonté des soignants, c'est plus le fait de la précarité des conditions de vie des patients qui ne détiennent pas les ressources pour payer les prestations du psychologue. Les acteurs savent que l'apport du psychologue dans la prise en charge de cette pathologie est indéniable. Tout le système autour de la gestion de cette maladie souffre de cette absence du psychologue. Ainsi, les communications entre le corps soignant, le patient et sa famille sont parfois dysfonctionnelles et la famille se sent parfois exclue des soins alors que c'est elle qui fournit les ressources pour les soins. Cela génère un sentiment d'injustice qui ne facilite pas la collaboration Des familles s'allient avec le malade contre les soignants et le patient s'oppose aux traitements. Parfois, le patient impuissant face à la machine que constitue la famille cherche effrénément à s'associer avec le soignant contre la famille, mais ne parvient pas, car la famille ne fournit plus les ressources financières et l'aide nécessaire pour l'accompagnement. Ainsi, le rôle de facilitation, de communication, et de prise en charge de la douleur morale du psychologue n'existe pas au centre de santé à vocation humanitaire sainte Élisabeth de la Trinité des sœurs OCPSP d'Abomey-Calavi. Nous retenons donc que dans le protocole de prise en charge du patient, les soins psychologiques sont non intégrés. L'absence du psychologue dans l'équipe de soin constitue une source de souffrance pour chacun des acteurs impliqués dans la gestion et la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral.

Discussion des résultats

Cette recherche qui porte sur une population relativement faible de personnes victimes d'AVC a permis d'obtenir des données qui pourraient faciliter une prise de décision en matière de résolution pour l'amélioration de la qualité des soins et pour l'amélioration de la qualité du plateau technique. Néanmoins, ces données constituent des données parcellaires du fait que la taille de l'échantillon est réduite et la collecte des informations est localisée à un seul centre. Cette observation ne constitue pas cependant une faiblesse pour cette étude. D'ailleurs, il est admis que les données disponibles sur les AVC en milieu tropical sont parcellaires pour plusieurs raisons. D'abord, en absence d'un registre de décès liés à cette pathologie au plan national ou de réseau de surveillance pouvant faciliter la triangulation des données pour l'obtention des informations plus englobantes et holistiques de la situation sanitaire relativement à l'AVC restera problématique. Nous retenons donc à l'instar de Brainin, *Teuschl et Kalra* (2007) que la connaissance des AVC en milieu tropical repose essentiellement sur des séries hospitalières.

L'un des plus grands freins à la prise en charge globale et singulière du patient est liée à la restriction des ressources financières nécessaires. En effet, la prise en charge financière des soins, à charge du patient, restreint l'accès à l'hôpital aux populations ne bénéficiant pas d'une couverture sociale. Ainsi, il y a une disparité au niveau de la qualité des soins administrés aux patients. La qualité du soin varie selon le statut et les ressources dont disposent le patient et sa famille pour faire face à la gestion de la maladie. D'ailleurs, les patients victimes d'AVC qui bénéficient de soins médicaux ne constituent qu' une partie infinitésimale de la population des personnes confrontées à cette pathologie. Cette réalité n'est pas singulière à notre pays. C'est le cas en général dans les pays pauvres. C'est ce que semble démontré Mishra et al (2006) lorsqu'ils rapportent qu'en Inde, un patient sur 25 ayant présenté un AVC sera hospitalisé. Selon *Sagui et Coll* (2005) ce biais n'a jamais été mesuré en Afrique. Ils admettent néanmoins que le ratio homme/femme des patients admis pour un tableau clinique d'AVC était d'une femme pour 4 hommes. Selon ces auteurs, cette différence n'est pas significative. Dans le cadre de cette recherche, nous avons obtenu un ratio estimé à un homme pour deux femmes environ.

