UNIVERSITE D'ABOMEY CALAVI

(UAC)

****

FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

(FASHS)

****

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

(DP)

****

Rapport de fin de stage en psychologie

Sujet

NECCESITE DU SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS HEMIPLEGIQUES ADMIS EN REEDUCATION AU SERVICE DE KINESITHERAPIE A L'HOPITAL SAINT LUC DE COTONOU

Rédigé par :

FANOU-TANGNI Mégane Amandine S.

Maître de stage :

Bibiane DAGBA

Chef service kinésithérapie

Tuteur de stage :

Dr. Michel MEHINTO

Maître-Assistant des Universités du CAMES (FASHS/UAC)

Année académique : 2020- 2021

SOMMAIRE

DEDICACE 3

REMERCIEMENTS 4

LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABREVIATIONS 5

RESUME 7

ABSTRACT 7

INTRODUCTION 8

CHAPITRE I : DESCRIPTION INSTITUTIONNELLE ET DEROULEMENT DU STAGE 10

CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE ET APPROCHE METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE 16

CHAPITRE III : PRESENTATION, INTERPRETATION ET ANALYSE DES RESULTATS 27

CHAPITRE IV : DISCUSSION DES RESULTATS ET PERSPECTIVES 37

CONCLUSION 40

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 42

ANNEXES 44

TABLE DES MATIERES 49

DEDICACE

A :

- ✓ Mon père FANOU-TANGNI Charles Dieu-Donné ;
- ✓ Ma mère AZANDEGBE Euphrasie.

REMERCIEMENTS

Ce travail de recherche est le fruit des efforts de plusieurs personnes. Nous voudrions leurs témoigner nos profondes gratitudes. Il s'agit de :

- Docteur Michel MEHINTO, notre tuteur de stage pour sa disponibilité et son dévouement dans la réalisation de notre mémoire ;
- Enseignants de la faculté des sciences humaines et sociales particulièrement ceux du département de psychologie pour le cours pendant ses trois années de formation et leurs aptitudes à nous transmettre les connaissances nécessaires ;
- Mme Bibiane DAGBA, notre maître de stage pour son sens d'écoute et d'aide à la rédaction de notre mémoire ;
- Personnel du service de rééducation kinesitherapeutique de l'Hôpital Saint Luc pour les patients reçus en rééducation et pour leurs disponibilités à nous fournir les informations ;
- Mr Richard SOSSOU pour son accompagnement et son apport scientifique dans la réalisation de notre document ;
- Mes frères et sœurs Oluafemi ; Périclès ; Urielle ; Charmela ; Marie Charbelle pour leurs amours au quotidien ;

Nous remercions enfin Forgod AGNIDE ; Kenneth AKPO pour leur soutien moral et accompagnement. Et tous ceux dont leurs noms ne figurent pas ici mais qui nous ont soutenus directement ou indirectement dans la réalisation de notre stage et la rédaction de ce rapport. Merci infiniment !

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Répartition des enquêtés en fonction du sexe..... 27
Tableau II: répartition des patients selon l'âge..... 28
Tableau III: répartition des patients selon date d'admission au centre..... 28
Tableau IV: répartition des patients selon le niveau d'instruction 29
Tableau V: répartition des patients selon les professions..... 29
Tableau VI: répartition des patients selon ceux qui les accompagne au soin..... 30
Tableau VII: répartition des patients en fonction de ceux qui vivent avec eux..... 31
Tableau VIII: répartition des patients selon les causes de leur maladie 31
Tableau IX: Répartition des patients selon leur réaction à l'annonce 32
Tableau X: Répartition des patients selon le sentiment d'être délaissé..... 33
Tableau XI: Répartition des patients selon les situations qui les stress..... 33
Tableau XII: Répartition des patients selon leur croyance sur l'efficacité des soins kinési thérapeutiques 34
Tableau XIII: répartition des patients selon ceux qui ont bénéficié un accompagnement psychologique 35
Tableau XIV: répartition des patients selon le besoin de se faire écouter..... 35

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

AVC	**:**	Accident Cardio vasculaire
CEBEMO	**:**	Organisation Néerlandaise Catholique pour la Coopération et le Développement
CMSL	**:**	Centre Médical Saint Luc
CSVHSL	**:**	Centre de Santé à Vocation Humanitaire Saint Luc
FASHS	**:**	Faculté des Sciences Humaines et Sociales
OMS	**:**	Organisation Mondiale de Santé
UAC	**:**	Université d'Abomey-Calavi

RESUME

L'hémiplégie est une maladie neurologique causée souvent par un accident vasculaire cérébral. Pour une prise en charge efficiente, elle nécessite une intervention pluridisciplinaire. C'est dans ce sens que cette recherche a été entreprise dans le but de montrer la nécessité du soutien psychologique dans la prise en charge des personnes hémiplégiques à l'hôpital Saint Luc de Cotonou. Pour y parvenir, une approche méthodologique mixte, alliant l'approche quantitative et celle qualitative, avec des dimensions à la fois descriptive et explicative, ont été adoptées. Le questionnaire et la grille d'entretien ont constitués les outils de collecte des données. Ils sont administrés à un échantillon total de 20 sujets avec les techniques d'échantillonnage de commodité et à choix raisonné. Il ressort de cette recherche que les patients hémiplégiques d'une part admis au service de kinésithérapie ont besoin constamment d'être écouté par un spécialiste afin de se vider et de se confier. D'autre part, il a été ressorti que le soutien psychologique est d'une grande importance dans le rétablissement des patients hémiplégiques avec une durée de prise en charge réduite et favorise aussi chez ces derniers une meilleure réinsertion sociale.

Mots-clés : nécessité ; soutien psychologique ; prise en charge ; patients hémiplégiques ; rééducation.

ABSTRACT

Hemiplegia is a neurological disease often caused by a stroke. For efficient treatment, it requires multidisciplinary intervention. It is in this sense that this research was undertaken with the aim of showing the need for psychological support in the care of hemiplegic people at Saint Luc Hospital in Cotonou. To achieve this, a mixed methodological approach, combining quantitative and qualitative approaches, with both descriptive and explanatory dimensions, was adopted. The questionnaire and the interview grid were the data collection tools. They are administered to a total sample of 20 subjects using convenience and reasoned choice sampling techniques. It emerges from this research that hemiplegic patients on the one hand admitted to the physiotherapy department constantly need to be listened to by a specialist in order to empty themselves and to confide in them. On the other hand, it was found that psychological support is of great importance in the recovery of hemiplegic patients with a reduced duration of care and also promotes better social reintegration in the latter.

Keywords: necessity; psychological support; supported; hemiplegic patients; re-education.

INTRODUCTION

La profession de psychologie permet d'exercer dans de nombreux domaines dont celui de la neurologie. De plus en plus, plusieurs personnes sont atteintes des pathologies neurologiques. L'évolution des connaissances scientifiques permet une prise en charge de plus en plus mieux adaptée. L'hémiplégie résultant d'une conséquence possible d'un accident vasculaire ou ischémique cérébral entre autre en est un exemple et constitue un problème de santé publique. Elle peut avoir différentes formes et rassemble des troubles variés, atteignant plus ou moins le membre supérieur et/ou inférieur et/ou la face du même hémicorps. Cela, limite l'autonomie dans la réalisation des activités de la vie quotidienne (REGOURDO LAIZEAU M, 2013, p 23).

Selon Bensmail et *al* (2010), Plus de 50% des personnes victimes d'un AVC gardent des séquelles neurologiques, le plus souvent à expression motrice. 60% de ces séquelles motrices et sensitivo-motrices concernent le membre supérieur, il semble que les déficits des membres inférieurs soient plus facilement récupérables (80% des personnes atteintes aux membres inférieurs récupèrent des capacités de marche dans les mois suivant leur AVC).

Au niveau mondial, il a été observé 16 millions de nouveaux cas chaque année, dont 5.7 millions de ces cas se terminent en décès (Sacco F. C. et *al*., 1999). Du fait du vieillissement général de la population, l'OMS prévoit que l'incidence des AVC augmente fortement dans les années à venir : elle passerait de 16 millions de cas en 2005 à 23 millions en 2030 (Béjot Y et *al*., 2007, p15). De plus en plus de patients seront donc à prendre en charge, ce qui explique les avancées dans les recherches ayant lieu au niveau des techniques de rééducation, mais aussi au niveau de la prise en charge précoce, et de la prévention. Le but étant de limiter le taux de mortalité et de réduire au mieux le taux de handicaps sévères.

De ce fait, nous estimons qu'il est primordial d'associer les psychothérapies de soutien dans l'accompagnement des personnes atteintes de l'hémiplégie. Il n'est pas uniquement question pour nous de permettre au malade de retrouver ses potentiels motrices mais aussi ses capacités de réintégrer la société, sa famille et si possible son milieu du travail. Mieux l'accompagner dans ses souffrances mentales quotidiennes. C'est dans cette

optique que, nous avons jugé au cours de notre stage académique à l'hôpital Saint Luc de Cotonou de mener notre recherche sur le sujet intitulé : *« Nécessite du soutien psychologique dans la prise en charge des patients hémiplégiques admis en rééducation au service de kinésithérapie à l'hôpital Saint Luc de Cotonou »*. Il convient donc de réfléchir sur le rôle du soutien psychologique dans la prise en charge des patients hémiplégiques. Ceci étant notre question de départ.

Dans une première partie, nous avons montré que les soutiens psychologiques favorisent la coopération des patients lors des séances de rééducations. Dans une deuxième partie, nous avons démontré que les soutiens psychologiques et les séances de rééducation sont des pratiques complémentaires pour le rétablissement à courte durée des patients. Pour y parvenir, ce document est structuré autour de quatre chapitres. Le premier aborde le cadre institutionnel et le déroulement de stage. Le deuxième quant à lui prend en compte le cadre théorique de la recherche et l'approche méthodologique adoptée. Le troisième chapitre procède à la présentation interprétation et à l'analyse des données du terrain et le quatrième chapitre est consacré à la discussion puis aux perceptives.

