UNIVERSITÉ D'ABOMEY- CALAVI
(UAC)
———
FACULTÉ DES SCIENCES HUMAINES ETSOCIALES
(FASHS)
———
DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE
(DP)

RAPPORT DE FIN DESTAGE EN PSYCHOLOGIE

SUJET

EVALUATON DU STRESS CHEZ LES PATIENTS VICTIMES D'ACCIDENT VASCULAIRE CELEBRALE A LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE NEUROLOGIE DU CNHU-HKM DE COTONOU

Réalisé par

EZIN A. Y. Laurent

Maître de stage Dr.
Richard **HOUEZE**
Maître Assistant
CUN /CNHU- HKM

Directeur de mémoire
Dr. Michel **MEHINTO**
Enseignant – Chercheur
DP - FASHS / | UAC|

ANNEE ACADEMIQUE : 2024- 2025

SOMMAIRE

DEDICACES 3
REMERCIEMENTS 4
LISTES DES TABLEAUX 5
LISTE DES FIGURES 6
SIGLES ET ABREVIATIONS 7
RESUMES 8
ABSTRACT 8
INTRODUCTION 9
CHAPITRE I : CADRE INSTITUTIONNEL ET DEROULEMENT DU STAGE 11
CHAPITRE II CADRE THÉORIQUE DE LA RECHERCHE ET APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE ADOPTEE 16
CHAPITRE III- PRESENTATION DES RESULTATS ANALYSE ET DISCUSSION 35
CONCLUSION 55
SUGGESTION 56
Annexe 58
Références Bibliographiques 57
TABLES DES MATIERES 63

DEDICACES

Je dédie ce travail à mes chers parents, source de vie

A mes chers frères et sœurs, source de joie et de bonheur

A toute ma famille, source d'espoir et de motivation

REMERCIEMENTS

Pour moi il n'est pas d'un simple exercice de style ou d'une obligation protocolaire, ils'agit de profiter réellement de cette occasion pour témoigner ma gratitude envers tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce travail :

Dr Michel MEHINTO, Enseignant-chercheur au DP, directeur de mémoire , pour sa disponibilité et son regard particulier accordé à la rédaction de ce mémoire.

Dr richard HOUEZE, médecin neurologue maître assistant a la CUN du CNHU-HKM de Cotonou pour son amour du prochain, son ***encadrement*** avec tolérance et sa disponibilité de nous coacher, orienter, guider jusqu'à la fin de ce mémoire. A tout seigneur, tout honneur à vous.

Professeur constant ADJIENT ; chef service de la neurologie maître conférence agrégé ; de nous avoir accepté dans votre service.

Professeur Lucrèce ANAGOUNOU, le chef service de la CUSM du CNHU-HKM, maître conférence agrégé et ses collaborateurs pour leur savoir-faire et leur savoir- être qu'ils nous ont transmit.

Professeur Elvire KLIKPO maître conférence agrégé a la CUSM

Des psychologues : Florent ANATO, Arsène VESSENON et Mirabelle TEKOU pour leur savoir -faire et savoir être qu'ils nous ont transmit.

Tous les personnels de la Clinique Universitaire de la Neurologie du CNHU-HKM de Cotonou pour leur savoir- faire et leur savoir -être, accueil et accompagnement.

Toutes les personnes enquêtées pour leur participation,

Tous enseignants de la FASHS en général et ceux du Département de la psychologie en particulier à l'université d'Abomey Calavi. :

-Dr Ornheilia ZOUNON, chef département de la psychologie à UAC maître de conférences des universités de CAMES

Dr Anselme, TCHANSSI chef adjoint du département de la psychologie à UAC

Dr Modeste OGNIN, enseignant chercheur

Toutes les personnes importantes pour nous : inspecteur Gilles AHOMLANTO, Alice AKOUNMADOU, Professeur Josiane EZIN HOUNGBE, Prixille MEMEVEGNI, TOSSOU Pièrre Darius HOUNDONOUGBO ; Narcisse HOUNDONOUGBO, Anicet CHABIT, LALEYE Wilfried, EZIN TOLENOU YETONGNON , ADOKPO Avléssi ,EZIN Benoit, Jacqueline ABOTA ,tous les membres de la famille EZIN, AHOMLANTO ,AKOUNMADOU, AKOHA et ceux dont leurs noms ne sont pas mentionnés,

Nous ne serions terminés nos séries de remerciements sans exprimer nos profondes gratitudes à tous ceux qui de près ou de loin ontcontribué de quelque manière à la réalisation de ce travail.

LISTES DES TABLEAUX

Tableau 1 : répartition des patients enquêtes selon le sexe 36

Tableau 2 : Répartition des patients enquêtes selon l'âge 37

Tableau 3 : Répartition selon la situation matrimoniale des patients suivis. à la CUN du CNHU- HKM de Cotonou du 1er Octobre au 30 Décembre 2024 39

Tableau 4 : Répartition selon la profession des patients suivis à la CUN du CNHU- HKM de Cotonou du 1er Octobre au 30 Décembre 2024 40

Tableau 5 : Renseignement sur chaque personne enquêtée (1erexemple)..... 41

Tableau 6 : Récapitulatif des 55 personnes enquêtées avec leur scores PSS 42

Tableau 7 : Statistique des patients enquêtées en fonction de leur état de stress 46

Tableau 8 : les facteurs spécifiques contribuants le plus ou stress des patient enquêtés 48

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : les types d'avc (FMCAVC (2023) 18

Figure 2 : les symptômes du stress aigu (DSM 2013) 18

Figure 3 :phase d'alarme en cas de stress Aigu(Selye 1956) 19

Figure 4 :Schéma de Stress Aigu(Selye 1956) 19

Figure 5: les catégories de stress (Hans Selye 1956) 25

Figure 6 : Diagramme de flux des patients 35

Figure 7 : Répartition selon l'âge des patients suivis à la CUN du CNHU- HKM de Cotonou du 1er Octobre au 30 Décembre 2024 38

Figure 8 : répartition selon le degré de stress des patient suivis à la CUN du CNHU-HKM de Cotonou du 1er Octobre au 30 Décembre 2024. 48

SIGLES ET ABREVIATIONS

CNHU : ……. CENTRE NATIONAL HOSPITALIERE UNIVERSITAIRE

HKM : ……. HUBERT KOUDOUGOU MAGA

CUN : ……. CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE LA NEUROLOGIE

OMS : ……. ORGANISATION MONDIALE DE SANTE

AVC : ……. ACCIDENT VASCULAIRE CERE BRANLE

AIT : …….. ACCIDENT ISCHEMIQUE TRANSITOIRE

AES : …….. AGENT ENTRETIEN D'ETAT

CS : …….. CHEF SERVICE

CUSM : …….. CENTRE UNIVERSITAIRE DE LA SANTE MENTALE

DES : …….. DIPLOME D'ETAT SPECIALISE

IDE : …….. INFIRMIER DIPLOME D'ETAT

SS : ……. SERVICE SOCIAL

OM : …….. ORDONNANCE MEDICALE

TE : …….. TITRE INTERNE

DM : …….. DOSSIER MEDICAL

CC : …….. CHEF CLINIQUE

SP : ……. SERVICE DE LA PSYCHIATRIE

OMP : ……. OBSERVATION MEDICALE PSYCHIATRIE

MDES : ……. MEDECIN DIPLOME D'ETUDE SPECIALISE

STSSM: ……. SURVEILLANTE TECHNICIENNE SUPERIEUR EN SANTE MENTALE

CA : …….. CONSEIL D'ADMINISTRATION

DAF : …….. DIRECTION DE L'ADMINISTRATION ET DES FINANCES

SRH : …….. SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES

SBF : …….. SERVICE DU BUDGET ET DE LA FACTURATION

RESUMES

Le développement des Accidents Vasculaires cérébraux dans le monde est devenu inquiétant. C'est une des préoccupations majeures des autorités chargées de la politique administrative de la santé publique. L'objectif idéal était d'étudier l'évaluation du stress chez les patients victimes D'ACCIDENTS VASCULAIRES cérébraux. Il S'agit d'une étude transversale à visée descriptive et analytique qui s'est déroulée sur une période allant de du 1ęr octobre au 30 décembre 2024 dans la clinique universitaire de Neurologie du CNHU-HKM de Cotonou. Elle portait sur les patients victimes d'AVC et non-aphasique. 55 patients ont été inclus. La plupart de ces patients sont entre 37 - 60 ans soit un taux de 64, 36% le reste sont entre 60-80 ,43 soit un taux de 64% avec une prédominance féminine Cette étude montre que l'AVC est une maladie qui prédomine chez les Hommes de sexe féminin et plus de 60 ans. Il altère gravement l'état psychologique des patients car sur les 55 personnes enquêtés, 36 soit un taux de 65,46% ont un stress élevé. Plusieurs sont des facteurs qui contribuent au développement du stress chez ces patients.

Mots clés : stress, évaluation du stress, AVC : clinique universitaire de la neurologie.

ABSTRACT

The development of celebrity vascular accidents around the world has become worrying. This is one of the major concerns of the authorities responsible for the administrative public health policy. The ideal objective was to study the evaluation of stress in patients victims of strokes. It is a transversal study with descriptive and analytical purposes which took place over a period from October 1, 2024 at CNHU-HKM university clinic in Cotonou. It focused on stroke and non-aphasic patients .55 patients were included. The most of these patients are between 37_60 years old, 64.36% the rest are between 60-80.43.64% with female predominance. This study shows that stroke is a disease that predominates and over 60 years. He seriously alters the psychological state of patients because of the 55 people surveyed, 36 or a rate of 65.46% have high stress. Several are factors that contribute to the development of stress in these patients.