De nos données nous retenons que les personnes ayant entre 65 et 75 sont plus à risque et le risque de présenter un tableau clinique d'AVC augmente avec l'Âge après 60 ans. L'âge moyen des patients est estimé à 61 ans 7mois. Ce résultat rejoint ceux obtenus par *Sagui* et *Coll* (2005). Ces auteurs ont trouvé au Sénégal que l'âge moyen des patients atteints d'AVC est de 65 ans. Plusieurs facteurs peuvent concourir à la réduction ou l'augmentation de l'âge. Ils indiquent que les facteurs de risque sont entre autres, le sexe, les conditions de vie socioéconomiques, le lieu de résidence, etc. Nous admettons donc avec ces auteurs que si cette différence persistait après ajustement sur l'âge et le sexe, les facteurs de risque cardiovasculaires reconnus sont le niveau social. Ces données sont en faveur de l'existence d'un effet ethnique dans le type d'AVC. On estime que même si la physiopathologie des infarctus lacunaires est toujours incomplètement comprise, l'hypertension artérielle en reste le principal facteur de risque. La prévention primaire doit s'attacher à contrôler au mieux les facteurs de risque de l'AVC. Elle nécessite d'abord une reconnaissance de l'AVC comme étant un problème majeur de santé publique. Ses moyens sont politiques et comprennent deux axes : l'accès aux soins et le changement de comportement. L'accès aux soins peut être facilité en élargissant la couverture sociale, permettant ainsi une prise en charge médicale, psychologique et hospitalière du plus grand nombre, un coût bas, voire la gratuité des médicaments essentiels, et l'amélioration des réseaux routiers.

Indépendamment du coût, de la disponibilité ou de l'authenticité d'un médicament, la prise de ce dernier est associée à une perception négative, et non positive. Un traitement se prend encore trop souvent pour guérir d'une maladie, et non pas pour la prévenir. De plus, les soins sont généralement parcellaires. La dimension psychologie est absente dans les protocoles de prise en charge. De ces observations, nous retenons que l'AVC est une source de souffrance sociale, économique et psychologique pour les patients et leurs familles. L'absence de soins psychologique ne facilite l'adaptation à la situation, aux soins, à l'observance. Le vécu de l'AVC dans ce contexte est très éprouvant émotionnellement et psychologiquement pour tout le système sanitaire et social.

CHAPITRE V : L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE DES PATIENTS SOUFFRANT D'AVC

De nombreuses séquelles à la fois physiques et psychologiques persistent après l'accident vasculaire cérébral. Des troubles psychologiques sont liées au stress, à l'invalidité et au contact avec la mort. De nos observations, entretiens, questionnaires et les connaissances issues de la recherche documentaire, la plupart de ces patients souffrent de la dépression, les troubles d'anxiété et d'autres troubles psychologiques Au cours de notre stage, nous avons constaté que l'accompagnement psychologique des patients souffrant d'avc n'est pas encore une réalité. Lors de notre entretien, les soignants affirment être conscients de la détresse psychologique que vivent les patients souffrant d'avc Mais ils sont impuissants face à cette situation car le cout du traitement médical de cette affection constitue une lourde charge pour les patients et leur entourage. Ce sont les séquelles physiques qui retiennent le plus l'attention des soignants. Or si la détresse psychologique n'est pas repérée tôt et soignée, elle peut réduire l'efficacité de la récupération. Le psychologue est formé à l'accompagnement et au soin psychique : il propose des entretiens permettant au patient qu'il rencontre de faire le point sur sa situation, de restaurer son image d'elle-même dégradée par la maladie Le psychologue lors de l'entretien évalue les séquelles de l'avc sur la mémoire, le langage, les émotions, le comportement …

Le psychologue à base des signes et souvent avec des tests évalue la détresse psychologique (la dépression, l'anxiété.) et démarre une psychothérapie très tôt La personne souffrant d'avc doit se sentir autorisée à exprimer ses émotions, son ressenti et sa difficulté éventuelle La famille des personnes souffrant d'avc éprouve un désarroi intense. Pour cela un accompagnement est nécessaire pour les aidants des patients afin de soulager également leur détresse psychologique Dans les cas où les personnes souffrant d'avc sont bien accompagnés, la souffrance psychologique, les désordres émotionnels peuvent s'atténuer a au fil du temps facilitant une récupération rapide des fonctions motrices. Cet accompagnement psychologique qui est une intervention psychologique vise à comprendre la vulnérabilité et la détresse psychologique, à réduire cette détresse et les comportements pathologiques, à développer la résilience face à cette situation de maladie, à prévenir la formation des troubles pathologiques

Les types d 'intervention lors de l'accompagnement psychologique dans la prise en charge des patients souffrant d'avc sont la psychoéducation, la psychothérapie de soutien, les TCC et autres psychothérapies selon les troubles présentés par le patient.