CHAPITRE I : DESCRIPTION INSTITUTIONNELLE ET DEROULEMENT DU STAGE

Ce chapitre fait l'objet d'une description générale du lieu de stage qui est l'hôpital a vocation humanitaire Saint Luc de Cotonou suivis du rapport des activités effectuées, du rôle et des acquis lors du déroulement du stage.

1.1. DESCRIPTION INSTITUTIONNELLE

L'hôpital saint Luc est un établissement confessionnel à but non lucratif au grand bonheur des pauvres situés à sainte Rita, inauguré le 02 Avril 1990. Cet établissement a vu le jour au cours d'une période ou le bénin traversait une crise économique et sociale très importante, marquée entre autres par une faillite du système publique de santé. Le pays était sous ajustement structurel avec un blocage de recrutement dans la fonction publique. Les populations avaient difficilement accès aux soins de santé. Monseigneur Isidore desouza alors qu'il était encore curé de la paroisse sainte RITA de Cotonou ; n'est pas resté indifférent face aux drames que vivait la population. Assisté par ses proches collaborateurs et aidé par la CEBEMO (Organisation Néerlandaise Catholique pour la Coopération et le Développement). Il a créé le Centre Médical Saint Luc (CMSL) en plein cœur de Cotonou, dans un quartier populeux ou n'existait aucune structure sanitaire ; ce centre médical était animé par seize (16) employés dont deux médecins et disposait de douze (12) lit d'hospitalisation.

Très tôt, le dispensaire est débordé par la sollicitation de la population de Cotonou ; ce qui a nécessité son extension grâce à l'appui d'un partenaire espagnole « INTERMOON ». Ce centre a acquis de nos jours le statut d'hôpital du fait de son évolution, sa place dans le système de santé et son plateau technique.

Depuis 1998, on y rencontre déjà la plupart des spécialités médicale et il devient un hôpital de référence pour les centres de sante environnants. Le centre de santé à vocation humanitaire saint Luc dispose en son saint de cent vingt (120) lits et de trois grands bâtiments dans laquelle se déroulent les activités de soins.

1.2. Mission de l'hôpital

L'Hôpital saint Luc, patrimoine de l'archidiocèse de Cotonou constitue un instrument précieux de la pastorale de la santé de l'église catholique. Sa philosophie est de témoigner d'une médecine au service de l'homme et de tout l'homme de la vie selon la morale chrétienne et l'esprit de l'évangile. Il a pour mission aussi d'amener les laïcs de l'église à témoigner de leur foi à travers leur engagement à se mettre au service des pauvres et des malades en leur préservant un accueil exemplaire et permettre l'accès aux soins de santé aux populations pauvres et vulnérables. Enfin offrir des soins de qualité dans une approche éthique responsable

1.3. Objectifs de L'hôpital saint Luc

L'hôpital Saint Luc Œuvre pour l'amélioration de la santé de la population. Il rend accessibles les soins et les médicaments a la population en l'éduquant à l'esprit de prévention et de participation aux soins et ensuite participe à la couverture sanitaire en respectant les principes éthiques de l'église catholique.

1.4. Fonctionnement de L'Hôpital

L'Hôpital saint Luc est sous la tutelle de l'archevêque de Cotonou. Sa gestion est confiée depuis le début a des équipes successives de laïcs jusqu'en octobre 2016. Depuis lors, le fonctionnement de l'Hôpital est assuré par une équipe sacerdotale. L'hôpital comprend, en plus des départements administratifs et financiers, à ce jour vingt-deux (22) départements que sont :

- La médecine générale
- Endoscopie digestive
- Ophtalmologie
- Cardiologie
- Psychiatrie
- Dermatologie
- Oto-rhino-laryngologie
- Maternité
- Pédiatrie

- Chirurgie générale
- Anesthésie- réanimation
- Stomatologie
- Kinésithérapie
- Imagerie médical
- Laboratoire d'analyses biomédicales
- Prestation sociales et PMI (protection maternelle et infantile)
- Orthophonie
- Neurologie
- Orthopédie
- Rhumatologie
- Urologie
- Pharmacie diocésaine

L'existence de ces services, permet de réaliser de façon efficiente l'ensemble des objectifs fixés par le clergé béninois à l'hôpital. Ces différents services sont animés par un personnel composé de deux cent trente-huit (238) agents permanents toutes catégories confondues et cinquante-trois (53) collaborateurs extérieurs.

2. DEROULEMENT DU STAGE

Elle prend en compte les objectifs, le rôle et les activités, et les acquis du stage qui se présentent comme suit :

2.1. Objectifs du stage :

Avant d'effectuer ce stage, nous avons au préalable élaboré certains objectifs généraux comme spécifique qui se résument comme suit :

- Faire l'observation d'une pratique professionnelle en rapport avec les relations humaines et s'intégrer à la vie institutionnelle ;
- Maitriser les domaines d'activités de la structure ;
- Combiner les connaissances théoriques reçus à une expérience pratique ;
- Être sensibiliser au diagnostic différentiel et s'exercer à l'entretien clinique ;

- Maitriser les démarches et les étapes du diagnostic organisationnel de la structures accueil ou d'une institution ;
- Maitriser la rédaction de rapport et synthèse après les activités menées ;
- Apprendre à construire une réflexion critique autour d'un thème et à trouver des approches de solution en rapport avec le terrain d'accueil ;
- Se situer professionnellement ;
- Renforcer son aperçu sur différent milieu de travail.

2.2. Rôle et activités au cours du stage

Lors de notre stage dans le centre de santé a vocation humanitaire saint Luc, plus précisément dans le service de kinésithérapie qui s'étend sur un mois a raison de huit heures par jour, je me suis intégré à l'équipe des kinésithérapeutes constitues de deux thérapeutes et de deux aides-soignants. Nous avions participée à certaines activités avec les patients comme les activités physiques (gymnastique médicale), le massage, d'étirements musculaires, de mobilisation des articulations par des tractions ; ses exercices sont administrés par le thérapeute de façon particulière selon le types de souffrance. Au cours de ses séances, j'arrivais à me familiariser avec les patients grâce aux échanges et aux activités effectuées. Je suis encadrée par un tuteur de stages kinésithérapeute qui nous donnait des explications après mes observations lors des séances de rééducation. Les soins sont administrés à certains patients souffrants des pathologies de :

- Rhumatologie : Rachialgie (les lombalgies, sciatique, cervicalgie, cervico-brachialgie) ; Arthrose ; Tendinopathie ; fibromyalgie ;
- Traumatologie : Post opératoire ; fracture ; luxation ; entorse ; lésion musculaire ; brulures ;
- pédiatrie orthopédie : Malformations congénitales (pied bots, torticolis)
- neuro pédiatrie : Hémiplégie de l'enfant, séquelles, plexus branchial, éducation des retards posturaux, lésions iatrogène du nerf sciatique ;
- cardiologie : Artérite, séquelles infarctus et insuffisance cardiaque, réentrainement a l'effort ;
- Pneumologie: Bronchiolite, insuffisance respiratoire aigüe, asthmes ;

- Uro-gynécologie: Rééducation postnatale, abdominale et périnéale; incontinences urinaire et fécale;
- Neurologie adulte: Hémiplégie; tétraplégie; paralysie faciale; polyneuropathies périphériques.

Dans le but de soigner de la naissance jusqu'aux troisièmes âges ; de diminuer le temps d'hospitalisation ; d'améliorer la récupération des amplitudes articulaire ; la correction des postures ; redonner au muscles de l'élasticité ou pour améliorer les mobilités articulaires ; permettre une autonomie rapide du patient après une intervention chirurgicale ; les séances de rééducations durent de 45min jusqu'à 1heure de temps à raison de 10 à 20 séances selon les types de pathologies.

2.3. Déroulement des activités du lundi au vendredi

Horaire	**Activité pratiquée (s)**
7h30 – 8h	Entretien, mise au propre pour recevoir les patients
8h00-12h	➢ Accueil et installation des patients dans la salle de rééducation la séance est parrainée par un kinésithérapeute ; ➢ Accueil de nouveau patient par le thérapeute qui établit un bilan ; ➢ Entretien avec les patients au cours de la séance ou après la séance de rééducation
13h -14h	Pause, concertation avec les kinésithérapeutes et discussions sur une observation ou un constat fait lors de la séance de rééducation
14h -16h	Accueil et installation des patients qui font leurs séances de rééducation dans la soirée ; la séance est aussi parrainée par une autre kinésithérapeute

2.4. Acquis du stage

Faire ce stage pratique nous a permis de renforcer notre capacité à l'exercice d'une tâche en lien avec notre formation en psychologie et de confronter les connaissances théoriques reçues à un fait pratique observable. Ce parcours nous a été bénéfique en ce sens qu'il nous a permis de toucher du doigt les réalités du terrain et de comprendre qu'il est primordial d'acquérir plus de connaissance et avoir la main en ce qui concerne la

réalisation et l'organisation au sein d'une structure, la dynamique au niveau du personnel ; le respect de la hiérarchie ; certaines règles et procédures administratives. De plus ce stage nous a permis de nous familiariser avec les agents de l'hôpital st Luc plus précisément le personnel du service de kinésithérapie afin de comprendre et de mener une réflexion au tour d'une problématique qui est notre sujet de recherche.

CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE ET APPROCHE METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE

Dans ce chapitre, il sera question d'effectuer un parcours littéraire relatif au sujet qui regroupe la problématique, la revue de la littérature et tout ce qui concerne la notion empirique de notre sujet.