Keywords: stress, stress assessment, celebral vascular accident, university clinic of neurology

INTRODUCTION

L'être humain est confronté à des situations é prouvant es d'origine multidimensionnelle qui génèrent du stress. L'existence d'un stress augmente le risque de survenue d'un Accident Vasculaire cérébral. C'est qu'il est constaté dans le monde entier surtout en Afrique que ledéveloppement des Accidents Vasculaires cérébraux qui est et demeure une préoccupation majeure des Autorités chargés de la politique de la santé publique. L'organisation Mondiale dela santé a mis en évidence l'émergence des maladies chroniques non transmissibles dans lespays sous -développés parmi lesquels les Accidents Vasculaires cérébraux. En Afrique, l'accident Vasculaire cérébral occupé le premier rang parmi les causes de décès. Au plan Mondial, l'accident Vasculaire cérébral est la deuxième cause de mortalité, quatrième dans les pays industrialisés, la deuxième cause de la démence après l'Alzheimer et la première cause du handicap moteur acquis chez l'adulte.

La survenue de cette maladie entraîne rapidement à des troubles neurocognitifs ce qui nécessite fortement une prise en charge psychologique. Elle affecte le sujet pendant une longue partie de sa vie. Elle est une pathologie très dangereuse qui a des conséquences désastreuses sur la santé psychologique des sujets. Cette situation s'observe dans les hôpitaux, dans les. Institutions sanitaires du Bénin en occurrence, des patients reçus dans les services de la neurologie qui transfèrent après les soins intensifs vers le servicede la rééducation au CNHU -HKM de COTONOU.

Cependant, dans la vision de mettre en pratique les notions théoriques et de rendre l'étudiant apte à la vie professionnelle dans son domaine, un stage d'acquisition du professionnalisme, de la compétence et de la conscience professionnelle est exigé à la fin de la formation .ce stage au CNHU-HKM, précisément en psychiatrie et en neurologie nous permettraient d'orienter nos commentaires, observations et remarques et pensées sur le thème intitulé : « ÉVALUATION DU STRESS CHEZ LES PATIENTS VICTIMES D'ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX A LA CUN DU CNHU-HKM DE COTONOU » .Ce service spécialisé de cette institution sanitaire doté d'un professeur agrégé très compétent qui est à sa tête. Pendant tout notre parcours du stage nos pensées seraient centrées sur l'évaluation dustress chez les patients Victimes d'accidents vasculaires cérébraux dans le service de la neurologie . Ce service s'occupe des personnes victimes d'accidents vasculaires cérébraux. Pendant le stage, nous avons la possibilité d'aller en hospitalisation de la psychiatrie , en hospitalisation de la neurologie, où plusieurs expériences, compétences et habillés ont été acquises.

C’est donc sur ce sujet que nos pensées sont focalisées au cours du stage. Le rapport qui en est fait s'articule en quatre chapitres. Primo, le cadre institutionnel du stage, lesobservations effectuées durant le stage ainsi que les activités effectuées et les acquis du stage. Secondo, le cadre théorique de la recherche et la démarche méthodologique adoptée. Tercio, exposition et analyse des résultats obtenus de larecherche. Quatrio, la discussion des résultats obtenus.

.

CHAPITRE I : CADRE INSTITUTIONNEL ET DEROULEMENT DU STAGE

Dans le présent chapitre, nous présentons dans le premier temps une brève description du CNHU et dans le second temps la clinique universitaire de la neurologie et les observations.

1.1 Brève description du CNHU

Le CNHU Hubert-Koutougou MAGA est l'hôpital de référence de la République du Bénin. Il a été créé en 1962 par le premier président de la République du Bénin dont il porte le nom. Il acquit le statut de centre hospitalier et universitaire en 1973 puis en 2001 devient CNHU-HKM. Il avait à sa création une capacité de 150 lits. Mais aujourd'hui sa capacité d'accueil avoisine 1000 lits (FINKPON, 2022).

Il a pour vocation d'offrir des soins de référence ; d'assurer la formation des agents de santé (médecins spécialistes, médecins généralistes, sages-femmes, infirmiers, assistants sociaux, techniciens de laboratoire, kinésithérapeutes, pharmaciens) ; la formation continue des étudiants et d'assurer l'enseignement et la recherche fondamentale et opérationnelle. Il se compose des cliniques et services impartis en département :

- Le département de médecine et spécialités médicales (neurologie, rhumatologie, néphrologie, hépato-gastro-entérologie, médecine interne, cardiologie, psychiatrie) ; dont fait partie la CUN
- Les départements multidisciplinaires à savoir : Clinique Universitaire d'Accueil des Urgences (CUAU) et le Service Polyvalent d'Anesthésie Réanimation (SPAR) ; Les départements de chirurgie et spécialités chirurgicales (traumatologie, chirurgie viscérale, chirurgie pédiatrique, urologie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie) ;
- La Clinique Universitaire de Gynécologie -Obstétrique (CUGO) ;
- Le département de pédiatrie
- Le département de services médicotechniques (hématologie, parasitologie, bactériologie-virologie, biochimie, banque de sang, service d'imagerie, pharmacie, kinésithérapie).

1.1.1 la clinique universitaire de Neurologie (CUN)

La CUN est spécialisée dans le diagnostic et le traitement des affections neurologiques, allant des affections du système nerveux central aux affections système nerveux périphérique. Elle dispose essentiellement de trois pôles :

- Un pôle de consultation externe

Les consultations sont assurées par 05 médecins disponibles, chacun ayant son jour de permanence. Elles se font non loin du bâtiment de la psychiatrie.

- Un pôle d'hospitalisation

L'hospitalisation est située entre le service de pédiatrie et celui de la gynécologie, derrière l'unité de l'hémodialyse. Elle compte trente-et-sept (37) lits répartis dans huit (08) salles conventionnelles où on y installe les patients pour les affections neurologiques. En plus, une USINV comportant 06 lits scopés et qui reçoit des patients en phase aiguë des AVC.

- Un pôle d'exploration neurophysiologique

Ce pôle inclut : une Echographie des Troncs Supra Aortiques (EDTSA), un Echo Doppler Trans Crânien (EDTC), un Potentiel Evoqué Visuel (PEV), un Potentiel Evoqué Auditif (PEA), un Potentiel Evoqué Somesthésique (PES), un SUDOSCAN, un Electroneuromyogramme (ENMG) et un Electroencéphalogramme (EEG).

Au plan structurel, la CUN comporte :

- Le bureau du chef service ;
- Le bureau de chaque médecin ;
- Quatre (04) salles de consultation ;
- Le bureau du surveillant de l'unité ;
- Le bureau de la secrétaire ;
- Une salle d'électroencéphalogramme ;
- Une salle de PEV, PES et PEA ;
- Une salle des EDTSA et EDTC ;
- Une salle d'électroneuromyogramme ;
- Une (01) salle de STAFF
- Une salle des médecins en DES (Diplômés d'Etudes Spécialisées)

La personne de ce service de neurologie est composée de :

- Cinq (05) médecine neurologie dont un chef service.
- Sept (07) infirmier,
- Sept (07) aide soignants,
- 20 médecin en DES

- Des internes et des externes mais ne font pas partir du personnel

1.1.1.2 Description des activités menées

En tant que stagiaire en psychologie passionné de la neuropsychologie, nous avons effectué notre stage aux côtés des médecins neurologues sur une période de trois (03) mois dans un environnement de travail stimulant. Pendant ce temps, nous avons acquis des expériences théoriques et pratiques dans le domaine de la neurologie. Voici quelques activités que nous avons menées.

1.1.1.3 Observation des Consultations

Lors des consultations, c'était l'occasion pour nous de participer aux entretiens avec les médecins neurologues et les patients.

Ceci respecte la technique de l'observation neurologique, en effet, un recueillement d'anamnèse bien détaillée du patient par le motif de consultation les antécédents médicaux, les symboles, les conditions de survenue da la maladie.

Ensuite, nous effectuions une évaluation physique, concentrant sur le système nerveux. Cela inclut des examens de la coordination, de la force musculaire, de la sensibilité, des réflexes,

En fonction des résultats de l'anamnèse et de l'évaluation physique, le neurologue demande des examens complémentaires tels que des scanners, des analyses de sang, l'EEG, l'imagerie par résonnance magnétique (IRM).

Les affections neurologiques les plus souvent diagnostiquées sont les névralgies dans toutes leurs formes, la lombalgie, les céphalées, les accidents vasculaires cérébraux, l'épilepsie, … A cet effet, nous nous étions tâchés de faire de bon d'examen, de remplir des ordonnanciers selon les consignes du neurologue. Quelque, l'occasion nous était offerte de donner notre compréhension sur le tableau clinique que présentent les patients. Nous avions également conduit des patients à l'unité de soin intensif neuro-vasculaire (USINV). Quand tirait vers sa fin la consultation, le neurologue éduquait les patients sur leur condition, les options de traitement, les attentes en termes de récupération ou de gestion des symptômes et les éventuels changements de mode de vie. Après une consultation avec un patient présentant un accident vasculaire cérébral (AVC). C'était l'occasion pour nous d'observer directement nous-mêmes les patients en hospitalisation. Nous le recevions en entretien afin de lui soumettre notre questionnaire dans le cadre de notre recherche

1.1.1.4 L'enregistrement d'électroencéphalogramme (EEG)

L'enregistrement de l'électroencéphalogramme est une technique qui sert à mesurer l'activité électrique du cerveau. Au commencement, nous accueillions le patient en lui expliquant comment allait se dérouler le travail puis l'enregistrer dans un registre et dans l'ordinateur avec son identité, sa date de naissance, le sexe et le numéro de téléphone. Suite à ça, l'on posait un casque et des électrodes conductrices à l'aide d'une pâte conductrice sur le cuir chevelu du patient selon un montage. Ainsi, les électrodes placées à des positions spécifiques permettraient de recueillir l'activité électrique de différentes régions du cerveau. Après cette étape, le patient allait ensuite s'allonger sur un lit où s'effectuait l'EEG dans des conditions de repos ou de tâche (les yeux ouverts, les yeux fermés, la respiration rapide, …) pendant 30 minutes. Une fois l'EEG terminé, nous donnions un rendez-vous au patient pour récupérer les résultats. Les affections conduisant souvent à la réalisation de l'EEG sont telles que : les céphalées, les crises épileptiques, les pertes de connaissance, etc...

1.1.2.1 Tâches administratives

Au secrétariat, C'était une occasion pour nous de participer aux activités tout en préparant les dossiers médicaux des patients pour leurs consultations, en veillant que les documents nécessaires soient disponibles pour les neurologues. En plus de ça, nous avions également effectué le transfert des courriers vers d'autres services.