La psychoéducation vise à informer les patients et leurs familles sur les différents aspects de la maladie, à créer des conditions favorables à une coopération active vis à vis des traitements médicamenteux et la kinésithérapie, à consolider ou acquérir les compétences d'adaptation pour mieux vivre avec l'accident vasculaire cérébral.

La psychothérapie de soutien a pour objectif d'aider le patient souffrant d'avc à comprendre sa situation, à s'interroger sur ses capacités d'adaptation face à la nouvelle réalité. Les techniques les plus utilisées sont la valorisation, l'encouragement, les conseils, le développement des habiletés d'adaptation, la prise de conscience. Elle permet d'apaiser ou diminuer l'anxiété liée à la situation d'avc afin de rétablir l'équilibre psychologique. Cette thérapie est le point de départ des autres psychothérapies telles que les thérapies cognitivo-comportementales.

Les psychothérapies cognitives et comportementales : Les patients souffrant d'avc ont souvent une labilité émotionnelle Les TCC les aide à réguler ces désordres émotionnels. L'objectif principal des TCC est de modifier la façon de penser, la manière dont ces patients ressentent les émotions qui en découlent. Cela modifiera les comportements nuisibles du patient face à la situation d'avc et adopter des comportements adaptés

CONCLUSION

Les accidents vasculaires cérébraux sont une pathologie dont la prévalence est en constance augmentation dans votre société. De par ses idéologies, personne n'en est véritablement épargné. Nous en sommes tous de potentiels candidats. Cette caractéristique de cette pathologie et les conséquences irrémédiables qu'elle entraîne généralement font d'elle un problème de santé publique. Elle constitue l'une des plus importantes sources de mortalité dans le monde. En Afrique subsaharienne, la plupart des études sont biaisées et estiment mal l'incidence et la prévalence des AVC. Les conséquences de l'accident vasculaire cérébral s'observent au plan somatique, psychologique et social. L'AVC engendre d'importantes pertes de fonctions et d'autonomie avec une dépendance quasiment absolue du malade vis-à-vis de son entourage. Il s'accompagne d'une souffrance physique et d'une douleur morale qui amène parfois le malade à désirer à la mort. L'entourage étant témoins des souffrances du malade et étant obligé de se mobiliser ou de se réorganiser pour faire face non seulement aux dépenses inhérentes aux soins, mais aussi pour la satisfaction des besoins personnels du malade, qui vit parfois dans un état de détresse psychologique. Cet état entraine un épuisement physique, économique et moral avec un émoussement des ardeurs. Ainsi, dans la gestion de l'AVC, aussi bien le malade que sa famille ont besoin d'un accompagnement psychologique. Le plateau technique pour la gestion de cette pathologie doit intégrer tous les aspects pour un soin holistique et complet du malade et de son système. Malgré cette dangerosité de l'AVC, sa forte mortalité et la souffrance qu'elle provoque, les données sur cette maladie sont rares et celles qui sont disponibles sont parcellaires dans notre pays. A la souffrance des patients et de leur entourage, interpelle tout le système de santé qui doit repenser la qualité et la nature des soins administrés dans la prise en charge des AVC. C'est à cet effet que nous avons effectué la présente recherche pour mettre en évidence le vécu et la qualité de la prise en charge des patients atteints d'AVC recevant des soins au centre de santé à vocation humanitaire sainte Élisabeth de la Trinité des sœurs OCPSP d'Abomey-Calavi. Pour atteindre cet objectif, nous avons effectué lors de notre stage académique, des recherches documentaires qui nous ont permis de cerner la situation des AVC dans le monde, en Afrique et au Bénin. Cette recherche documentaire nous a permis de construire le cadre théorique de la recherche et d'élaborer des hypothèses théoriques. Ces hypothèses ont été éprouvées sur le terrain à partir d'une population de 53 individus dont vingt-cinq (25), dix-sept (17) membres de familles de malades, sept (7) agents de santé et quatre (4) psychologues. Les informations ont été collectées auprès de ces personnes à l'aide de la grille d'entretien et de l'observation. Les données obtenues montrent que l'AVC est un problème très