1.1. Problématique

« La kinésitherapie est une profession de santé et une science clinique. Elle prend en charge plusieurs affections à savoir : rhumatologique, orthopédique, neurologique, respiratoire, périnéo-sphinctérienne, etc. La prise en charge des patients souffrants de ses pathologies nécessite souvent la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire dans laquelle les psychothérapies de soutien jouent un rôle important. Elle est alors une technique de soin des malades liées à l'action du moral et de l'imagination » (Tuke,1886), c'est à dire que les psychothérapies de soutien interviennent chez les patients souffrant des problèmes d'affections et aussi d'autres souffrances émotionnelles. L'efficacité des différentes formes de psychothérapie est devenue un thème de recherche scientifique essentiel (Bergin et Garfield, 1994 ; 2003 ; Inserm, 2004).

Le psychanalyste et chercheur américain Lester Luborsky et son équipe de l'université de Pennsylvanie, qui ont fait le point à partir de 1970 sur les résultats des deux premières décennies de recherches sur ce thème, ont récapitulés les principaux résultats qui font aujourd'hui encore l'objet d'une longue consensus :la psychologie en général est efficace ;les patients ayant bénéficier d'une psychothérapie de soutien présentent un taux d'amélioration supérieur au taux des remissions spontané chez les patients non traites. Son expérience, telle que Rogers (1957) la conçoit, est un processus où le vécu, le ressenti et l'émotion tiennent la plus grande place. Cette méthode thérapeutique consiste à installer entre le thérapeute et le patient un climat tel que cela permettent chez le patient un mouvement de changement. Un des buts majeurs de la thérapie centrée sur la personne est d'aider la personne à trouver un équilibre entre ses besoins d'autonomie et ses besoins d'être en relation avec autrui et avec la société ; et à développer dans le

cadre de la thérapie dans un premier temps, son plein fonctionnement social et psychologique.

L'approche met au centre la relation thérapeutique entre le patient et le thérapeute. Elle favorise une écoute du patient, de ses besoins et souffrances afin d'établir un contrat thérapeutique de soin et le type d'accompagnement approprier à la pathologie.

Il se pose le problème de savoir la nécessité du soutien psychologique dans la rééducation des patients en kinésithérapie ; il est a noté que la prise en charge des patients souffrant de la motricité et de la réadaptation fonctionnelle ne peut se faire sans un soutien psychologique au préalable , or dans la plupart des séances de rééducation, les kinésithérapeutes négligent non seulement l'origine affective des pathologies psychosomatiques mais aussi ne perçoivent pas l'importance de la psychothérapie dans le traitement de ces troubles. Ils se livrent le plus souvent à établir un contrat thérapeutique qui regroupe le diagnostic kinési thérapeutique, les objectifs de rééducation et le choix des actes qui lui paraissent les plus appropriés (le massage, mouvement de gymnastique à l'aide d'appareils…).Ceci entraine non seulement un épuisement sur le plan économique mais aussi une démotivation du patient à continuer les soins, la réticence au soin et leurs familles.

C'est pourquoi dans le but d'aborder cette thématique de notre recherche relative à la nécessité du soutien psychologique dans la prise en charge des personnes hémiplégiques. Après les constats opérés, il est important de se poser la question : en quoi l'intervention du soutiens psychologique est nécessaire dans la prise en charge des patients admis en kinésithérapie à l'Hôpital saint Luc de Cotonou ?En vue de répondre à cette question de recherche, nous avons initié des objectifs et hypothèses selon un ordre général et spécifique.

1.2. Objectifs de la recherche

1.2.1. Objectif général

L'objectif général de notre recherche est d'analyser la nécessité du soutien psychologique chez les patients hémiplégiques admis en séances de rééducation fonctionnelle au service de kinésithérapie à l'Hôpital saint Luc de Cotonou.

1.2.2. Objectifs spécifiques

Nos objectifs spécifiques se résument comme suit :

- ✓ Montrer que les soutiens psychologiques favorisent la coopération des patients lors des séances de rééducations ;
- ✓ Démontrer que les soutiens psychologiques et les séances de rééducation sont des pratiques complémentaires pour le rétablissement à courte durée des patients.

1.3. Hypothèses de la recherche

Les hypothèses de notre recherche se présentent comme suit :

1.3.1. Hypothèse générale

L'intervention des soutiens psychologiques est nécessaire dans la prise en charge des patients admis en kinésithérapie.

1.3.2. Hypothèses spécifiques

Nos hypothèses spécifiques se présentent comme suit :

- ✓ Le soutien psychologique favorise la coopération des patients lors des séances de rééducation ;
- ✓ Les séances de soutien psychologique et de rééducations sont des pratiques complémentaires pour le rétablissement des patients.

1.4. Intérêt de la recherche

La vie d'un être sur terre est échelonnée de différents faits et situations heureux comme chagrinés. Nul ne peut décider hautement de sa durée de vie, de sa santé physique ou mentale car elle est soutenue d'autre part par une dimension spirituelle qui échappe toujours à la connaissance scientifique. Toutefois, grâce à la connaissance scientifique, l'appréhension de l'étiologie de plusieurs maladies et troubles sont bien possible, qu'elle soit biologique, psychologique et sociale. En effet, certaines maladies nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire. C'est le cas de l'hémiplégie qui porte atteinte à la santé physique de l'homme mais entrave aussi celle de sociale et psychologique dont nombreux sont les personnes qui en perde vue. Du coup, les patients sont laissés à leurs souffrances internes qui les rongent puis les tuent parfois dans la maladie. C'est pour mieux comprendre la douleur morale, psychologique et de pouvoir venir à leur aide tout

en proposant un soin psychologique de complémentaire à l'endroit des centres dédiés à leur prise en charge que nous avons entamé cette recherche au cours de notre stage académique.

Cette recherche doit permettre de comprendre la nécessité de joindre le soutien psychologique aux autres soins intervenants dans la prise en charge des patients kinési thérapeutique. Elle admettra de mieux cerner les douleurs morales que vivent les patients dans les centres dits de prise en charge comme dans les familles et dans la société en générale. Elle a pour intérêt aussi de fournir des renseignements de base sur la maladie dite hémiplégique et le soutien psychologique.

1.5. Revue de littérature

Dans l'objectif d'aborder les aspects et les contours de notre sujet de recherche, il est convenable de faire une revue de la littérature de divers auteurs ayant parcourir ce sujet avant nous. Après le parcours de plusieurs documents, mémoires, articles dont quelques-uns ont contribués à la réalisation de ce document. Dans une première partie, nous exposons les notions primordiales sur le soutien psychologique des patients en général et en particulier sur les patients souffrants de l'hémiplégie et dans une deuxième partie nous illustrons à travers la documentation l'importance de la complémentarité des soutiens psychologiques et des séances de rééducation pour le rétablissement du patient dans une courte durée au service de kinésitherapie.

D'abord, selon Mailhan (2010 p 12), le soutien psychologique apporte une aide pour traverser l'épreuve de la maladie et de la souffrance. Pour faire face à une maladie, le patient peut souvent avoir besoin d'un soutien psychologique. Dispensé par un professionnel il peut être simplement un soutien moral, comme il peut être le point de départ d'une thérapie afin de mieux accepter la maladie. Il permet de soulager la souffrance, et de permettre au malade d'avoir une nouvelle approche de la maladie. Le soutien psychologique est essentiellement basé sur l'écoute et permet de rassurer le patient, de le libérer de son anxiété.

Cependant, certaines maladies comme l'hémiplégie peuvent nécessiter un soutien psychologique spécifique. Selon Mailhan (2003 p 32), l'hémiplégie est la *« perte plus*

ou moins complète de la motricité volontaire dans une moitié du corps ». p.17. Elle est due à une lésion unilatérale de la voie motrice principale entre le neurone d'origine de la voie pyramidale et sa synapse avec le motoneurone alpha dans la corne antérieure de la moelle. Une lésion hémisphérique, du tronc cérébral ou médullaire peut entraîner une hémiplégie controlatérale ou, exceptionnellement (si la lésion siège en aval de la décussation du faisceau pyramidal), homolatérale à la lésion. L'hémiplégie est le plus souvent la conséquence d'un accident vasculaire cérébral (AVC). L'atteinte motrice est fréquemment associée à des troubles sensitifs, neuropsychologiques, etc. ce point de vue de Mailhan (2010 p 10) nous permet de penser à la densité de la peur de la personne atteinte d'un AVC et aux conséquences que ceci pourrait engendrer. A l'annonce jusqu'au moment de désespoir au cas où la prise en charge s'est étalée sur une longue période.

Ainsi, Rosette (2009), expose les peurs de la personne se trouvant en proie à des inquiétudes considérables. Elle mentionne sept (07) peurs que le malade peut rencontrer, à savoir : la peur de la douleur physique ; la peur de perdre le contrôle de la situation ; la peur de ce qui va arriver aux siens ; la peur de la peur des autres ; la peur de l'isolement et de la solitude ; la peur de l'inconnu et la peur que sa vie n'ait eu aucune signification.

Peuvent s'ajouter d'autres peurs telles que la peur de la déchéance physique ou mentale, la peur d'être un poids pour l'entourage, la peur de la rupture des liens affectifs, la peur de l'au-delà ou de l'absence d'au-delà, l'incertitude de l'échéance exacte de sa mort... Ces inquiétudes ou ces angoisses peuvent se trouver atténuées si elles sont partagées avec le corps soignant et l'entourage. Nous pouvons donc retenir que la survenance de l'hémiplégie chez un individu peut entrainer la peur, le stress, l'angoisse et d'autres formes de souffrances psychiques. Il en résulte donc de comprendre la nécessité du soutien psychologique aux côtés de ceux-ci.