Notre expérience à la clinique universitaire de neurologie du CNHU- HKM de Cotonou nous a permis de développer des compétences cliniques et d'acquérir de nouvelles expériences cliniques précieuses telles que la compréhension des bases biologiques des comportements, la connaissance des troubles neurologiques et la communication avec les patients et les familles.

1.1.2.2 Les Acquis

Ce stage a été l'occasion d'acquisition de nombreuses connaissances telles que ;

- écoute active,
- observation neurologique,
- travail d'équipe,
- Connaissance de la présentation du cas clinique,
- technique d'accueil des patients,

- technique d'écoute des patients,
- Connaissance de quelques termes de la neurologie ;
- Connaissances des symptômes des patients victimes d'accident vasculaire cérébrale,
- Technique de la consultation neurologique,
- La ponctualité et l'endurance.

1.1.2.3 Difficultés éprouvées

Au cours de notre stage, nous avons fait face à des difficultés comme :

- ✓ Difficulté à comprendre la terminologie spécifique à la neurologie ;
- ✓ -difficulté à comprendre l'interprétation de l'examen neurologique ;
- ✓ Difficulté à appréhender les plaintes répétées de certains malades malgré tous les soins ;
- ✓ -difficulté à comprendre le traitement par les moyens médicamenteux ;
- ✓ Difficulté dès les premières semaines, à comprendre le vocabulaire familier des neurologues ; car techniquement ce n'est pas le même que celui psychologique ;
- ✓ La gestion du temps en raison du nombre des patients parfois élevé des postes de consultation
- ✓ Difficulté pour nous de ne pas rencontrer tous les patients cérébrolisés au même moment pour la collecte des informations. C'est ainsi que nous avions perdu de vue les patients qui ont été consultés dans d'autres salles de consultation pendant que nous étions dans une autre ;
- ✓ La cooperation des participants;
- ✓ Pendant l'enquête, certains patients parlaient avec beaucoup de réserve. Cette réticence est liée aux variables étrangères.

CHAPITRE II CADRE THÉORIQUE DE LA RECHERCHE ET APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE ADOPTEE

Cette partie du document est consacré en premier lieu à énoncé du problème, la clarification conceptuelle, la détermination des objectifs de recherche et l'émission des hypothèses, en deuxième lieu, il est procédé au choix de l'approche méthodologique de la recherche.

1.2. Clarification conceptuelle

•Evaluation : l'évaluation est le processus consistant à évaluer les interventions en fonction de leurs résultats, de leurs impacts et de la mesure dans laquelle elles répondent aux besoins qu'elles souhaitent résoudre. Elle est aussi l'interprétation structurée et la mise en valeur des Impacts prévus ou réels de propositions ou de résultats. Selon, R. LAFON (1963), « l'évaluation est une détermination, une estimation ou une mesure approximative, soit de capacités ou de qualités ou de qualités présentées par un sujet de l'efficacité et de la valeur d'une action poursuivie ». Pour stufflebeam(1973),P,129, « l'évaluation est le processus de délimitation d'obtention et de fourniture d'information utiles pour juger des alternatives de décision ». Scriven(19991),p.139, « l'évaluation fait référence au processus de détermination du mérite, de la valeur ou de la valeur de quelque chose, ou du produit de ce processus ».

•**Stress** : selon American psychologiste Association, le stress entraîne des changements affectant presque tous les systèmes du corps influençant la façon dont les gens se sentent et se comportent. En provoquant des changements dans l'esprit et le corps, le stress contribué directement aux troubles et maladies psychologiques et physiologiques et affecte la santé mentale et physique, réduisant ainsi la qualité de vie. L'organisation mondiale de la Santé dira que « le stress apparaît lorsque nos ressources et stratégies de gestion personnelles sont dépassées par les exigences qui nous sont posées ». Pour Hans Selye, le stress est « la réponse de l'organisme à toute sollicitation qui lui faite ». A notre humble avis le stress est unétat d'inquiétude ou de contentieux mental ou psychologique due à un problème complexe. Il peut être une réponse de l'organisme face à un évènement traumatisant de la vie.IL est aussi une réaction biologique et psychique, spontanée, naturelle, en cascade, de l'organisme face à son environnement.

« The perceived stress scalde », « un évènement objectif est transformé de manière cognitive ». Il devient un élément subjectif dépendant des processus personnels et contextuels. Il s'agit d'une mesure du degré auquel les situations de la vie d'une personne sont jugées stressantes. L'échelle comprend également plusieurs questions directes sur les nouveaux actuels de stress ressentis au cours du dernier mois.

Evaluation de stress : comme le soulignait (Cohen, et alI ,(1983) l'évaluation du stress perçu . Accident Vasculaire cérébrale : d'après l'OMS, l'accident vasculaire cérébrale (AVC) est "le développement rapide de signes cliniques localisés ou globaux de dysfonction cérébrale avec des symptômes durant 24 heures, pouvant conduire à la mort sans autre cause apparente qu'un origine Vasculaire.".Il s'agit aussi d'une perturbation subite de la circulation sanguine au niveau du Cerveau , c'est à dire de l'acheminement du sang qui lui fournit l'oxygène. L'AVC est également appelé « attaque célébrale » ou bien « infarctus cérébral ». Dans le cas d'un AVC, les symptômes persistent et une lésion célébrale est visible le plus souvent aux examens radiologiques (scanner, imagerie par résonance magnétique). Accident Vasculaire cérébrale ou AVC ,ou encore infarctus célébral,désigne un arrêt brutal de l'irrigation sanguine et d'une partie du cerveau.En cause une artère bouchée par un caillot ou un vaisseau sanguin qui se rompt au niveau du cerveau. Il ya trois types d'AVC :

- ✓ AVC ischémique, survient lorsqu'un caillot de sang bouche un vaisseau sanguin du cerveau.
- ✓ AVC hémorragique, un AVC hémorragique survient lorsqu'il a une rupture d'une artère dans le cerveau.
- ✓ Accendent ischémique Transitoire (AIT) survient lorsqu'un petit caillot bloqué temporairement une artère.

1.2.1 QUELQUES FIGURES DES CONCEPTS



Figure 1 : les types d'avc (FMCAVC (2023)

Cette figure illustre les types d'avc . le premier schéma est une forme d'avc Ischémique, là le caillot arrête le flux sanguin dans une partie du cerveau. le deuxième schéma est une forme d'avc hémorragique, ici il y a la rupture de vaisseaux sanguins affaiblis ou malades et on note une infiltration de sang dans les tissus cérébraux .



Figure 2 : les symptômes du stress aigu (DSM 2013)

Cette figure illustre les symptômes du stress Aigu . en effet le stress Aigu se caractérise par des campes ,des tremblements, essoufflements , sueurs, palpitations ,angoisse et des sensations de panique.



Figure 3 :phase d'alarme en cas de stress Aigu(Selye 1956)

On note sur cette figure les trois phases du stress :phase d'alarme activation immédiate face au stress réaction de lutte au fuite ;phase de résistance adaptation au stress prolongé ;phase d'épuisement survenue en cas de stress chronique.

La phase d'alarme correspond à l'activation du système nerveux symptotique et de l'asce hypothamo-hypophyso-sunénalie N(HHS), entrainant la libération d'adrénaline et de cortésol.

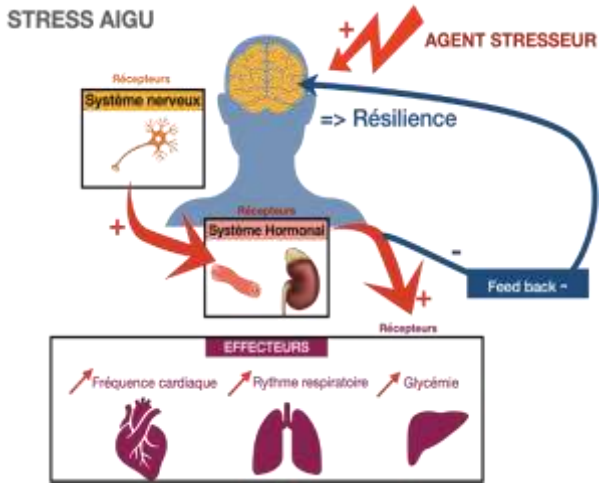


Figure 4 :Schéma de Stress Aigu(Selye 1956)

Cette figure est un schéma du stress aigu dont Hans Selye (1956) est l'auteur. Il repose sur la compréhension des réponses physiques et psychologiques du corps face à un stresseur immédiat et intense. Ce schéma d'écrire un processus adoptif qui permet à l'individu de répondre à une menace ou à un traumatisme , mais si cette réponse est prolongée au mal gérée , elle peut devenir problématique.

1.2.2 Revue de littérature

Depuis un temps le stress est observé au commun des mortels comme une maladie de toute la génération. C'est dans cette perspective que l'autre dira « le stress est la deuxième maladie du siècle » C'est ainsi que deux études ont été identifiées concernant l'évaluation du stress,de l'anxiété et de la dépression chez les patients victimes d'accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) dans les contextes hospitaliers africains.La première étude,menée à Cotonou,Bénin,a analysé la prévalence de la dépression et de l'anxiété chez les patients victimes d'AVC suivies en médecine physique au centre National Hospitaliers Universitaire Hubert Koutoukou Maga.L'echantillon comprend 67patients,avec un âge moyen de 543+9,5 ans .Les antécédents d'hypertension artérielle étaient présents chez 87,6% des patients et le diabète chez 10,5%.Sur le plan fonctionnel 31,3% étaient d'autonomes et 2 patients dépendaient dans les autorités de la vie quotidienne.La prévalence de l'anxiété et de la dépression était respectivement de 22,4% et 9%.

La seconde étude réalisée au Burkina Faso,a évalué l'anxiété post-AVC chez 108 patients hospitalisés dans les services de Neurologie,de cardio et des urgences médicales du Centre hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogode Ouagadougou .L'âge moyen des patients était 62,5ans . La prévalence de l'anxiété post-AVC était 27,8%.Parmi les cas d'AVC,63,33% étaient ischémiques et 36,67% hémorragiques.L'anxiété legère à modérée représentait 60% des cas et l'anxiété modérée à grâce 40%.