important au sein de notre société. Cette maladie provoque des souffrances pour tous les membres de la famille des malades. Certaines personnes sont obligées d'abandonner les occupations habituelles pour aider le malade. Elle enlise des familles dans la pauvreté, dans des problèmes d'endettement avec des conséquences sociales importantes. Les soins apportés au malade se limitent à la chimiothérapie et à la kinésithérapie pour les rééducations fonctionnelles. Dans le protocole de prise en charge, les soins psychologiques sont négligés pour diverses raisons. La précarité des conditions de vie des populations handicape le processus de soins. Par ailleurs, la souffrance des parents n'est pas prise en compte par le système de santé qui oublie que le système social du malade constitue un partenaire dans la gestion de l'AVC. De plus, les soins psychologiques sont considérés par certaines familles comme des soins de luxes. Il importe donc que les actes de soins soient requalifiés pour permettre aux malades et à leurs familles de bénéficier d'un accompagnement psychologique, quels que soient les moyens dont ils disposent. L'AVC est une pathologie grave qui bouleverse l'ordre familial avec des conséquences économiques psychologiques et sociales importantes. Nous pensons que l'Etat doit déclarer cette pathologie comme une épidémie pour que les soins ne soient plus à charge seule du malade et de sa famille.

Références bibliographiques Références bibliographiques

*Béliard A. et Eideliman J-S., 2014, Théories diagnostiques et problèmes de santé. *Revue française de sociologie, Éditions Presses de Sciences,* Vol. 55, N°3 pp.507-536.

Bousser M. G et Mas J. L. 2009, *Accidents vasculaires cérébraux*. Paris : Doin.1224p.

Bousser, M.-G. & Mas, J.-L., 2009, Chapitre 1 : Introduction. In : Accidents Vasculaires Cérébraux, Traité de Neurologie, pp. 1-6.

Brainin M, Olsen TS, Chamorro A, Diener HC, Ferro J, Hennerici MG., 2004, Organization of stroke care : education, referral, emergency management and imaging, stroke units and rehabilitation. European Stroke Initiative, *Cerebrovasc Dis, vol 17*, N° 2, pp.1-14.

Chazot-Balcon M., Salle J-Y, Henry É, Bouchard J-P, 2019, Les accidents vasculaires cérébraux et la prise en charge psychologique à domicile des personnes qui en sont victimes. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, Vol 177*, Issue 10, pp.1017-1024

Chraa M, Kissani N. 2015, Facteurs de risque des accidents vasculaires cérébraux. *Revue Neurologique*, vol 171, Supplément 1: A35.

Connor M D, Walker R, Modi G, Warlow CP, 2007, Burden of stroke in black population in SubSaharan Africa, *Lancet Neurol, vol 6* pp.269-78.

Cowppli-Bony P, Sonan-Douayoua T, Akani F, Ahogo C, Kouassi Ng, Beugre Kouassi E., 2007, Epidemiologie des accidents vasculaires cerebraux au service de neurologie de bouake. *Médecine d'Afrique noire, vol 54* ; N°4, pp.199-202.

Fery-Lemonnier, E. (2009). La prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France. Synthèse du rapport à Madame la ministre de la santé et des sports.