Selon Echard (2010 p 21), il est difficile de vivre sans un sens à son existence, sans avoir la conviction que sa vie va quelque part ou du moins, a de la valeur. Ce sens, cette valeur de l'existence, beaucoup de personnes le trouvent dans un équilibre de leur vie. Souvent, le sens est donné par la conciliation d'activités familiales, professionnelles, par l'amitié, l'amour, par des activités artistiques, les loisirs, un engagement pour une cause,

une recherche personnelle... Toute rupture relationnelle (deuil, séparation...) ou événement individuel (maladie, perte de l'autonomie...) peut ainsi rompre l'équilibre spirituel de la personne, et remettre en cause son intégrité. Ses repères les plus évidents peuvent disparaître : son image, son identité, ses relations, ses rôles. Dans sa conclusion, elle affirme que la recherche de pistes vers le sens dans le contexte de la fin de vie, ne peut se faire qu'à travers la redécouverte du lien de soi à soi, mais aussi du lien de soi à autrui, ou de soi à une transcendance.

Par ailleurs, Elisabeth Kübler-Ross (2017, p 17), psychiatre, se rend compte que les personnes atteintes d'une maladie chronique passent par les mêmes étapes qu'une personne qui subit un deuil de façon soudaine. La durée de ces étapes peut varier selon les personnes et la transition d'un stade à l'autre n'est pas forcément linéaire. Plusieurs stades peuvent cohabiter chez le même sujet. Enfin, le sujet ne passe pas forcément par tous les stades. Ces stades représentent en fait des phases d'adaptation mettant en avant des mécanismes de défense. Le sujet semble avoir perdu tout contact avec l'environnement.

Plus loin, Duclos (2013, p 18) montre que les hémiplégiques peuvent démontrer des troubles sexuels. Pour lui, un tiers des hémiplégiques auraient des difficultés sexuelles, dont l'origine est presque exclusivement psychologique. De même, il stipule que l'hémiplégie, rarement isolée, s'accompagne de troubles associés en particulier cognitifs, spécifiques à chaque hémisphère cérébral. Elle justifie une prise en charge en rééducation tenant compte de ces troubles qui retentissent sur la rééducation motrice.

L'hémiplégie peut engendrer des déficiences du langage, du geste et de la communication appelée aphasie. L'aphasie est un trouble du langage acquis (s'il y a eu une maîtrise du langage auparavant), secondaire à une lésion cérébrale localisée sur un centre du langage. On peut distinguer :

● l'aphasie de Broca : trouble de l'expression motrice du langage mais la compréhension est bonne (phrases courtes, débit verbal lent) ;

● l'aphasie de Wernicke : trouble de la compréhension du langage oral et écrit, associé à une expression en « jargon » spontanée et abondante ;

● l'aphasie globale : association d'aphasie de Broca et Wernicke ;

● l'aphasie de conductibilité par lésion du faisceau arqué qui relie les aires de Broca et Wernicke. Le patient peut s'exprimer mais les phrases, malformées, ne répondent pas aux questions posées. En fin le patient peut présenter un trouble de la reconnaissance de la lecture et de l'écriture des nombres et des chiffres, puis du calcul : l'acalculie.

Pour conclure, il faut souligner que plusieurs réflexions et recherches ont été menées sur la complexité de la prise en charge de l'hémiplégie, les manifestations et les conséquences que ceci pourrait engendrer dans la vie relationnelle de l'individu. Cependant, de façon spécifique nous cherchons à montrer la nécessité de soutien psychologique dans la prise en charge des personnes hémiplégique. Il convient à présent de clarifier les concepts et les mots clés de ma présentation.

2. APPROCHE METHODOLOGIQUE ADOPTEE

Cette partie de notre recherche est consacrée sur la mise en cohérence entre les objectifs de la recherche et la démarche que nous mettons en œuvre pour confronter au terrain notre problématique. Pour ce faire, l'approche méthodologique qui nous a permis de mener à bien la présente recherche, tient compte de la nature de l'étude, de la population cible et de l'échantillonnage ainsi que de l'explication des choix d'outils méthodologiques pour la collecte des données, leur traitement et analyse et enfin les difficultés rencontrées.

2.1 Nature de l'étude

Dans le cadre de notre recherche, nous avons opté pour une recherche mixte à dominance quantitative, vue notre objectif qu'est de montrer d'une part que les soutiens psychologiques favorisent la coopération des patients lors des séances de rééducations et d'autre part de démontrer que les soutiens psychologiques et les séances de rééducation sont des pratiques complémentaires pour le rétablissement à courte durée des patients. Ainsi une recherche quantitative pour étudier la nécessité du soutien psychologique puis une approche qualitative pour étudier la complémentarité des soins pour un rétablissement à courte durée des patients hémiplégiques.

2.2. Population cible

La population cible de notre recherche est constituée d'une part de l'ensemble des patients hémiplégiques ayant subi les séances de rééducation fonctionnelle dans le service de kinésithérapie. Cette population nous a permis de collecter les informations relatives à leurs souffrances psychologiques, à leurs besoins et à leurs demandes conscientes ou inconscientes.

D'autre part, notre population cible est l'ensemble des kinésithérapeutes et des personnes ressources aux près de qui nous avons collecté les informations sur la prise en charge de ces types de pathologie à l'hôpital Saint Luc de Cotonou et des informations sur l'importance du soutien psychologique à l'endroit des patients hémiplégiques.

2.3 Technique d'échantillonnage

Concernant la technique d'échantillonnage, nous avons interrogés 20 patients, 05 kinésithérapeutes et 03 personnes ressources qui sont des psychologues, soit au total de 28 sujets. La taille de notre échantillon des patients a été déterminée par la technique d'échantillonnage à choix raisonné. Sur ce, nous avons pris en compte seulement ceux qui ont pris par le service de rééducation et laissé ceux qui ne viennent pas pour les soins de rééducation pour une raison de disponibilité. Le choix des kinésithérapeutes et des personnes ressources est fait par la technique de commodité c'est-à-dire selon leur disponibilité.

2.4 Technique et outils de collecte des données

2.4.1. Recherche documentaire

Elle a consisté à exploiter des ouvrages, articles, blog, mémoires et les documents utilisés par les kinésithérapeutes sur le lieu de stage ainsi que d'autres travaux publiés en relation avec le sujet de la présente étude. Ces documentations ont permis de recenser un ensemble d'informations théoriques en vue de l'élaboration des outils de collectes des données. Les recherches ont été effectuées au centre de documentation de la FASHS, à la bibliothèque de l'UAC et sur l'internet.

2.4.1. Observation directe

Dans le cadre de cette recherche, nous avons utilisé comme premier outils, l'observation. Elle nous a permis de suivre de près le protocole de prise en charge des patients hémiplégique et de bien examiner les patients en questions. Notons que nous avions faire usage de l'observation simple et de l'observation participante. Nous n'avons pas pu concevoir une grille d'observation spécifique pour ce travail, mais nous avons utilisé un carnet de note pour prendre les informations nécessaires à notre recherche.

2.4.2. Questionnaire

Le questionnaire peut être considérer comme une technique de collecte des données quantifiable réaliser et présenter sous forme d'un questionnaire bien élaborer suivant un ordre bien précis. Dans notre recherche le questionnaire a été administrer au patients avant et âpres les séances de rééducation, nous avant choisir de passer le questionnaire à la fin de chaque séance de rééducation pour permettre aux patients d'être plus relaxe et de pouvoir répondre clairement à toutes les questions. Ainsi le questionnaire élaboré dans le cadre de cette recherche nous a permis de collecter des informations sur l'intérêt de l'intervention de soutien psychologiques lors des séances de rééducation chez les patients souffrants de l'hémiplégie.

2.4.3. Entretien

L'entretien est une technique de collecte de données de type qualitatif très sensible en ce qui concerne l'introduction des affects ou critiques de l'auteur de même pour son dépouillement. Il permet de vérifier l'authenticité des éléments de réponses ou les modalités de réponses apportés par l'interviewé. Les personnels et les personnes ressources ont été interrogés à partir d'un guide d'entretien pré-élaboré et expérimenté. Ce guide a été élaboré et suivi.

2.5. Outils de traitement et technique d'analyse des données

2.5.1. Outils de traitement des données

Le dépouillement est un ensemble d'opérations de vérification et d'épuration des questionnaires. Dans ce contexte, il a été effectué un dépouillement manuel en raison de la taille de l'échantillon. Pour les questions ouvertes, il a été procédé à un traitement préalable qui a consisté à analyser les modalités de réponses données afin de les classer par grandes catégories. S'en est suivi le tableau de dépouillement et de décodage. Après traitement, ces données ont été insérer à partir des logiciels Word 2010 et Excel 2010 pour réaliser les tableaux afin de faciliter la présentation et l'analyse des données. Il a aussi permis de produire des données nécessaires à l'exercice de la vérification des hypothèses de recherche.

2.5.2. Technique d'analyse des données

Pour l'analyse efficace des données issues du questionnaire, il a été procédé à un dépouillement manuel suivi du traitement informatique des données. De ce traitement, des tableaux sont sortis pour illustrer les résultats. Pour les données qualitatives, après la transcription du contenu des entretiens, une sélection des informations est faite. Cette sélection est faite en fonction des critères de pertinence de l'information par rapport aux thèmes abordés et la qualité de l'information. Une fois cet exercice achevé, les informations sélectionnées sont organisées, catégorisées en fonction des hypothèses de la recherche. Les données qualitatives traitées ont été soumises à une analyse de contenu. Celle-ci a permis d'avoir des verbatim.

2.5.3. Difficultés rencontrées

Nous avons éprouvé des difficultés d'accès à nos cibles principales et aux personnes ressources du fait de leur indisponibilité. En conséquence, nous n'avons pu enquêter que les personnes disponibles au cours de la période du stage. Certains patients bien qu'ils aient la volonté se sont trouvés incapables de nous prêter attention compte tenue de l'effet des médicaments ou des douleurs. De même, nous avons connu des difficultés à organiser le temps de collecte compte tenue de l'arrivée souvent tardive de certains patients, car nous avons jugé de les prendre en compte avant les séances de rééducation. Nous avons pu surmonter cette situation en usant de la patience et d'autres subterfuges

comme les blagues pour faire rire, etc. pour arriver à moissonner des informations, pour le moins pertinentes, qui constituent le socle pour l'analyse des résultats de terrain.