Aucun des patients n'avait bénéficier de soutien psychologique.Ces études mettent en évidence une prévalence notable de l'anxiété et de la dépression chez les patients victimes d'AVC dans ces contextes hospitaliers africains soulignant l'importance d'une prise en charge psychologique adaptée.

Une autre étude est réalisée à l'université de Paris Descartes porte sur l'évaluation du stress oxydant après une ischémique célebrale chez le rat'(Sandy et al, 2018). Les résultats de cette étude montrent que 80% des Accidents Vasculaires cérébraux (AVC) sont d'origine ischémique. C'est à dire qu'ils sont causés par l'obstruction d'un vaisseau sanguin. Cette Ischémie cérébrale est notamment responsable d'une production important de radicaux libres à l'origine d'un stress oxydant, l'organisme possède des systèmes antioxydants endogènes, tel que le glutathion. Le but de cette étudeest de quantifier les concentrations en glutathion total àdifférents temps dans le cerveau de rats ayants subi, une ischémie célébrale avec réperfusion. Les résultats ont ont aussi montré qu'une diminution des concentrations englutathion quelques temps après, puis une ré augmentation progressive jusqu'à une valeur normal en quelques jours. Ce qui explique que le glutathion semble donc être un bon marqueur pour analyser l'évaluation oxydant lors de la réperfusion post-ischémique et son dosage pourrait être utilisée pour évaluer l'efficacité de stratégie anti- oxydantes dans ce modèle d'ischémie célébrale chez le rat.

Une étude publiée dans le journal of neurologue neurosurgery ans Psychiatry le 27 août 2012. Cette étude porte sur le stress chronique. Elle montre que le stress chronique serait un facteur de risque élevé dans la survenue d'un accident vasculaire cérébral indépendamment du mode de vie et des autres facteurs de risques biologiques. Elle montre également qu'il est un facteur déterminant dans la survenue des Accidents Vasculaires célébreaux(AVC). selon les chercheurs de cette étude le stress n'est pas un facteur de risque le plus important, mais il pourrait être un facteur aggravant pour les personnes à risque. En effet, les facteurs associés au stress signifient que le stress stress chronique pendant l'accident Vasculaire célébral est finalement susceptible d'être associé à n'importe quel type de pathologie.

Ainsi, le stress chronique, le stress cumulatif en affaiblisant le système immunitaire sont les meilleurs terrains du développement d'une pathologie potentielle chez l'individu. Le stress aigu et l'état de stress post- traumatique sont probablement les meilleurs du développement d'un trouble ou d'une maladie (somatique comme psychique).cela pousse les chercheurs à évaluer vite le niveau de stress des personnes victimes d'accident vasculaire cérébral afin de prévenir les complications de ce cette dernière énergisantes, augmentent le risque d'AVC.; le stress au travail (2003): cette étude longitudinale sur plus de 5000 personnes a trouvé que l'intensité du stress peut presque doubler le risque d'un Avc. La question l'évaluation du niveau du stress pousse (scheldon Cohen et Al,1983),à concevoir l'échelle du stress perçu (PSS).

Cette dernière est une des mesures les plus utilisées pour évaluer la perception du stress par un individu. Cette échelle permet de déterminer à quel point l'individu perçoit sa vie comme imprévisible, incontrôlable et surchargé. Les personnes victimes d'AVC ont vraiment un stress chronique à cause de des facteurs sociaux et des problèmes émotionnels. Dès lors ils ont un stress d'un niveau élévé. Ainsi le stress apparaît comme une pathologie à trois dimensions telles que : une déshumanisation de la relation à l'autre, un épuisement émotionnel et une baisse de sentiments d'accomplissement professionnel. Les signes de ce stress le font confondre à la dépression. Selon la conceptualisation de Maslach(1981), le stress n'est pas une nouvelle catégorie de maladie psychiatrique mais une spirale dangereuse susceptible de conduire au basculement dans la maladie somatique et aboutir à la désinsertion sur le plan familial, social et professionnel. Les connaissances de l'AVC ne sont pas bonnes dans la population de Cotonou. Quartorze pour cent(14,1%) savent que le cerveau est l'organe touché en cas d'AVC, 34,5% sont au courant que 'hypertention est un facteur de risque d'AVC et 34,4% pensent que le symptôme d'alerte de l'AVC est la paralysie ou l'hémiplégie.

Les psychologues ont démontré d'autre part que le stress dépend bien plus de la perception subjective de l'individu que les conditions objectives de la situation, il est la résultantede processus émotionnels, cognitifs, sociaux et comportementaux.

Dès lors, nous comprenonsque le stress, contrairement à l'idée générale que l'on peut faire, est une réaction produite par la nature, pour permettre à l'individu de faire face aux dangers et aux Difficutés. A priori, plutôt qu'un problème, il s'agit d'un processus de survie indispensable. A dessous d'un certain seuil de stress, le sujet manque de motivation, peine à mobiliser ses ressources, manque d'attention et s'ennuie. A partir d'un certain seuil, l'esprit est en éveil, l'attention portée sur la situation et le corps préparé à une action. Malheureusement lorsque la situation perdure trop que l'alarme est trop forte ou que le système d'adaptation est débordé, ce qui était une solution devient un problème et le sujet en souffre, Pour cette raison, il arrive que l'on parle de : bon stress, eu stress ou stress protecteur, stress, mauvais stress, distrais dépassé sur- stress. Le stress positif : Par lequel une personne se sent récompensée d'avoir relevé un défi avec succès. C'est donc le résultat de l'action qui détermine l'impact sur l'individu ; le stress tolérable : conséquence d'événements graves de la vie, mais où la personne affectée possède de bons systèmes de soutien ; le stress toxique : impliquant le même style d'événements graves, ainsi que l'accumulation des luttes quotidiennes, mais sans bons systèmes de soutien. Où la différence entre tolérable et toxique dépend du degré de contrôle perçu par l'individu. Le soutien social est ainsi vital pour soulager les effets du stress tolérable et l'empêcher de devenir toxique. Ainsi, ce phénomène remplit une fonction indispensable à l'adaptabilité et à la survie. Il y a une raison d'être clairement positive. Toutefois, il va toujours présenter un coût énergétique. Par ailleurs, en fonction du niveau d'intensité, de la répétition, de la durée, des ressources et de la disponibilité de récupération, le stress est une source de pathologie. Parmi les risques ou symptômes associés au stress, nous avons : maladie cardiovasculaire, obésité, diabète, trouble de la peau, ulcère, inhibition du système immunitaire, abus d'alcool, de tabac, de café, de médicaments ou drogues, troubles mentaux, insomnie, cauchemars, fatigué, apathie, maux de tête ou de dos, problèmes sexuels, tensions musculaires, replis sur soi, peur , anxiété, irritabilité, agressivité et hostilité, incapacité à se concentrer, troubles de la mémoire, image de soi négative, hyperactivité, comportements rigides et stéréotypes.

D'autre part, pour mieux comprendre comment le stress se manifeste aux différents niveaux, ils ont démontré que la réponse émotionnelle était intimement associée à l'évaluation que fait l'individu de la situation. Ils parlent ici d'évaluation cognitive (« apparaisal » chez les anglophones) s'appuyant sur une mesure - parfaitement subjective - du rapport entre : le danger- les besoins - l'énergie nécessaires - ressources disponibles - les capacités à faire face et le bénéfice direct comme collatéral (succès, reconnaissance sociale, etc). Il sera important d'expliquer les niveaux et les effets du stress. En effet, lorsque le stress est peu, le patient est alerte, voit, entend, comprend plus que d'habitude, et comme effet sur la capacité d'attention à la réalité nous avons : affrontement de la situation, capacité de synthèse, et on observe un lien entre son comportement et les facteurs environnementaux. Concernant effet sur la capacité d'apprendre et s'adapter, le sujet apprend quelque chose à son propos, motivations stimulées, observation, description, analyse formation des significations et des relations, validation de ces relations avec une autre personne, intégration et emploi du produit de l'apprentissage.

Ensuite, le stress modéré, effet sur le champ des perceptions on note un champ perceptif rétréci, ici le sujet voit, entend, comprend moins bien, mais peut être dirigée. L'individu peut rester plus alerte, plus apte à se concentrer sur un élément spécifique. On note comme effet sur la capacité d'attention à la réalité une diminution de l'attention et l'individu ne voit plus ce qui se passe à périphérie de son objectif immédiat. Ainsi, il a une motivation stimulée et filtrage des stimuli+ pour la capacité d'apprentissage et d'adaptation.

Ainsi, le stress haut, sur le champ des perceptions, l'individu est plus réduit, la personne se centre sur un ou des détails, on observe un malaise et ne peut plus tenir compte de son Environnement sur le plan d'effet sur la capacité d'attention à la réalité. On note au plan de capacité d'apprentissage et d'adaptation : un filtrage des stimuli++ et le processus de raisonnement est entravé.

Enfin, le stress panique, au plan perceptif, il y a a une ferreur qui s'installe, le détail est agrandi à tel point qu'il devient exclusif, les détails de la situation sont faussés, la capacité de la concentration est perturbée, l'individu peut avoir l'impression que sa personnalité se désintègre. On note l'apparition des tendances à la dissociation en vue de prévenir la panique, on note également l'impossibilité de voir ce qui se passe et l'incapacité d'évaluer les évènements de façon réaliste sur le plan de capacité d'attention à la réalité. Au niveau de capacité d'apprentissage et d'adaptation, avec ou sans capacités bien développées, la personne s'orienteravers une réduction immédiate de l'anxiété par des comportements Automatiques qui ne nécessite pas la pensée.