Fourcade L. 2007, épidémiologique et développement : l'essor des maladies non transmissibles est-il une fatalité ? *Med Trop, vol 67,* pp.543-544

Goldstein, L.B., Bushnell, C.D., Adams, R.J., Appel, L.J., Braun, L.T., Chaturvedi, S., Creager, M.A., Culebras, A., Eckel, R.H., Hart, R.G., Hinchey, J.A., Howard, V.J., Jauch, E.C., Levine, S.R., Meschia, J.F., Moore, W.S., Nixon, J.V.I., Pearson, T.A., (2011), American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular Nursing, Council on Epidemiology and Prevention, Council for High Blood Pressure Research,Council on Peripheral Vascular Disease, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research Guidelines for the primary prevention of stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke, vol 42*, N°2, pp.517-584.

Gombet TR, Ellenga M, Ikama MS, Etitiele F., 2007, Facteurs de risque des accidents vasculaires cérébraux ischémiquesau centre hospitalier et universitaire de Brazzaville. *Médecine d'Afrique noire, vol 54*, N°12, pp.639-645

Hazzami G., 2010, Analyse de la prévalence des AVC au Maroc : le rôle des facteurs socioéconomiques et comportementaux.

Kapiga, S., 2011, Commentary: Non-communicable diseases in sub-Saharan Africa: a new global health priority and opportunity. *International journal of epidemiology, vol 40*, N°4, pp.902-903.

Keita Ad TMDA. 2005, Aspects épidémiologiques des accidents vasculaires cérébraux dans le service de tomodensitométrie à l'hôpital du point G., Base documentaire, BDSP, vol. 65, pp.453-457.

Keita AD, Touré M, Diawara A, Coulibaly Y, Doumbia S, Kane M, Doumbia D, Sidibe S, Traoré I., 2005, Aspects épidémiologiques des accidents vasculaires cérébraux dans le service de tomodensitométrie à l'hôpital du point G à Bamako, *Med trop, vol 65*, pp.453-457.

Kleinman A., 1988, *The Illness Narratives. Suffering, Healing and the Human Condition, New York (NY), Basic Books*.

Kpadonou, G., Houinato, D., Alagnidé, E., Adjein, C. & Avodé, D., 2002, Handicap fonctionnel chez les hémiplégiques vasculaires au CNHU de Cotonou-Bénin : mesure et facteurs déterminants. *Le Bénin Médical*. 20, pp. 36–40.

Lemogoum D, Degaute JP, Bovet P. 2005, Stroke prevention, treatment and rehabilitation in sub-saharanAfrican. *Am J Prev Med; vol 29*, N°5, pp.95-101.

Mensah, G.A., 2008, Epidemiology of stroke and high blood pressure in Africa. *Heart. Vol 94,* N°6, pp. 697–705.

MOUGEL S., 2009, *Au chevet de l'enfant malade. Parents/professionnels, un modèle de partenariat ?* Paris, Armand Colin.

Murray CJ, Lopez AD. (1997). Mortality by cause for eight region of the world: Global Burden of Disease study. *Lancet; vol 349,* pp.1269-1276.

Murray, C.J. & Lopez, A.D., 1997, Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *The Lancet. Vol 349*, N° 9063). pp.1436–1442.

OMS, 1989, Report of the WHO task force on stroke and other cerebrovascular disorders: stroke. Recommendations on stroke prevention, diagnosis and therapy. *Stroke, vol 20*, pp.1407-1431.

Sagui E. 2007, Les accidents vasculaires cérébraux en Afrique subsaharienne, *Med trop, vol 67,* pp.596-600.

Sagui, E., 2007, Les accidents vasculaires cérébraux en Afrique subsaharienne, *Médecine tropicale : revue du corps de santé colonial,*Vol 67, pp. 596–600.

Sherlock P., 2010, Stroke in Developing Countries: Epidemiology, Impact and 237 Policy Implications. Vol, 28, N°6, pp. 693–709.

Sidibe S, Kane M, Touré M., 2000, Le scanner cérébral et urgences crânio-encéphaliques. Ve congrès de la Société de Radiologie D'Afrique Noire Francophone (Bamako), communication orale.

Strong K, Mathers C, Bonita R., 2007, Preventing stroke: saving lives around World. *Lancet Neurol, vol 6,* pp.182-187.

Strong, K., Mathers, C. & Bonita, R. (2007). Preventing stroke: saving lives around the world. *The Lancet Neurology, vol 6*, N°2, pp. 182–187.