CHAPITRE III : PRESENTATION, INTERPRETATION ET ANALYSE DES RESULTATS

Dans ce chapitre, il est alors question de procéder à la présentation des résultats obtenus à l'issue de la collecte des données effectuées au Centre de Santé à Vocation Humanitaire Saint Luc (CSVHSL).

3.1. Profil sociodémographique des enquêtés

- ✓ *Répartition des enquêtés selon le sexe*

Concernant la variable sexe, le tableau I renseigne sur les caractéristiques obtenues après la collecte des données

Tableau I: Répartition des enquêtés en fonction du sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	15	75%
Féminin	05	25%
Total	20	100%

Source : Données de terrain 2020

Le tableau I montre que 15 patients soit 75% sont de sexe masculin contre 05 soit 25% de sexe féminin. Cette tendance nous permet de dire que les hommes sont plus représentatifs que les femmes qui passent par le centre de rééducation kinési thérapeutiques de Saint Luc de Cotonou.

- ✓ *Répartition des enquêtés selon l'âge*

Dans le cadre de ce travail, nous nous sommes intéressés au caractère âge des patients qui participent aux ateliers de soins kinésithérapeutique. Les répartitions issues des enquêtes se présentent comme suit :

Tableau II: répartition des patients selon l'âge

Age	Effectif	Pourcentage
30ans à 50ans	07	35%
50ans à plus	13	65%
Total	20	100%

Source : Données de terrain 2020

La lecture de ce tableau nous permet de constater que des 20 patients enquêtés, 13 ont déclarés avoir 50 ans et plus soit 65%, alors que 07 avouent avoir entre 30 ans et 50ans, soit 35% de l'effectif totale. Nous pouvons donc retenir que l'hémiplégie touche plus la classe des personnes de plus de 50 ans qui fréquentent le centre de kiné de Saint Luc.

- ✓ *Répartition selon la date d'admission au centre*

Les informations sur la date d'admission des différents patients approchés, nous a intéressé dans le cadre de cette recherche. Les différentes répartitions se présentent dans le tableau III :

Tableau III: répartition des patients selon date d'admission au centre

Date d'admission	Effectif	Pourcentage
3 à 6 mois	05	25%
6 mois à 9 mois	10	50%
1 an et plus	05	25%
Total	20	100%

Source : Données de terrain 2020

De ce tableau, nous remarquons que 05 patients sont admis au centre entre 3 à 6 mois avant la période de notre enquête et 05 aussi plus d'un an soit respectivement 25% pendant que 10 patients sont admis entres 6 à 9 mois soit 50%. Nous pouvons conclure que la période de prise en charge médico kinésithérapie peut être évalué entre 6 à 1 ans.

- ✓ *Répartition des patients selon le niveau d'instruction*

Concernant le niveau d'instruction des patients, répartitions se présentent comme suit :

Tableau IV: répartition des patients selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Non scolarisé	02	10%
Primaire	02	10%
Secondaire	06	30%
superieure	10	50%
Total	20	100%

Source : Données de terrain 2020

La lecture de ce tableau nous permet de comprendre que des 20 patients enquêtés, 02 sont non scolarisés et ont un niveau primaire soit respectivement 10%. 06 patients ont un niveau secondaire puis 10 un niveau supérieur, soit respectivement 30% et 50%. On peut donc retenir que la majorité des patients rencontrés dans le cadre de notre travail ont un niveau supérieur.

- ✓ *Répartition des patients selon les professions*

La répartition des patients en fonction les professions est faite selon le tableau V

Tableau V: répartition des patients selon les professions

Profession	Effectif	Pourcentage
Agent de l'Etat	05	25%
Agent entreprise privé	11	55%
Artisant	01	5%
Commerçant	03	15%
Cultivateur	00	00%
Total	20	100%

Source : Données de terrain 2020

La lecture de ce tableau permet de comprendre que des 20 patients enquêtés, 05 sont agents de l'Etat soit un pourcentage de 25%. 11sont agents d'entreprises privés dont un pourcentage de 55%. 01artisant et 03 commerçants de pourcentages respectives 5% et 15%. On peut donc retenir que la majorité des patients rencontrés dans le cadre de notre travail sont des agents d'entreprise privé.

- ✓ *Répartition des patients selon ceux qui les accompagne au soin*

La connaissance de ceux qui accompagnent les patients au centre peut constituer à ceux-ci, une forme de soutien psychosociale. C'est à cet effet que nous avons essayé de nous intéresser à ce paramètre dans notre travail. Les répartitions se présentent comme suit :

Tableau VI: répartition des patients selon ceux qui les accompagne au soin

Accompagnant au soin	Effectif	Pourcentage
Personnes (Néant)	06	30
Epoux (se)	04	20
Enfant (s)	10	50
Total	**20**	**100**

Source : Données de terrain 2020

10 patients ont déclaré avoir été accompagnés par leur enfant, soit 50% et 04 patients par leur épouse alors que 06 patients avouent que personnes ne l'accompagne au soin. Nous comprenons d'une part de ce tableau que les patients bénéficient plus le soutient de leur enfant et d'autres part que la répartition de ceux qui ne bénéficient pas l'accompagnement des parents, enfant et époux n'est pas négligeable.

C'est pour aborder le même sens qu'un enquêté confie ceci :

> *Etant malade, surtout la maladie nous concernant, nous sommes souvent abandonnés à nous même, les proches sont souvent vite fatigués de nous accompagner, ils oublient que ce n'est pas notre volonté d'être hémiplégique. Mais chez moi, ma fille aînée se rend libre quand je dois me rendre à l'hôpital.*

Cette déclaration confirme les données quantitatives selon lesquelles, les malades bénéficient moins de l'accompagnement de leur proche.

- ✓ *Répartition des patients en fonction de ceux qui vivent avec eux*

Concernant la répartition des patients en fonction de ceux qui vivent avec eux, elle se résume dans le tableau VII

Tableau VII: répartition des patients en fonction de ceux qui vivent avec eux

Celui avec qui il vive	Effectif	Pourcentage
Seul	00	00%
Epoux (se)	06	30%
Enfants	05	25%
Famille	09	45%
Total	20	100%

Source : Données de terrain 2020

L'analyse de ce tableau nous permet de constater qu'aucun de nos patients ne vit seul. De même que 06 vivent avec leurs époux ou épouses soit 30% puis, 05 vivent avec les enfants soit 25% et 09 vivent en famille soit 45%. On peut dont retenir que la majorité des approchés vivent en famille.

- ✓ *Répartition des patients selon les causes de leur maladie*

La répartition des patients selon les causes de leur maladie se présente dans le tableau VIII

Tableau VIII: répartition des patients selon les causes de leur maladie

Cause	Effectif	Pourcentage
Soucis	11	55%
Problèmes familliaux	05	25%
Problème lié au travail	03	15%
Sorcelerie	01	05%
Total	20	100

Source : Données de terrain 2020

Parlant des causes probables de la survenue des maladies des patients, 11 pensent que c'est les soucis personnels qui peuvent justifier cette maladie soit 55%. 05 pensent que c'est des problèmes familiaux soit 25% alors que 03 personnes pensent que c'est des problèmes liés au travail soit 15%. Par contre 01 personne suggère que c'est de la sorcellerie.

Nous pouvons conclure donc que les hémiplégiques ont de diverses appréhensions de la cause de leur maladie.

Selon l'enquêté A.S.

« *Il me sera difficile de définir les causes réelles de cette maladie qui déconnecte l'homme de son environnement, d'autres diront que c'est une mauvaise alimentation, pour d'autres c'est le dysfonctionnement des nerfs, mais je pense que étant au Bénin, cela peut être un sort, un envoûtement* »

Jusque-là, il est remarqué que les causes de cette souffrance ne sont pas bien connues par les personnes atteintes, une preuve en plus pour mal vivre cette maladie.

3.2. Réaction des patients à l'annonce de la maladie

La répartition des patients selon leur réaction à l'annonce se présente dans le tableau IX

Tableau IX: Répartition des patients selon leur réaction à l'annonce

Réaction à l'annonce	Effectif	Pourcentage
Tritesse	04	20%
Peur	09	45%
indifférence	04	20%
Colère	03	15%
Autres	00	00%
Total	20	100%

Source : Données de terrain 2020

A l'annonce de la maladie, les patients ne restent pas indifférents. La majorité prend peur. C'est que le tableau IX nous montre à travers les répartitions qui se présentent comme suit :

04 éprouvent de la tristesse et restent indifférent soit respectivement 20%, 09 ont pris peur soit 45% et 03 sont restés en colère soit 15%.

- ✓ *Répartition des patients selon le sentiment d'être délaissé*

La répartition des patients selon le sentiment d'être délaissé se présente dans le tableau X

Tableau X: Répartition des patients selon le sentiment d'être délaissé

Je me sens délaissé par :	Effectif	Pourcentage
Ma famille	08	40%
Mes amis	08	40%
Mes collègues	04	20%
Total	20	100%

Source : Données de terrain 2020

A la lecture de ce tableau, nous remarquons que 08 patients avouent qu'ils pensent avoir été délaissé par leur famille et les amis soit 80% alors que 04 pensent avoir été délaissé par les amis. Ce qui nous permet de dire que les soutiens familiaux et les soutiens sociaux sont d'une grande importance pour les patients hémiplégiques.

- ✓ *Répartition des patients selon les situations qui les stress*

La répartition des patients selon les situations qui les stress selon se présente dans le Tableau XI.