Pour certains auteurs pour comprendre la corrélation entre le stress et l'accident vasculaire cérébrale il faut d'abord comment le stress marche. Alors comment le stress marche

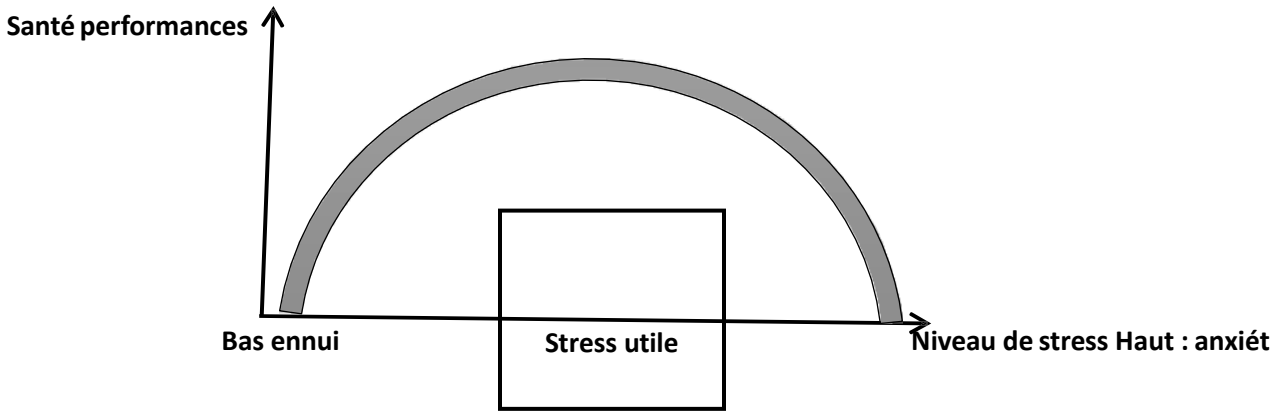


Figure 5: les catégories de stress (Hans Selye 1956)

Ce schéma illustre les niveaux de stress mettant en évidence l'intensité et les effets du stress sure une personne.

L'existence d'un stress peut augmenter le risque d'AVC. C'est dans cette dynamique que nous pensons étudier à travers la présente recherche portant sur le thème : évaluation du stress des patients Victime d'accident vasculaire au CUN du CNHU-HKM de Cotonou.

1.2.3 PROBLEMATIQUE

De plus en plus on constate que l'Accident vasculaire cérébrale est devenue fréquent dans le monde entier, sa complication, son handicap sur le plan physique, psychosocial environnemental et professionnel fait qu'il devient une des préoccupations majeures des autorités politico-administratives de la santé publique. Dans cette perspective l'organisation Mondiale de la santé (OMS) considère l'accident Vasculaire cérébral (AVC) comme un problème majeur de la santé publique parlant même de pandémie en projetant l'incidence des AVC dans le monde à 23 million en 2030.Elle est associée par des troubles cognitifs et est considéré comme un pronostic plus défavorable et restent souvent méconnus. Au moins un survivantprésente des troubles cognitifs, légers dans 2 cas sur 3 et majeure (démence) dans un tiers des cas. Marie PREZ(2010),ressort que le nombre d'accidents vasculaires cérébraux survenant chaque année en France est de 150.000.Elle est la première cause de l'handicap neurologique acquis (David et al ,2022,P .616).Les récentes données de l'organisation Mondiale de la santé montre qu'il Ya 12,22 millions de nouvelles personnes victimes d'AVC (OMS,2019).,Elle représente la troisième cause de décès dans les pays industrialisés après les cardiopathies et les cancers. Il s'agit de la première cause de l'handicap physique de l'adulte (225.000 personnesen France). C'est un fléau de santé publique majeure qui touche 400.000 Français.

Il est responsable d'un nombre beaucoup plus élevé de décès que la circulation automobile. Les connaissances de l'AVC ne sont pas bonnes dans la population de Cotonou. Quatorze pour cent(14,1%) savent que le cerveau est l'organe touché en cas d'AVC,34,5% soutien au courant que l'hypertension est un facteur de risque d'Avc et 34,4% pensent que le symptôme d'alerte de l'AVC est la paralysie ou l'hémiplégie La corrélation entre le stress et la survenue l'AVC et certaines maladies ont été l'objet d'études pendant des années. En effet les études épidémiologiques ont en effet déjà mis en évidence que " le risque de faire un infarctus dans les vingt-quatre heures qui suivent le décès d'un proche est multiplié par 21"...

C'est ainsi que Ahmed Tawakal et ses collaborateurs ont mis en évidence comment le stress active l'amygdale célébrale une partie du système limbique (le siège de nos émotions dans le cerveau) impliquée particulièrement dans la peur et l'anxiété.Celle ci enclenche une augmentation de l'activité du système immunitaire et de l'incidence des événements Vasculaire. , lorsqu'une personne est souvent soumise à un stress chronique, l'amygdale déclenche une réaction inflammatoire (la production de globules blancs dont la fonction première est défendre l'organisme) dégénère. Cela provoque un dépôt de plaques de graisses, "plaques d'athérome " dans les vaisseaux sanguins. Ces plaques gênent la circulation sanguine et peuvent engendrer un infarctus du myocarde ou un accident vasculaire cérébral (AVC).une étude ressort qu'une étude activité de l'agmydale célébral augmente de 59% le risque de connaître un Accident vasculaire célébrale surtout, plus le stress perçu est important, plus cette activité est élevée .une autre étude montre que le niveau de stress perçu, l'activité de l'agmydale et le niveau d'inflammation artérielle de personnes ayant connu un état de stress post-traumatique. Le stress déterminant à quel point une personne perçu globalement les situations de sa vie comme étant stressant. Explique le site psyhomédia , les chercheurs ont observé un lien entre ce niveau et celui de l'activité de l'agmydale et l'inflammation artérielle. Selon John Hemingway le stress est un portrait d'un tueur, il devient alors un piège, un véritable psychologique.

Par ailleurs, les problèmes émotionnels sont des facteurs les plus contribuants au stress chez les patients Victimes d'accident vasculaire cérébral. En en effet, les Difficutés de gestion des émotions sont des éléments contribuables au stress chez les patients ayant subi une attaque célébrale. Par exemple, la colère est une émotion négative qui pose une grande difficultéde gestion avant, pendant et après l'AVC. Ainsi, lorsque le sujet se met en colère on peut noter une désorganisation des structures du cerveau tel que le système limbique, le système nerveux, le système nerveux célébro- spinal.

Cette désorganisation due à la colère entraîne une augmentation rapide de la Tention Artérielle or cette dernière est un 'énémie important de l'accident vasculaire cérébral.

Tous ces arguments nous ont aménéà se demander au cours de notre recherche, Quelle est l'évaluation du stress chez les patients Victimes d'accident Vasculaire célébrale à la CUN du CNHU-HKM de Cotonou ? Pour apaiser cette préoccupation, la démarche scientifique requiert l'usage d'hypothèses et focalisation d'objectifs de recherche. Ainsi, des hypothèses et des objectifs ont été fixés et se déclinent comme suit :

Objectif Général :

- L'objectif général de cette étude est d'évaluer le stress chez les patients victimesd'accident vasculaire célébrale à la CUN du CNHU-HKM de Cotonou

Objectifs spécifiques :

- Déterminer le niveau de stress Chez les patients souffrants d'attaque célébrale à la CUN du CNHU-HKM.
- Identifier les facteurs spécifiques qui contribuent plus au stress chez les patients souffrants d'AVC à la CUN du CNHU-HKM.

Hypothèses :

- Hypothèse Général : Établir la corrélation entre le stress et l'AVC chez les patients reçus a la CUN de CNHU-HKM.
- Les personnes victimes d'AVC vivent un stress élevé
- Les problèmes émotionnels sont les facteurs spécifiques contribuants le plus au stress chez les patients Victimes d'accident vasculaire célébrée au CUN de CNHU-HKM.

1.2.4 Approche méthodologique de la recherche

Le focus de cette partie de la recherche est de réfléchir sur la mise en cohérence entre lesobjectifs de la recherche et de la démarche que nous mettons en œuvre pour confronter au terrain notre problématique.

Pour ce faire, la démarche méthodologique qui nous a permis en effet de conduire à bien la présente recherche, tient compte de la nature de l'étude, de la population cible et de l'échantillonnage, de l'explication des choix d'outils méthodologiques pour la collecte des données, leurs traitements et analyse et enfin des difficultés rencontrées.

1.2.1.1. Méthode d'Etude

Nous avons réalisé notre étude suivant la méthode non probabiliste avec une technique accidentelle.

1.2.1.2 Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans l'enceinte du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert-Koutoukou Maga (CNHU-HKM) à Cotonou plus précisément à la Clinique Universitaire de Neurologie (CUN). *(Voir chapitre1)*

1.2.1.3Type d'étude et période d'étude

Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive et analytique qui s'est déroulée sur une période de 03 mois .

1.2.1.4Materiel

- Pour collecter les informations, nous avons construit deux items, le premier item est une échelle composée de 10 (dix) questions et le deuxième item est compose de 09 (neuf) question à choix multiple. L'échelle de item1 abord la première hypothèse qui est : Les personnes victimes d'AVC vivent unstress élevé. Tandis que la question à choix multiple accentue sur l'hypothèsequi est : les problèmes émotionnels sont les facteurs spécifiques contribuants le plus au stress chez les patients victimes d'accident vasculaire célébrable à la CUN du CNHU-HKM de Cotonou

1.3 EVALUATON DU STRESS

L'évaluation du stress a été fait à la base d'une échelle accompagner d'un entretien clinique avec les patients, elle donc subjective. Le niveau de stress de 0 à 40. Soit N la note du patient

Nous pouvons déterminer votre score PSS en suivant ces instructions :

Commencer par inverser vos scores pour les questions 4,5,7 et 8. Sur ces 4 questions, modifiez les scores comme ceci : 0= 4,1=3,2=2,3=1,4=0.

Maintenant, additionnez vos scores pour chaque élément pour obtenir un total de patient est N.

Les scores individuels sur le PSS peuvent varier de 0 à 40, des scores plus élevés indiquant un stress perçu plus élevé.

- ✓ Les scores allant de 0 à 21 seraient considérés comme un stress faible.
- ✓ Les scores allant de 21 à 26 seraient considérés comme un stress modéré.
- ✓ Les scores allant de 27 à 40 seraient considérés comme un stress perçu élevé.