Wahab, K.W., Okokhere, P.O., Ugheoke, A.J., Oziegbe, O., Asalu, A.F. & Salami, T.A., 2008, Awareness of warning signs among suburban Nigerians at high risk for stroke is poor: a cross-sectional study. *BMC neurology. Vol 8.* p.18.

Wasserman S, de Villiers L,Bryer A., 2009, Community-based care of stroke patients in a rural African setting. *S Afr Med J, vol 99*, pp.579-5783.

World Health Organisation, 2012, Who Global Info Base. Available from: https://apps.who.int/infobase/. Consulté le 12/11/2023 à 20h 35mn.

ANNEXES

Tableau A : Sexe

Sexe	Effectif (Eff)	Fréquence (%)
Masculin	16	64%
Féminin	9	36%
Total	25	100%

Source : données de terrain novembre 2023

Tableau B : Age

Tranche d'âge	Effectif (Eff)	Fréquence(%)
[35-45[	2	8%
[45-55[	4	16%
[55-65[	7	28%
[65-75[	12	48%
Total	25	100%

Source : données de terrain novembre 2023

Tableau C Situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Effectif (Eff)	Fréquence (%)
Célibataire	00	00%
Marié.e	13	52%
Divorcé.e	5	20%
Veuve/veuf	7	28%
Total	25	100%

Source : données de terrain novembre 2023

Tableau D : Situation professionnelle

Statut professionnel	Effectif (Eff)	Fréquence(%)
Sans emploi	00	00
Emploi libéral	9	36%
Fonctionnaire	6	24%
Retraité.e	10	40%
Total	25	100%

Source : données de terrain novembre 2023

Tableau E : antériorité de la maladie

Antériorité en mois	Effectif	Fréquence
[0-6[	11	44%
[6-12[	5	20%
[12-18[	6	24%
[18-24[	2	8%
[24-30[	1	4%
Total	25	100

Source : données de terrain novembre 2023

Questionnaire destiné aux personnes cibles

Numéro d'ordre :……

Profession :……
…….

Age :……

Sexe :

Religion :……

Situation matrimoniale:……
……

Nombre d'enfants :……

Niveau d'étude :……

Motif de consultation :……

1- Avez-vous eu des difficultés d'ordre relationnel au cours de votre prise en charge dans cette structure ?

Oui ▭ Non ▭

Lesquelles

2- Avez-vous Ies problèmes dans vos relations avec votre entourage ?

Oui ▭ Non ▭

Lesquels ?

3- Vous avez souvent les troubles de mémoire ,de langage ,des émotions ?

Oui ▭ Non ▭

4- Avez-vous trouvé les moyens pour surmonter ces problèmes, ces difficultés ?

Oui ☐ Non ☐

Lesquels ?

5- Savez vous qu'un psychologue peut vous aider à surmonter toutes ces formes de difficultés pour retrouver un bienêtre et une récupération rapide ?

Oui ☐ Non ☐

6- Apprécierez-vous d'être accompagné par d'une équipe pluridisciplinaire formée d'une kinésie thérapeute, d'un psychologue et d'un médecin ?

Oui ☐ Non ☐

7- Quelle leçon tirez-vous de cette affection d'AVC ?

……

……

……

……

Questionnaire pour le personnel soignant

Numéro d'ordre :……

Posteoccupé :……

……

……

1- Est que la prise en charge des patients d'AVC est souvent constituée d'un traitement médical (neurologie, cardiologie) et la kinésithérapie ?

Oui ☐ Non ☐

2- Connaissez-vous d'autres volets de la prise en charge des patients atteints d'AVC ?

Oui ☐ Lesquels ? Non ☐

3- Savez-vous qu'un patient atteint d'AVC développe des troubles cognitifs tels que : les troubles de la mémoire, de la coordination des mouvements, de la pensée, de l'humeur et de la concentration ?

Oui ☐ Non ☐

4- Connaissez-vous le spécialiste qui s'occupe de ces troubles ?

Oui ☐ lequel ?