Tableau XI: Répartition des patients selon les situations qui les stress

Situation stressante souvent	Effectif	Pourcentage
Peur de ne plus retrouver la santé physique	08	40%
Peur de perdre son boulot	04	20%
Peur de perdre son / sa conjoint (e)	02	10%
Peur de reprendre le boulot	06	30%
TOTAL	20	100%

Source : Données de terrain 2020

En ce qui concerne les situations qui stresse les patients souvent au cours de leur souffrance, on constate du tableau que, 08 patients ont peur de ne plus retrouver leur santé physique soit 40%. 06 patients ont peur de reprendre leur boulot soit 30%, puis 04 ont peur de perdre leur boulot soit 20% et 02 ont peur de perdre leur époux ou épouses soit 10%. Comprenez avec nous que les patients vivent la peur en permanence et que leur majeure préoccupation est de retrouver leur santé physique.

A cette question, un enquêté déclare :

> « *Particulièrement, l'isolement d'une hémiplégie le stress plus, quand tu vois tout le monde faire des aller et retour pour le bien-être de leur famille et que toi tu es coincé sur ta natte dans un état très critique, difficilement tu manges, tu te laves puis tu parles. Ma peur est de toujours rester dans cet état* ».

Comprenons que la grande peur des malades dans cet état est de ne plus retrouver leur état de santé, vue les difficultés et les souffrances liées à cette maladie.

3.3. Croyance des patients sur l'efficacité des soins kinési thérapeutiques

Il est important de connaître la perception des patients sur les différents soins qu'ils bénéficient du centre dans le cadre de leur prise en charge afin d'évaluer le degré de satisfaction de ceux-ci. A ce titre, les différentes répartitions se présentent comme suit :

La répartition des patients selon leur croyance sur l'efficacité des soins kinési thérapeutiques se présente dans le tableau XII

Tableau XII: Répartition des patients selon leur croyance sur l'efficacité des soins kinési thérapeutiques

Pensez-vous que les soins médico et kiné peuvent vous permettre de retrouver un bon état de santé	**Effectif**	**Pourcentage**
Oui	06	30%
Non	02	10%
Je ne sais pas	12	60%
Total	20	100%

Source : Données de terrain 2020

De ce tableau, nous lisons 06 patients qui pensent que les soins médico kiné peuvent leur permettre de retrouver un bon état de santé soit 30% puis 02 patients soit 10% pensent le contraire alors que 12 soit 60% ne sait vraiment pas la finalité de ces soins. Nous pouvons donc conclure que la majorité des hémiplégiques désespère à un moment

donné des soins mais pourtant continuent les soins dans l'optique d'être partiellement soulagé.

- ✓ *Répartition des patients selon ceux qui ont bénéficié un accompagnement psychologique*

La Répartition des patients selon ceux qui ont bénéficié un accompagnement psychologique se présente dans le tableau XIII.

Tableau XIII: répartition des patients selon ceux qui ont bénéficié un accompagnement psychologique

Avez-vous bénéficié d'un accompagnement psychologique	**Effectif**	**Pourcentage**
Non	16	80%
Oui	04	20%
Total	20	100%

Source : Données de terrain 2020

Parlant de l'accompagnement psychologique, 16 patients déclarent ne pas avoir bénéficié d'un accompagnement psychologique soit 80% contre 04 qui déclarent avoir bénéficié d'un accompagnement psychologique. Convenez avec moi que la majorité des patients approchés n'ont pas bénéficié d'un accompagnement psychologique.

- ✓ *Répartition des patients selon le besoin de se faire écouter*

Le tableau XIV nous renseigne sur la répartition des patients selon leur besoin de se faire écouter par un spécialiste ou un psychologue.

Tableau XIV: répartition des patients selon le besoin de se faire écouter

Sentez-vous le besoin d'être écouté par un psychologue ?	effectif	pourcentage
Jamais	00	00%
Souvent	13	65%
Toujours	07	35%
Total	20	100%

Source : Données de terrain 2020

De ce tableau, il ressort que 13 patients manifestent le besoin d'être écouté souvent soit 65% alors que 07 éprouvent le désire d'être écouté toujours soit 35%. Nous pouvons donc conclure que tout compte faire les hémiplégiques ont le désir de se faire écouter pour accompagner les soins médico kiné qu'ils ont l'habitude de bénéficier.

« Se *faire écouter par un spécialiste en plus des soins médico serait un de plus, certainement cela pourrait faciliter la guérison ».*

Cette déclaration, nous confirme en plus que la préoccupation première des hémiplégies est leur santé dans un délai déterminé.

CHAPITRE IV : DISCUSSION DES RESULTATS ET PERSPECTIVES

Dans ce chapitre, des conclusions actives seront tirées des résultats obtenus afin de les discuter vis-à-vis des résultats d'autres auteurs ayant travaillés sur ce sujet similaires à celui de la présente recherche, et enfin suggérer des perspectives.

4.1. Discussion des résultats de la recherche

Cette analyse s'articule autour de deux axes conformément aux hypothèses de recherche du départ. D'abord, il est question du soutien psychologique dans la coopération des patients lors des séances de rééducation ; ensuite, de la complémentarité du soutien psychologique et des séances de rééducation pour le rétablissement des patients dans une période plus courte. Parlant de l'importance du soutien psychologique dans la coopération des patients lors des séances de rééducation, nous pourront noter plusieurs aspects de nos résultats puis aussi des auteurs.

De l'annonce de la maladie à une prise en charge, les hémiplégies vivent en permanence la peur. Plusieurs raisons expliquent cette peur. Au nombre de ceux-ci nous pouvons cités : la peur de perdre son emploi, la peur de ne plus retrouver sa performance physique ; la peur d'être écarté de la société… Suite à cette peur, il se voit différent des autres du point de vue santé et social car leur participation à la vie sociale devient limitée.

C'est suite à cela que Rosette (2009), expose les peurs de la personne se trouvant en proie à des inquiétudes considérables. Elle mentionne sept (07) peurs que le malade peut rencontrer, à savoir : la peur de la douleur physique ; la peur de perdre le contrôle de la situation ; la peur de ce qui va arriver aux siens ; la peur des autres ; la peur de l'isolement et de la solitude ; la peur de l'inconnu et la peur que sa vie n'ait eu aucune signification. De cette déclaration nous comprenons que la coopération des patients serait difficile que ça soit dans la famille comme dans les centres de soins si rien n'a été fait préalablement pour gérer cette peur chez les patients.

Ce point de vue se confirme par Echard (2010), qui prouve qu'il est difficile de vivre sans un sens à son existence, sans avoir la conviction que sa vie va quelque part ou du moins, a de la valeur. Ce sens, cette valeur de l'existence, beaucoup de personnes le

trouvent dans un équilibre de leur vie. Souvent, le sens est donné par la conciliation d'activités familiales, professionnelles, par l'amitié, l'amour, par des activités artistiques, les loisirs, un engagement pour une cause, une recherche personnelle.

C'est donc clair que les patients aient de problèmes de coopération. C'est dans cette perspective que dans le cadre de notre recherche, il a été montré que 04 patients éprouvent de la tristesse et restent indifférent soit respectivement 20%, à l'annonce de la maladie et 09 ont pris peur soit 45% et 03 sont restés en colère soit 15%. De même, en ce qui concerne les situations qui stresse les patients souvent au cours de leur souffrance, on constate que, 08 patients ont peur de ne plus retrouver leur santé physique soit 40% puis 06 patients ont peur de reprendre leur boulot soit 30%, puis 04 ont peur de perdre leur boulot et 02 ont peur de perdre leur époux ou épouses. Comprenez avec nous que les patients vivent la peur en permanence et que leur majeure préoccupation est de retrouver leur santé physique.

Par ailleurs, plusieurs patients ont déclaré ayant ressenti une aisance après avoir bénéficié un entretien psychologique. Ils ont témoigné que cela leur permettait de mieux se sentir et d'appartenir à une famille. C'est à titre illustratif qu'un enquêté déclare que : « les *quelques fois que j'ai participé aux entretiens psychologiques, mon sommeil était différent puis je m'étais senti léger et non différent des autres ce qui m'a permis de surpasser les barrières* » Ce qui confirme notre hypothèse première qui postule que le soutien psychologique favorise la coopération des patients lors des séances de rééducation.

Nous ne pouvons pas parler de la prise en charge de l'hémiplégie sans aborder la question de sa dimension pluridisciplinaire. A l'entame Mailhan (2010), pense que le soutien psychologique apporte une aide pour traverser l'épreuve de la maladie et de la souffrance. Pour faire face à une maladie, le patient peut souvent avoir besoin d'un soutien psychologique. Dispensé par un professionnel il peut être simplement un soutien moral, comme il peut être le point de départ d'une thérapie afin de mieux accepter la maladie. Il permet de soulager la souffrance, et de permettre au malade d'avoir une nouvelle approche de la maladie. Le soutien psychologique est essentiellement basé sur l'écoute et permet de rassurer le patient, de le libérer de son anxiété.

De même, Duclos (2013) montre que les hémiplégiques peuvent démontrer des troubles sexuels. Pour lui, un tiers des hémiplégiques auraient des difficultés sexuelles, dont l'origine est presque exclusivement psychologique. De même, il stipule que l'hémiplégie, rarement isolée, s'accompagne de troubles associés en particulier cognitifs, spécifiques à chaque hémisphère cérébral. Elle justifie une prise en charge en rééducation tenant compte de ces troubles qui retentissent sur la rééducation motrice. Ces différentes réflexions se confirment dans notre présente recherche à travers les résultats obtenus. Il a été aperçu que 13 patients manifestent le besoin d'être écouté souvent soit 65% alors que 07 éprouvent le désire d'être écouté toujours soit 35%. Nous pouvons donc conclure que tout compte faire les hémiplégiques ont le désir de se faire écouter pour accompagner les soins médico kiné qu'ils ont l'habitude de bénéficier. Ce qui confirme aussi l'hypothèse selon laquelle le soutien psychologique et les séances de rééducations sont complémentaires pour une prise en charge efficace et rapide des patients hémiplégiques.