L'échelle de stress perçu est intéressante et importante parce que votre perception de ce qui se passe dans votre vie est la plus importante. Songez à l'idée que deux personnes pourraient vivre exactement les mêmes événements et expériences dans leur vie au cours du dernier mois. Selon leur perception, le score total pourrait placer l'une de ces personnes dans la catégorie de stress faible et le score total pourrait placer la deuxième personne dans la catégorie de stress élève.

Avis de non-responsabilité : les scores de l'auto- évaluation suivante ne reflètent aucun diagnostic ou cours de traitement particulier. Ils sont conçus comme un outil pour aider à évaluer votre niveau de stress. Si vous avez d'autres préoccupations concernant votre bien-être actuel, vous pouvez contacter et parler en toute confidentialité à une ressource ou un spécialiste en santé ment

1.2.3.1 Nature de la recherche

1.2.3.2 Participants

1.2.3.3 Population d'étude

Notre population d'étude est constituée des personnes victimes d'accident vasculaire célébrale et qui sont non aphasique dans le but d'évaluer leur niveau de stress.

1.2.3.4 Critères d'inclusion

- Ont été admis les patients présentant un AVC confirmé par l'imagerie cérébrale, non aphasique (sans trouble sévère du langage),
- 18 ans donnée sur consentement
- Non aphasique ou non neutif.

1.3. Nature de la recherche

La méthode de recherche utilisée est mixte. Elle est quantitative pour avoir des données statistiques ou chiffrées du niveau stress chez chaque patient Victime d'AVC d'une part et d'autre part qualitative pour aborder des facteurs les plus contribuants au stress chez les patients Victimes d'AVC.

1.3.1.1 Groupes cibles et échantionnage

La population cible de cette recherche est prioritairement composée des patients Victimes d'AVC en hospitalisation. Cependant 55 patient ont été interrogés. Ils sont pour la plupart des patients en hospitalisation. Il s'agit des patients et malades en hospitalisation de la neurologie Ils sont retenus parce qu'ils sont des patients en hospitalisation au CUN et leur état est inquiétante. De même on s'est rapproché des neurologues, des psychologues et des médecins des psychiatres, des stagiaires pour en savoir plus sur le stress et l'AVC et la corrélation qui existe entre les deux notions chez les personnes victimes d'AVC.

1.3.1.2 Technique d'échantillonnage et échantillon

Nous avons combiné la technique probabiliste et le choix raisonné. Le Hazard simple est utiliséau profil des patients. Quand choix raisonné, il a servi à enquêter les personnes ressources

1.3.1.3 Techniques et outils de collecte de données

Pour recueillir des données sur le terrain nous avons eu recours à des techniques et outils de collecte des données ont été appropriés à la nature de recherche. Dans ce sens cinq techniquesde collecte de données ont été employées. Il est question, de l'observation, l'entretien semi- dirigé, test d'évaluation, la recherche documentaire et questionnaire. Les outils correspondant chacun à l'une des procédés suivants : grille d'observation, le guide d'entretien, échelle grille delecture et le questionnaire.

1.3.1.4 L'observation

Cette méthode de collecte des données permet de faire une description. C'est le fait d'observer scientifiquement un phénomène, une situation ou même une personne. C'est une méthode face àface. Elle est une méthode d'enquête par laquelle le chercheur ou l'observateur est en contact avec la réalité, le fait ou le phénomène. Dans cette vision de recherche, la variante de l'observation dont nous avons fait usage, est l'observation non participante. Cette forme de l'observation est une technique d'étude qui permet à l'observateur de ne pas être membre du groupe à observer. Dans cette logique, le chercher garde une certaine distance. Il ne prend pas la parole et ne participe pas aux activités. Dans la pratique, cette technique a permis à partir d'une grille derelever les non-dits des patients enquêtés.

L'entretien semi-dirigé :

C'est un moyen par lequel le chercher où l'enquêteur recueille des données et informations à travers ce que le les enquêtés disent ou pensent des Accidents Vasculaires cérébraux et stress. Ce qui nous permet de mieux appréhender des informations qui n'ont pas de questions. Ce dans notre questionnaire de recherche. Le guide d'entretien est l'outil correspondant à ce moyen. Ce premier est fait sous forme d'une liste de thèmes qui font l'objet au cours de nôtre échange avecl'enquêté.

1.3.2 La recherche documentaire

Plusieurs centres sont parcourus pour la collecte d'information, la bibliothèque de la FSS, labibliothèque de la fondation valet ou Bénin -Excellence, la bibliothèque centrale de l'UAC. Les archives de CNHU -HKM, centre de documentation de l'ex-FLASH. De diverses natures sont des informations collectées. Il y a des informations à caractère méthodologique, des informations générales, techniques, des informations statistiques et spécifiques etc. Ces informations sont tirées des livres, des thèses, des articles des rapports d'étude et des mémoires. Pour bien conduire la recherche documentaire nous avons utilisé la grille de lecture comme outil.

1.3.2.1L'échelle ou test d'évaluation

Une échelle propose un ensemble d'option de réponses (numérique ou verbales) qui couvrent une plage ou sur un papier sur un sujet. Elle est toujours employée avec des questions fermées (questions assorties de choix de réponse prédéterminée. C'est une unité de mesure permettant au sondeur de mesurer les opinions et les comportements des personnes interrogées demanière quantitatives.

1.3.2.2 Technique de traitement et d'analyse des données.

Pour le traitement efficace des données issues du questionnaire, il a été procédé à un dépouillement manuel suivi du traitement information 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 sélectionest faite en fonction des critères de pertinence de l'information par rapport aux thèmes abordés, la qualité de l'information ou sa nature argumentaire. Une fois cet exercice achevé, lesinformations sélectionnées sont organisées, catégorisées en fonction des thèmes de discussion et des hypothèses de la recherche. Les données qualitatives traitées ont été soumises à une analyse de contenu. Celle- ci a permis d'avoir des verbatims.

1.3.2.3 Difficultés éprouvées

Au cours de nos enquêtes nous avons rencontré des diverses difficultés telles que: La réticente de certains enquêtés à nos entretiens malgré toutes les stratégies d'ouverture et de confidentialité.

- Difficulté de trouver un créneau d'horaire adéquat pour s'entretenir avec les enquêtés.
- Difficultés financières à cause de la durée du stage qui nous a pris un peu du temps.
- Difficultés d'appréhender certaines notions de la neurologie.
- Difficultés d'interpréter certaines analyses dans le domaine de la neurologie.
- Difficultés de réserve de certains personnels

Pour surmonter à ces difficultés nous avons des stratégies comme : le coping humilité, l'adaptation, la patience, le sourire et autres éléments comme la persévérance, courage et ladétermination pour aboutir à des informations crédibles qui constituent un maillon pour l'analyse des résultats de terrain.

CHAPITRE III- PRESENTATION DES RESULTATS ANALYSE ET DISCUSSION

Ce chapitre renseigne sur les différentes données et analysées dans le cadre de ce rapport de stage. Pour cela il aborde entre autre, le degré du stress chez les personnes enquêtées et les facteurs spécifiques qui les stressent plus.

1.3.2.4 Résultats

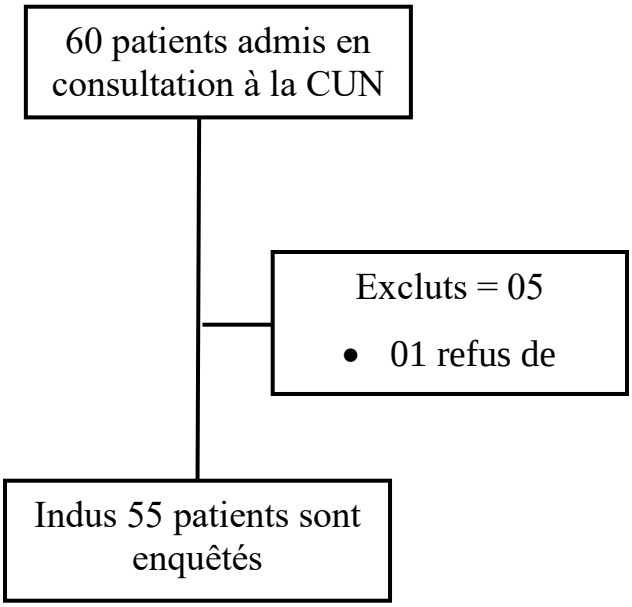


Figure 6 : Diagramme de flux des patients

Victimes d'AVC admis à la CUN

1.3.2.5 descriptions de la population d'étude

Au cours de notre étude nous avons eu un total de 55 patients répondants aux critères d'inclusion pendant la période d'étude.

1.3.2.1.1 Information sociodémographiques

1.3.2.1.2 répartition des patients selon le sexe

Tableau 1 : répartition des patients enquêtes selon le sexe

		Effectif	Pourcentage %
Sexe	M	24	43,64
	F	31	56,36
Total		55	100%

SOURCE : données du terrain 2024

Cette étude est marquée par une prédominance féminine (n= 31, 56,36%).