……

……

Non

5- Avez-vous adressé ou recommandé à un patient souffrant de ces troubles cognitifs à un psychologue ou un neuro psychologue ?

Oui Non

6- Pensez-vous qu'un patient qui a un bien-être accepte facilement les soins et la rééducation ?

Oui Non

7- Est-ce que la dépression et l'anxiété sont souvent les problèmes psychologiques auxquels sont confrontés les patients atteints d'AVC ?

Oui Non

8- Pouvez-vous me donner quelques signes d'une dépression ou d'une anxiété ?

Non

Si oui lesquels

……
……..
……
……

9- Dans les cas d'une dépression ou d'une anxiété quelle est votre conduite ?

……
……

……

……..

.

10- Est-ce qu'un patient qui n'accepte pas les soins et la rééducation peut-avoir besoin d'un psychologue pour faciliter le traitement?

Oui ☐ Non ☐

11- Avez-vous eu déjà un cas de refus de soins et ou de rééducation ?

Oui ☐ Non ☐

12- Trouvez-vous nécessaire, la présence d'un psychologue dans l'équipe de soin, de rééducation ?

Oui ☐ Pourquoi ?

……

……

Non ☐ Pourquoi ?

……

……..

13- Pouvez-vous adresser un patient qui n'accepte pas la rééducation à un psychologue ?