2. Perspectives

Cette partie de notre travail consiste à nous proposer quelques pistes d'approches en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients hémiplégiques à l'hôpital Saint Luc de Cotonou et dans d'autres centre qui ont la même vocation que cette dernière. La prise en charge des patients hémiplégiques nécessitent une complémentarité du soutien psychologique et de la rééducation. Pour faciliter cette prise en charge, nous proposons à l'hôpital de :

-Disposer de manière permanente un service d'écoute, de suivi et accompagnement psychologique des patients hémiplégiques.

-Disposer d'un atelier de groupe de parole et de partage d'expérience dans la gestion de sa pathologie.

- Disposer d'un atelier d'Art thérapie qui permettra aux patients d'extérioriser leur douleurs internes.

CONCLUSION

La santé de la population reste préoccupante à la politique internationale comme nationale. Les efforts de nos gouvernants allant dans le sens ne sont pas négligeables de la prévention à une prise en charge. Il existe plusieurs formes de maladies d'origine divers et de différente nature. Cependant, plusieurs de ces maladies menacent la population selon l'organisation socio culturelle de chaque localité. Dans le cadre de notre travail, nous nous sommes intéressés à l'hémiplégie qui depuis quelques décennies bat son plein dans mon pays le Bénin. Même si d'autres en sortent vainqueurs, nombreux sont ceux qui perdent leurs vies de cette maladie chronique. C'est suite à cette remarque que notre réflexion est portée sur la nécessité du soutien psychologique dans la prise en charge des patients hémiplégiques admis en rééducation au service de kinésithérapie à l'hôpital Saint Luc de Cotonou. L'objectif général de cette recherche est d'analyser la nécessité du soutien psychologique chez les patients hémiplégiques admis en séances de rééducation fonctionnelle au service de kinésithérapie à l'Hôpital saint Luc de Cotonou. L'intervention des soutiens psychologiques est nécessaire dans la prise en charge des patients admis en kinésithérapie est l'hypothèse générale qui a servi de canne pour notre recherche.

Pour conduire cette recherche, une méthodologie basée sur l'approche quantitative juxtaposée à celle qualitative a été adoptée. Autrement dit, cette recherche a été à la fois descriptive et analytique puis a été réalisée sur un échantillon de 20 sujets approchés avec un questionnaire d'enquête et une grille d'entretien. Nous avons alors abouti aux résultats suivants.

Concernant la connaissance des patients sur les causes probables de leur maladie, 11 pensent que c'est les soucis personnels qui peuvent justifier cette maladie soit 55%. 05 pensent que c'est des problèmes familiaux soit 25% alors que 03 personnes pensent que c'est des problèmes liés au travail soit 15%. Par contre 01 personne suggère que c'est de la sorcellerie. Nous pouvons conclure donc que les hémiplégiques ont de diverses appréhensions de la cause de leur maladie.

De même, concernant la coopération des patients dans le service de rééducation, 75% des enquêtés ont déclaré que le soutien psychologique permet de se vider et les rends léger contre 25% qui penses le contraire.

De plus, parlant de la complémentarité de soutien psychologique et des séances de rééducations, il ressort que 13 patients manifestent le besoin d'être écouté souvent soit 65% alors que 07 éprouvent le désire d'être écouté toujours soit 35%. Nous pouvons donc conclure que tout compte faire les hémiplégiques ont le désir de se faire écouter pour accompagner les soins médico kiné qu'ils ont l'habitude de bénéficier.

Nous convenons que le soutien psychologique est un soin important qui doit être mis au service des patients hémiplégiques. Il permet aux patients de faire entendre leur douleur morale, leur besoin et leur inquiétude. Certes, le soutien psychologique seul ne peut soulager et faire disparaitre les symptômes de ladite maladie, mais il complètera les autres soins neurophysiologiques pour une prise en charge efficace des patients.

BIBLIOGRAPHIE

Aboiron H. « *La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : de la CIH1 à la CIF ». Kinésithérapie scientifique* 2002 ; 426 : 35 – 40.

Albert, A. « *Rééducation neuromusculaire de l'adulte hémiplégique* ». Paris : Masson, 1980.

Altschuler, E. L., Wisdom, S. B., Stone, L., Foster, C., Galasko, D., Llewellyn, D. M. E., &Ramachandran, V. S. « *Rehabilitation ofhemiparesis after strokewith a mirror ». The Lancet*, 353(9169), 2035-2036.

Alexander F., French T.M. (1946) : « *Psychoanalytictherapy »*. New York, Ronald Press.

Barber J.P. et al. (2001) : « *Supportive techniques : Are theyfound in differenttherapies ? » J. Psychother. Pract. andRes*., 10 : 165-172

Duclos N, Maynard L. « *Journée AVC »* : Rennes, juin 2012. Kinesither Rev 2013 ; 13 : 4 – 7

Jackson, P. L., Lafleur, M. F., Malouin, F., Richards, C., & Doyon, J. (2001). « *Potentialrole of mental practiceusingmotorimagery in neurologicrehabilitation. Archives of physicalmedicine and rehabilitation »*.82(8),1133-1141.

Jacobson, E. (1931). « *Electricalmeasurements of neuromuscular states during mental activities: VII.Imagination, recollection and abstract thinkinginvolving the speech musculature. American Journal of PhysiologyLegacy Content* ». 97(1), 200-209.

JaillardP ,Cannizo V , Darrigrand M , Roulet V , Viallard S . : « *Évaluation kinésithérapique des troubles neuropsychologiques* ». Kinésithérapie scientifique 2004 ; 444

Kernberg O.F. (1984) : « *La psychothérapie de soutien, in : Les troubles graves de la personnalité : Stratégies thérapeutiques* ». Paris, PUF, 1989, pp. 213-237.

Lambert J, Viader, editors : « *Rééducations neuropsychologiques* ». Bruxelles : De Boek Université ; 1997. p. 171 – 96.

Mazaux J M, Brun V, Pélissier J. In : « *Rééducation et réadaptation des aphasies vasculaires* » . Paris : Masson ; 2000. p. 95 – 105

Peltier M. « *Rééducation de l'hémiplégique Quoi de neuf ?* ». KinesitherSci. 2006; (468) :7-12.15. Bohannon RW. *MuscleStrengthAndMuscle Training After Stroke*. J Rehabil Med. 2007 ; (39) :14-20

POLETTI R., REVERDIN C., ROSSET G. La mort restituée *: « l'expérience médicale et humaine des hospices »*. Éd. Labor et Fides, Genève, 1982. In : Trucs en vrac *: Accompagnement en fin de vie : les peurs du mourant. Adresse* URL : ttp://pagesperso-range.fr/entre.autres/peurs.htm RABOUD Hélène HES-SO – Filière soins infirmiers – volée 04 juillet 2009

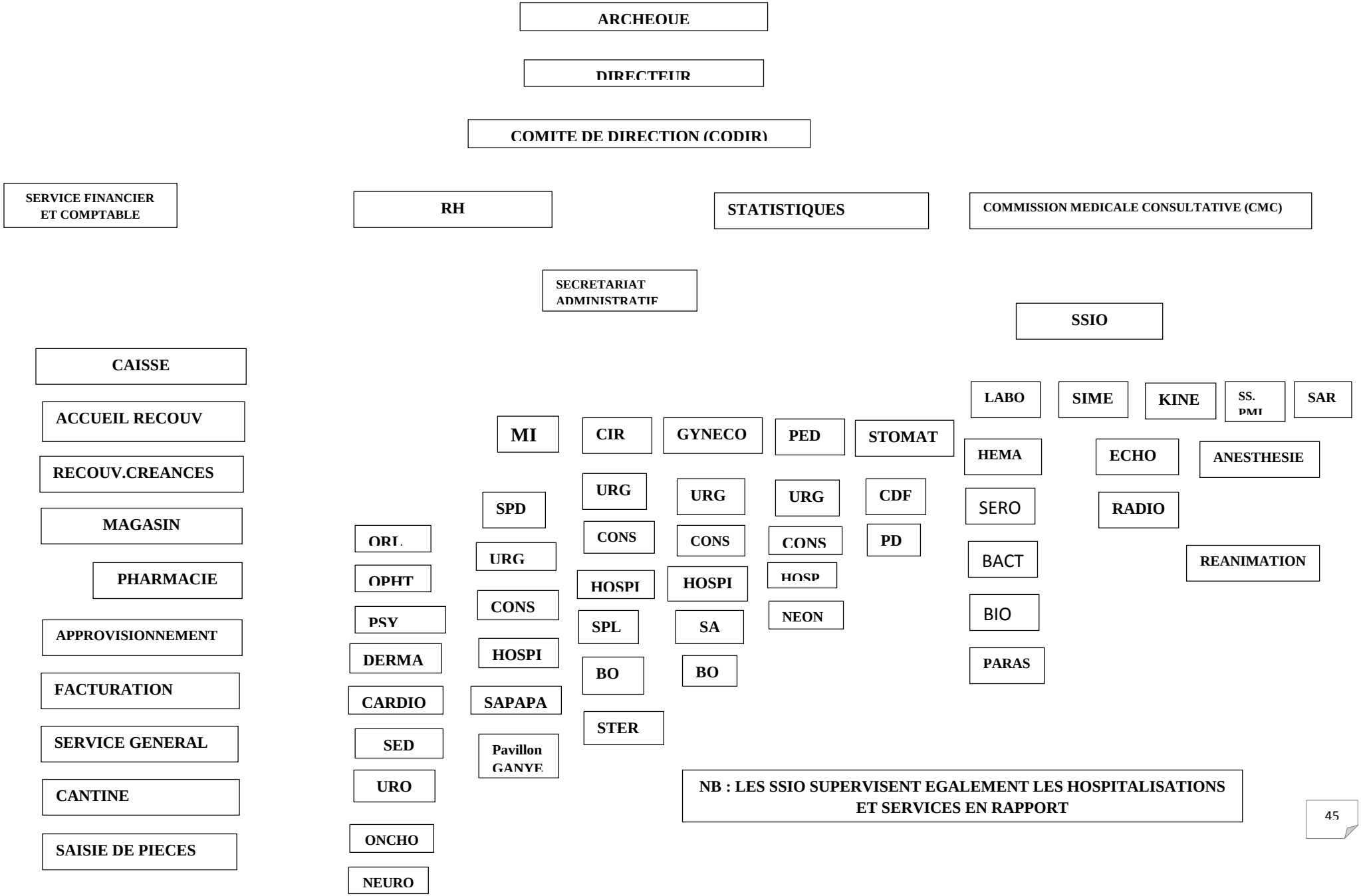
Rostagno S, Roche B. : « *Intérêt du tapis de marche en rééducation neurologique* ». *Kinesither*Rev. 2016 ; (170) :33.