1.3.3.1 répartition des patients selon l'âge

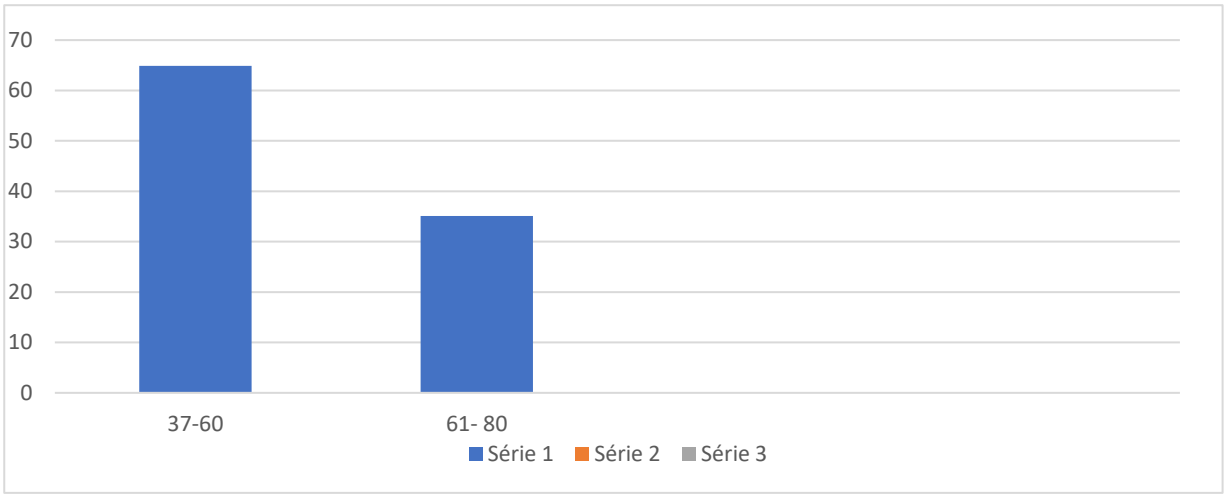
Tableau 2 : Répartition des patients enquêtes selon l'âge

Âge	37	39	40	41	42	43	45	48	49	50	54	55	56	57	
Effectif	4	2	1	1	2	1	2	2	4	3	4	1	1	2	
Pourcentage	7,27	3,64	1,82	1,82	3,64	1,82	3,64	3,64	7,27	5,45	7,27	1,82	1,82	3,64	
	58	**60**	**62**	**64**	**66**	**67**	**68**	**69**	**70**	**71**	**73**	**74**	**76**	**80**	**Total**
	2	**4**	**1**	**1**	**1**	**2**	**1**	**2**	**2**	**1**	**2**	**1**	**3**	**2**	**55**
	3,64	**7,27**	**1,82**	**1,82**	**1,82**	**3,64**	**1,82**	**3,64**	**3,64**	**1,82**	**3,64**	**1,82**	**5,45**	**3,64**	**100%**

Source : données du terrain 2024

L'analyse de ce tableau nous montre que l'âge minimum des patients enquêtés est 37 et le plus âgé a 80 ans

Figure 7 : Répartition selon l'âge des patients suivis à la CUN du CNHU- HKM de Cotonou du 1er Octobre au 30 Décembre 2024



Source : données du terrain 2024

L'analyse de la figure 7 nous permet de comprendre que la plus part des patients enquêtés ont une âge moyenne de 60 ans c'est-à-dire jeune et l'âge le plus élevé est 80 ans.

1.3.2.1.3- répartition des patients selon la situation matrimoniale

Tableau 3 : Répartition selon la situation matrimoniale des patients suivis. à la CUN du CNHU- HKM de Cotonou du 1er Octobre au 30 Décembre 2024

Situation matrimoniale	Effectif	Fréquence %
Marié (e)	35	63,64
Veuf (ve)	10	18,18
Divorcé (e)	7	12,73
Célibataire	3	5,45
Total	55	100%

Source : données du terrain 2024

On remarque à travers ce tableau une représentation majoritaire de marié avec une fréquence de 63, 64 % .

1.3.2.1.4 -répartition des patients selon la profession

Tableau 4 : Répartition selon la profession des patients suivis à la CUN du CNHU- HKM de Cotonou du 1er Octobre au 30 Décembre 2024

Profession	Effectif	Fréquence %
Entrepreneur	24	43,64
Employé	2	3,64
Fonctionnaire	13	23,64
Ménagère	10	18,18
Artisan	6	10,90
Total	55	100%

Source : Données de tension 2024

L'analyse de ce tableau ressort que les entrepreneurs sont la catégorie sociaux professionnelle la plus représenté (n = 24, 43, 64 %) dans notre étude .

1.3.2.1.5 Renseignement sur le dégré du stress des patients enquêtés ci la CUN du CNHU- HKM de Cotonou du 1er Octobre au 20 Décembre 2024

Tableau 5 : Renseignement sur chaque personne enquêtée (1erexemple)

	Ordre croissant 0,1,2,3,4 pour les questions N) 1,2,3,6,9,10					Ordre décroissant 4,3,2,1,0 pour les questions N° 4, 5, 7 , 8				
N° des questions	o- Jamais	1-Pres-que Jamais	2- Parfais	3- Assez Souvent	4- très souvent	4-très souvent	3- Assez souvent	2- parfois	1-pres-que jamais	0 Jamais
1					4					
2					4					
3					4					
4										0
5										0
6										0
7								2		
8						4				
9						4				
10						4				

Source : Données de tension 2024

Ce tableau nous montre comment l'échelle du stress perçu (PSS) est utilisé en prenant l'exemple du 1er patient enquêté

1.3.2.1.6 Renseignement sur les 55 patients enquêtées avec leur scores PSS a la CUN du CNHU- HKM de Cotonou du 1er Octobre au 30 Décembre 2024

Tableau 6 : Récapitulatif des 55 personnes enquêtées avec leur scores PSS

	Nombre total de score obtenu suivant l'ordre des questions	**Interprétation du score PSS**	**Etat de stress pour chaque patient enquêtée**
1	26	Score modéré	Sentiment d'impuissance dans certaines situations
2	30	Score élevé	Sentiment de subir la plupart des situations sans rien faire d'autre
3	30	Score élevé	Sentiment de subir la plupart des situations sans rien faire d'autre
4	26	Score modéré	Sentiment d'impuissance dans certaines situations
5	25	Score modéré	Sentiment d'impuissance dans certaines situations
6	31	Score élevé	Sentiment de subir la plupart des situations sans rien faire d'autre
7	27	Score élevé	Sentiment de subir la plupart des situations sans rien faire d'autre
8	34	Score élevé	Sentiment de subir la plupart des situations sans rien faire d'autre
9	30	Score élevé	Sentiment de subir la plupart des situations sans rien faire d'autre
10	8	Score faible	Savoir gérer son stress , adapte aux événements et confiant qu'il y a de solutions
11	32	Score élevé	Sentiment de subir la plupart des situations sans rien faire d'autre
12	24	Score modéré	Sentiment d'impuissance dans certaines situations
13	28	Score élevé	Sentiment de subir la plupart des situations sans rien faire d'autre
14	31	Score élevé	Sentiment de subir la plupart des situations sans rien faire d'autre

15	29	Score élevé	Sentiment de subir la plupart des situations sans rien faire d'autre
16	27	Score élevé	Sentiment de subir la plupart des situations sans rien faire d'autre
17	28	Score élevé	Sentiment de subir la plupart des situations sans rien faire d'autre
18	25	Score modéré	Sentiment d'impuissance dans certaines situations

19	12	Score faible	Savoir gérer son stress adapte aux événements et confiant qu'il y a de solutions
20	16	Score faible	Savoir gérer son stress adapte aux événements et confiant qu'il y a de solutions
21	12	Score faible	Savoir gérer son stress adapte aux événements et confiant qu'il y a de solutions
22	16	Score faible	Savoir gérer son stress adapte aux événements et confiant qu'il y a de solutions
23	6	Score faible	Savoir gérer son stress adapte aux événements et confiant qu'il y a de solutions
24	32	Score élevé	Sentiment de subir la plupart des situations sans rien faire d'autre
25	33	Score élevé	Sentiment de subir la plupart des situations sans rien faire d'autre
26	28	Score élevé	Sentiment de subir la plupart des situations sans rien faire d'autre
27	21	Score modéré	Sentiment d'impuissance dans certaines situations
28	20	Score faible	Savoir gérer son stress adapte aux événements et confiant qu'il y a de solutions
29	30	Score élevé	Sentiment de subir la plupart des situations sans rien faire d'autre
30	29	Score élevé	Sentiment de subir la plupart des situations sans rien faire d'autre
31	36	Score élevé	Sentiment de subir la plupart des situations sans rien faire d'autre
32	32	Score élevé	Sentiment de subir la plupart des situations sans rien faire d'autre
33	16	Score faible	Savoir gérer son stress adapte aux événements et confiant qu'il y a de solutions
34	28	Score élevé	Sentiment de subir la plupart des situations sans rien faire d'autre
35	31	Score élevé	Sentiment de subir la plupart des situations sans rien faire d'autre
36	36	Score élevé	Sentiment de subir la plupart des situations sans rien faire d'autre
37	25	Score modéré	Sentiment d'impuissance dans certaines situations

38	20	Score faible	Savoir gérer son stress adapte aux événements et confiant qu'il y a de solutions
39	28	Score élevé	Sentiment de subir la plupart des situations sans rien faire d'autre
40	16	Score faible	Savoir gérer son stress adapte aux événements et confiant qu'il y a de solutions
41	28	Score élevé	Sentiment de subir la plupart des situations sans rien faire d'autre
42	30	Score élevé	Sentiment de subir la plupart des situations sans rien faire d'autre
43	32	Score élevé	Sentiment de subir la plupart des situations sans rien faire d'autre
44	32	Score élevé	Sentiment de subir la plupart des situations sans rien faire d'autre
45	33	Score élevé	Sentiment de subir la plupart des situations sans rien faire d'autre
46	32	Score élevé	Sentiment de subir la plupart des situations sans rien faire d'autre
47	32	Score élevé	Sentiment de subir la plupart des situations sans rien faire d'autre
48	32	Score élevé	Sentiment de subir la plupart des situations sans rien faire d'autre
49	32	Score élevé	Sentiment de subir la plupart des situations sans rien faire d'autre
50	28	Score élevé	Sentiment de subir la plupart des situations sans rien faire d'autre
51	29	Score élevé	Sentiment de subir la plupart des situations sans rien faire d'autre

52	28	Score élevé	Sentiment de subir la plupart des situations sans rien faire d'autre
53	27	Score élevé	Sentiment de subir la plupart des situations sans rien faire d'autre
54	28	Score élevé	Sentiment de subir la plupart des situations sans rien faire d'autre
55	23	Score élevé	Sentiment de subir la plupart des situations sans rien faire d'autre

Source : Données de tension 2024

L'analyse de ce tableau montre que le score le plus élevé de PSS est 34

1.3.2.1.7 Renseignement sur les 55 patients enquêtées en fonction de état de stress a la CUN du CNHU- HKM de Cotonou du 1er Octobre au 30 Décembre 2024

Tableau 7 : Statistique des patients enquêtées en fonction de leur état de stress

Etat de stress	Nombre de personnes obtenus (n)	Pourcentage obtenus sur les enquêtées
Stress faible	9	16,36
Stress modéré	10	18,45
Stress élevé	36	65,45

Source : données de tension 2024

l'analyse de ce tableau ressort que sur 55 patients enquêtes 36 soit un taux de 65,45% ont un stress élevé.