Oui ☐ Non ☐

ORGANIGRAMME DU CENTRE

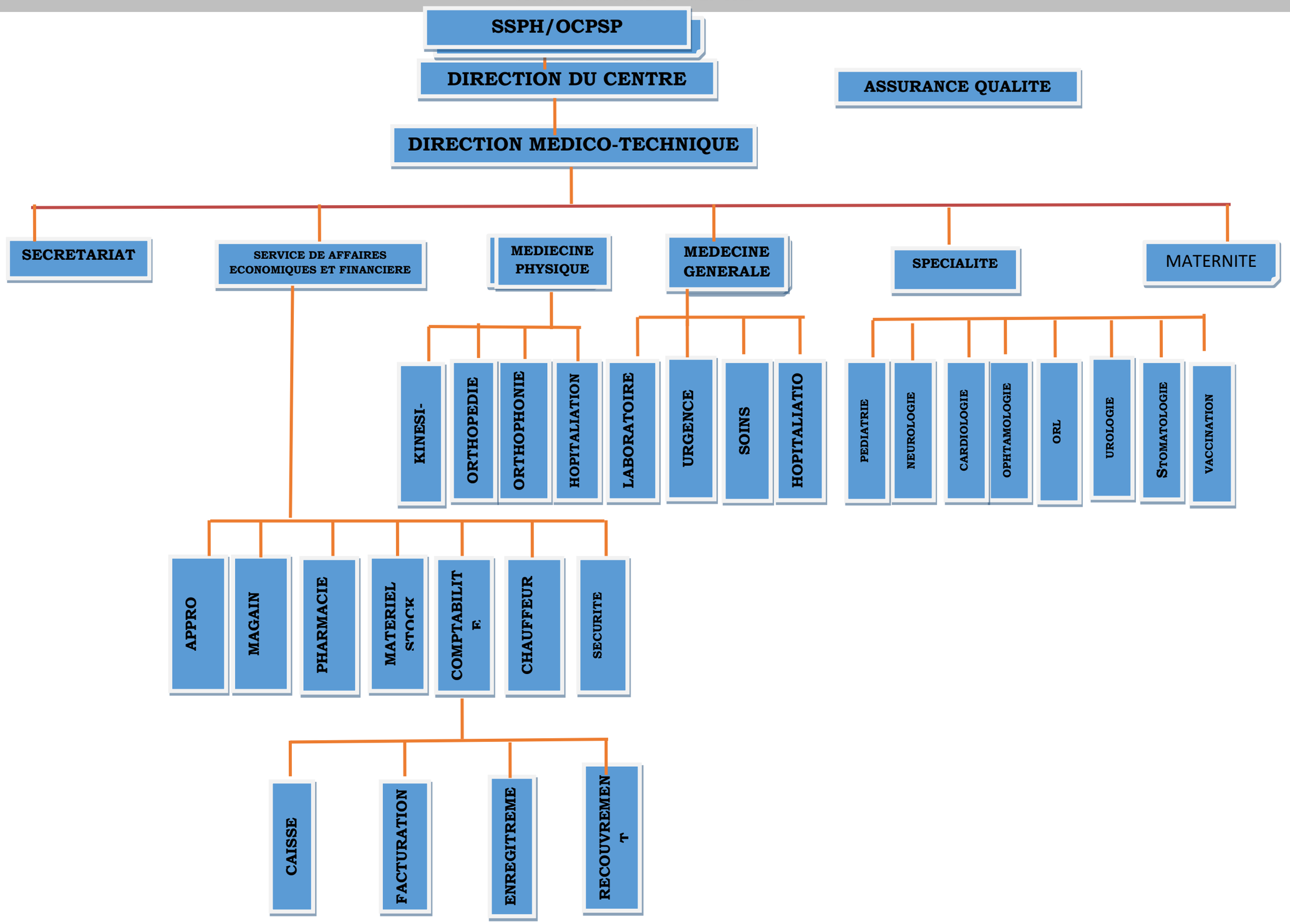


Table des matières

SOMMAIRE 2

Dédicaces 4

Remerciements 5

Liste des sigles et acronymes 6

LISTE DES GRAPHIQUES ET TABLEAU 7

Résumé 8

Abstract 8

Introduction 9

PREMIERE PARTIE : LIEU DE STAGE .....

CHAPITRE1 : CADRE INSTITUTIONNEL DU STAGE 12

1- Présentation du centre de santé à vocation humanitaire sainte Élisabeth 12

1.1- Historique 12

1.2- Organisation interne 12

1.3- Missions 13

CHAPITRE II : DÉROULEMENT DU STAGE 14

2.1- Activités menées au sein du service de la rééducation fonctionnelle 14

2.2- Tâches menées au sein de la rééducation fonctionnelle 14

2.3- Difficultés rencontrées lors du stage 15

DEUXIEME PARTIE : RÉFLEXION CRITIQUE .....

CHAPITRE III : CADRE THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE 17

3- Cadre théorique de la recherche 17

3-1 Problématique de la recherche 17

3-2 - Objectifs de recherche 20

3.2.1- Objectif général 20

3.2.2- Objectifs spécifiques 20

3-3 Hypothèse de recherche 21
3.3.1- Hypothèse générale 21
3.3.2- Hypothèses spécifiques 21
3-4 Revue de la littérature 23
3-5 Cadre méthodologie de la recherche 27
3-6 Nature de l'étude 27
3.6.1 Population d'étude et échantillonnage 27
3.6.1.1Population d'étude 27
3.6.1.2 Échantillonnage et taille de l'échantillon 28
3.6.1.3 Recherche documentaire 29
3.6.1.4- Questionnaire 29
3.6.1.5 Guide d'entretien semi-directif 30
3.7-Traitement des données 30
3.8 Difficultés éprouvées 30
Chapitre IV : présentation, interprétation et discussion des résultats de la recherche 32
4.1. Présentation des résultats de la recherche 32
4.2. Caractéristiques sociodémographiques de la population d'enquête 32
A- Sexe 32
B- ÂGE 33
C- Situation matrimoniale 34
D- Situation professionnelle 35
4.3. Gestion de la maladie par le malade et sa famille. 36
4.4. Antériorité de la maladie 36
4.4.1. Le lien de l'accompagnateur avec le patient 37
4.5. Vécu de la maladie 37
4.6. État de la prise en charge sanitaire de l'AVC au centre de santé à vocation humanitaire sainte Élisabeth de la Trinité des sœurs OCPSP d'Abomey-Calavi. 39

Discussion des résultats 41

CHAPITRE V : L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE DES PATIENTS SOUFFRANT D' AVC.....44

CONCLUSION.....46

Références bibliographiques.....48

ANNEXES.....51

ORGANIGRAMME DU CENTRE.....58