Sengler J. : « Rééducation *et réadaptation de l'hémiplégie vasculaire* ». In : Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation.Revue de littérature. Encycl Med Chir (Elsevier SAS, Paris), 2006, 26-455-D-10

Vincent S, Pradat-Diehl P. « *Bilan et rééducation en kinésithérapie de patients hémiplégiques gauches avec une négligence spatiale unilatérale associée* » .Kinésithérapie scientifique, 2009 ; 501 : 5 – 18.

Wallard L, Bruno M, Dietrich G, Flambart JP, Jannon I, Kerlirzin Y, et al. : « *Effet de l'entraînement robotisé sur les paramètres biomécaniques de la marche chez des sujets hémiplégiques adultes* ». Ann Readapt Med Phys. 2013 ; 56 :165.

ANNEXES


ARCHEQUE
DIRECTEUR
COMITE DE DIRECTION (CODIR)
SERVICE FINANCIER ET COMPTABLE
RH
STATISTIQUES
COMMISSION MEDICALE CONSULTATIVE (CMC)
SECRETARIAT ADMINISTRATIF
SSIO
CAISSE
ACCUEIL RECOUV
RECOUV.CREANCES
MAGASIN
PHARMACIE
APPROVISIONNEMENT
FACTURATION
SERVICE GENERAL
CANTINE
SAISIE DE PIECES
MI
CIR
GYNECO
PED
STOMAT
LABO
SIME
KINE
SS. PMI
SAR
HEMA
ECHO
ANESTHESIE
SERO
RADIO
BACT
REANIMATION
BIO
PARAS
SPD
URG
CONS
HOSPI
SAPAPA
Pavillon GANYE
ORL
OPHT
PSY
DERMA
CARDIO
SED
URO
ONCHO
NEURO
URG
CONS
HOSPI
SPL
BO
STER
URG
CONS
HOSPI
SA
BO
URG
CONS
HOSP
NEON
CDF
PD
NB : LES SSIO SUPERVISENT EGALEMENT LES HOSPITALISATIONS ET SERVICES EN RAPPORT

Questionnaire adressé aux patients hémiplégiques admis en séance de rééducation au service de kinésithérapie à l'hôpital saint Luc de Cotonou

Dans le cadre des travaux de recherche de fin de formation en licence à la Faculté Sciences Humaines et Sociales (FASHS) de l'Université d'Abomey Calavi, précisément au Département de Psychologie, nous menons une recherche sur le sujet intitulé : « nécessité *du soutien psychologique dans la prise en charge des patients hémiplégiques admis en réduction au service de* kinésithérapie *à l'hôpital Saint Luc de Cotonou* ». Ce questionnaire a été élaboré, dans le but de recueillir des informations afin de contribuer à l'amélioration des conditions de vie de ces patients.

Nous vous rassurons de l'anonymat et du caractère confidentiel de vos réponses dans l'analyse des données.

NB : veuillez encercler la ou les réponses convenables

CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

N°	**QUESTIONS**	**REPONSES**
1	Sexe	Masculin 1 /_/ Féminin2 /_/
2	Age	18-30 ans1/_/ ; 30-50 ans2/_/ ; 50 à plus3/_/ Autres4 (à préciser)……..
3	Je suis admis dans le centre il y a :	0-3mois1/_/ ; 3-6mois 2/_/ ; 6- 9 mois3/_/ 1 an et plus 4(à préciser)……..
4	Niveau instruction	Non scolarisé 1/_/ ; Primaire 2 /_/ ; Secondaire 3/_/ ; Supérieur 4 /_/ ; Autres5/_/ (à préciser) ……
5	Profession	Agent permanent d'état 1/_/ ; agent entreprise privé 2 /_/ ; artisan 3/_/ ; commerçant 4 /_/ ; Autres5/_/ (à préciser) ……
6	Accompagnant au soin:	Personne1/_/ ; Epoux/se 2/_/ ; Les enfants3 /_/ ; Autres 4 /_/ (à préciser) ……
7	Vous vivez avec qui	Seul1/_/ ; époux/se 2/_/ ; mes enfants3 /_/ ; Ma famille4 /_/ Autres5 /_/ (à préciser) ……
8	Situation matrimoniale	Mariée monogame1/_/ ; mariée polygame2/_/ ; Concubinage3 /Divorcée 4/_/ ; Autres 5 /_/ (à préciser) ……

11- Dans quelles conditions vous avez eu le mal ?

……
……
……..

12- Selon vous qu'est ce qui a été à la base de votre état actuel ?

1- Les soucis
2- Les problèmes avec la famille
3- Le boulot
4- Autres (à préciser) ……

13- Quelle était votre réaction à l'annonce de votre état de santé actuelle ?

1- Tristesse
2- Peur
3- Indifférence
4- Colère
5- Autres (à préciser)

……

14- Malgré mon état actuel d'hémiplégie

1- « Je me sens indifférent de moi et des autres »
2- « Je me sens différent des autres personnes »
3- Autres (à préciser)

…….

15- Qu'est-ce qui vous motive à venir au soin et comment vous vivez le changement de votre état de santé ?

.....

.....

.....

16- Je constate qu'avec mon état actuel, je suis délaissé par :

1- Ma famille
2- Mes amis
3- Mes collègues
4- Autres (à préciser)

……

17- Votre état actuel a t – il des répercutions sur votre environnement ?

1- Environnement Social
2- Environnement familial
3- Environnement professionnel
4- Environnement Economique
5- Santé Physique
6- Santé mentale

Justifiez votre choix ……

……
……
……
……

18-Quelles sont des situations qui vous stressent le plus souvent ?

1- Peur de ne plus retrouver sa santé physique
2- Peur de perdre son boulot
3- Peur de perdre son ou sa conjoint (e)
4- Peur de reprendre le boulot
5- Autres (à préciser)

……..

19- Croyez-vous que les soins médicaux et kinési thérapeutiques peuvent vous permettre de retrouver un bon état de santé ?

1- Oui
2- Non
3- Ne sait pas

20- Avez-vous bénéficié d'un accompagnement psychologique

1- Oui
2- Non

21- Sentez-vous souvent le besoin d'être écouté par un spécialiste (psychologue) par rapport à vos soucis ?

1- Souvent
2- Parfois
3- Jamais

22- Quels sont vos souhaits ou recommandations pour que votre prise en charge soit complète ?

.....
.....
.....

Merci pour votre participation !

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE 2

DEDICACE 3

REMERCIEMENTS 4

LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABREVIATIONS 5

RESUME 7

ABSTRACT 7

INTRODUCTION 8

PARTIE I : DESCRIPTION INSTITUTIONNELLE ET DEROULEMENT DU STAGE 10

1.1. DESCRIPTION INSTITUTIONNELLE 10

1.2. Mission de l'hôpital 11

1.3. Les objectifs de L'hôpital saint Luc 11

1.4. Le fonctionnement de L'Hôpital 11

2. DEROULEMENT DU STAGE 12

2.1. Les objectifs du stage : 12

2.2. Rôle et activités au cours du stage 13

2.3. Le déroulement des activités du lundi au vendredi 14

2.4. Acquis du stage 14

PARTIE II : CADRE THEORIQUE ET APPROCHE METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE 16

1.1. Problématique 16

1.2. Les objectifs de la recherche 16

1.2.1. Objectif général 17

1.2.2. Objectifs spécifiques 18

1.3. Les hypothèses de la recherche 18

1.3.1. Hypothèse générale 18
1.3.2. Hypothèses spécifiques 18
1.4. Intérêt de la recherche 18
1.5. Revue de littérature 19
2. APPROCHE METHODOLOGIQUE ADOPTEE 22
2.1 Nature de l'étude 22
2.2. Population cible 23
2.3 Technique d'échantillonnage 23
2.4 Technique et outils de collecte des données 23
2.4.1. Recherche documentaire 23
2.4.1. Observation directe 24
2.4.2. L'administration du questionnaire 24
2.4.3. Entretien 24
2.5. Outils de traitement et technique d'analyse des données 25
2.5.2. Technique d'analyse des données 25
2.5.3. Difficultés rencontrées 25
CHAPITRE III : PRESENTATION, INTERPRETATION ET ANALYSE DES RESULTATS 27
3.1. Profil sociodémographique des enquêtés 27
Répartition des enquêtés selon le sexe 27
Répartition des enquêtés selon l'âge 27
Répartition selon la date d'admission au centre 28
Répartition des patients selon ceux qui les accompagne au soin 29
Répartition des patients en fonction de ceux qui vivent avec eux 30
3.2. Réaction des patients à l'annonce de la maladie 32
3.3. Croyance des patients sur l'efficacité des soins kinési thérapeutiques 34

CHAPITRE IV : DISCUSSION DES RESULTATS ET PERSPECTIVES 37

4.1. Discussion des résultats de la recherche 37

2. Perspectives..... 39

CONCLUSION..... 40

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES..... 42

ANNEXES 44

TABLE DES MATIERES 49