2.1 Evaluation du degré du stress l'évaluation du stress a été faite sur la base de l'entretien clinique avec les patients, elle est donc subjective.

Le degré du stress est de 0 à 27. Soit N la note du patient. Lorsque :

N est inférieur à 21, alors il a un stress faible

N est comprise entre 21 et 26, alors il a un stress modéré.

N est supérieure à 27, alors il a un stress élevé.

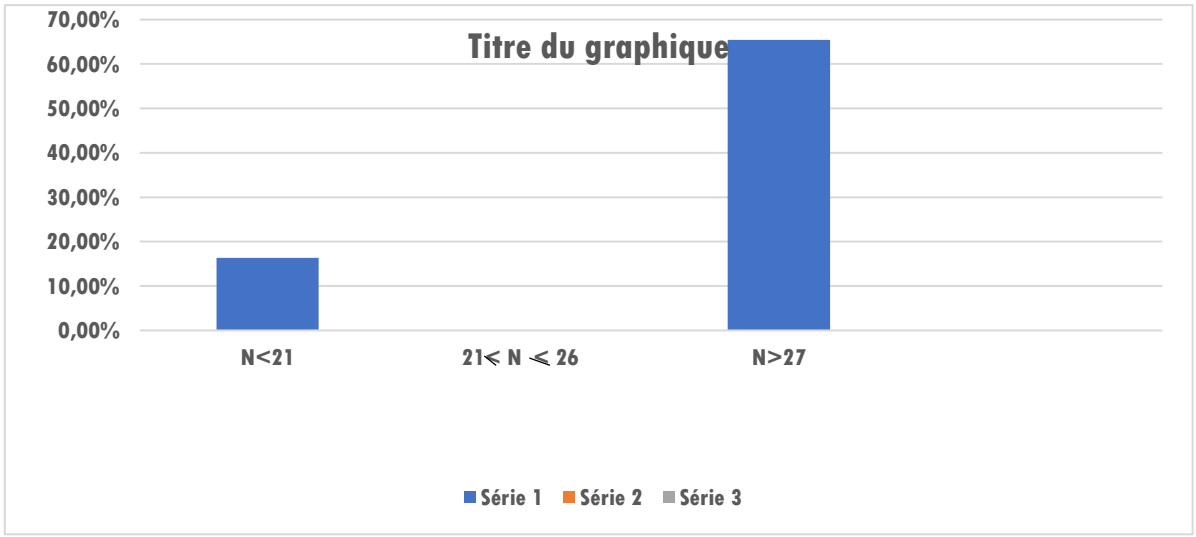


Figure 8 : répartition selon le degré de stress des patient suivis à la CUN du CNHU- HKM de Cotonou du 1er Octobre au 30 Décembre 2024.

l'analyse de la figure nous permet de comprendre que 65,45% des patients ont un degré de stress élève .

Tableau 8 : les facteurs spécifiques contribuants le plus ou stress des patient enquêtés

Contraints	**Facteur stressants**			**Fréquence %**		**Total**
		Oui	**Non**	**Oui**	**Non**	
Contraints sociales	Difficulté relationnelle	21	24	38,18%	61,8%	100%
	Manque de soutien familial	16	39	29,09%	70,91%	100%
	Rupture de l'activité professionnelle	43	12	78,18%	21,82%	100%
Contraintes émotionnels	Colère	41	14	74,5%	25,45%	100%
	Anxiété	50	05	90,91%	9,09%	100%
	Peur	44	11	80%	20%	100%
Contraintes personnelles	Manque de moyen personnel	21	34	38,18%	61,82%	100%
	Etat immobile	48	7	87,27%	12,73%	100%
	Difficulté de parler	41	14	74,55%	25,45%	100%

Source :donnée de terrain 2024

Ce tableau monte que78,18% des patients enquêtés sont stressés à cause la rupture de leur activité professionnelle ;90,91% par contre des patients enquêtés sont anxieux de leur état de santé et 87,27% sont stressés de leur état immobile 74,55% sont dans une contrainte de gestion de colère 80% ont peur de leur état de santé.

1.2.1 LES DONNES QUALITATIVES

Les entretiens faite auprès des patients victimes D'AVC à la clinique Universitaire de la neurologie du CNHU-HKM de Cotonou ont pris autre allure sur les défis rencontrés de ces patients. En effet ils révèlent divers expériences mettant en lumière leur état psychologique. Les patient victimes D'AVC. Ont montré qu'ils sont trop pensif avec de nombreux défis rencontrés à relever. Les opinions des patients A, B et C confirment les défis rencontrés par ces derniers :

Patient A

« Je suis trop pensif à cause de la rupture brutale de mon activité professionnel »

On comprend que le fait que le patient laisse son boulot ou son activité génératrice de revenu est une source de stress, ce qui lui fait trop penser. cette affirmation montre donc que la rupture de l'activité professionnelle est un facteur qui contribue au stress du patient.

Patient B

« J'ai trop peur de mon état actuel »

Cette phrase du patient B révèle qu'il a une menace réelle ou perçue, une réaction anxieuse intense face à son état de santé. Cette peur peut être la peur de mourir, la peur de ne plus se lever et marcher. On comprend donc que le patient- est dans un grand désespoir qui pourrait même le conduire dans la dépression. Ce patient est dans une souffrance psychologique.

Patient C

« A chaque que fois que je pense à mes membres paralysés je m'énerve »

Ce propos du patient C est une contrainte émotionnelle . Ce qui montre que ce patient est en colère sans aucune raison objective

2-4 Etat de connaissances des enquêtés sur les facteurs spécifiques contribuant le plus au stress des patients

A ce niveau, l'investigation a pris autre allure sur le niveau de connaissance des facteurs spécifiques contribuant le plus au stress des enquêtés comme le témoignent les verbatims suivants : D,E. F

Patient D

« Moi ce qui me fais trop pensé est manque de moyen financier »

On retient du patient D que le manque d'argent est un facteur qui le stress Donc le manque de moyen financier est un des facteurs qui stress plus le malade.

Patient E

« je m'énerve parce que je n'ai personne avec moi »

Le patient E se met en colère parce qu'il est dans le manque du soutien familial est une contrainte sociale.

Patient F

« je n'arrive pas à parler »

Le patient F exprime clairement sa contrainte personnelle qui est la difficulté de parler De la, aphasie, est un des facteurs qui le stress.

2-2 Etat de connaissance des enquêtés sur leur perception des évènements. Les patients G ; H ; I témoignent :

Patient H

« J'ai l'impression de ne pas pouvoir contrôler les choses importantes de ma vie »

Le propos du patient H montre qu'il subit la plus part des situations sans rien faire d'autre.Donc, une difficulté à gérer son stress.

Patient I

« Je ne suis plus même capable de gérer mes propres problèmes ».

Le patient I souligne un sentiment de vulnérabilité à son égard. D'où une forte difficulté à gérer son stress.

La perception des enquêtés sur le concept d'AVC et stress les verbatim des patients J,K,L,M,N,O

Patient J

« L'AVC est une maladie dangereuse »

Ce patient exprime la dangerosité de l'accident vasculaire cérébrale.

Patient K

« L'AVC est la paralysie des membres »

Les propos du patient K révèle que l'AVC est un dysfonctionnement des membres. quand à lui ,l'AVC affecte les membres .

Patient L

« L'AVC est une maladie du siècle. Elle affecte tout le corps »

on retient du patient L que l'a v c est une maladie qui prend de l'ampleur . Elle se manifeste par la paralysie des pieds et des bras et même la langue.

Patient M

« l'AVC C'est la tension »

Le propos du patient montre que la tension artérielle est un antécédent de l'accident vasculaire cérébrale.

Patient N

« Quand l'AVC veut commencer on a maux de tête, vestige. fatigue et les pieds deviennent lourd . »

Le patient N'aborde dans ces propos les manifestations de la maladie qui est l'AVC

Patient O

« je suis trop chargé au travail je pense » que c'est ça qui me stress »

Le patient o révèle que la source de son stress est les surcharge au travail »

3.26 Suggestion pour réduire le niveau du stress des patients victimes d'AVC.

D'après les entretiens menés avec les patients souffrants d'attaque cérébrale, nous avons retenus divers choses. celons ses patients le soutien psychologique est très important à vite les aider à se rétablir. Voici quelques propos de patient P.Q.R

Patient P

« Je pense que les psychologues doivent aussi venir échanger avec nous parce que l'échange qu'on vient de faire ma beaucoup soulagé »

Le patient met l'accent sur l'importance du psychologue dans la prise en charge

Patient Q

« Je viens d'avoir une motivation »

On retient du patient q qu'un seul mot peut lui motiver et favorise la prise en Charge

Patient R

« Il faut que les psychologues viennent de temps en temps pour échanger avec nous ; nous avons vraiment besoin de vous »

Le patient R souligne la présence permanente des psychologues à côté des patients victimes l'AVC.

2.2.2 Discussion

La recherche que nous avons menée visait à étudier l'évaluation du degré du stress chez les patients victimes d'accident vasculaire cérébraux à la clinique universitaire de Neurologie du centre Nationale Hospitalier Universitaire Hubert K. MAGA (CNHU – HKM) de Cotonou.

Dans l'ensemble tous les objectifs n'ont pas pu atteindre. Cependant, le degré du stress des patients a été obtenu, les facteurs qui contribuent plus au stress des patents ont été également obtenus.

2.2.3 Commentaire et comparaison des résultats.

Caractéristique de la population d'étude, l'âge moyenne des patients est 64,9ans avec des extrêmes de 37 à 60 ans. La classe d'âge la moins représentée était celle de 61 ans à 80 avec un pourcentage 35,10%. Ces résultats se rapprochaient ceux d'une étude trensversale rétrospective sur une période de 2 ans (Janvier 2010 et décembre 2011) réalisée aux urgences de l'Institut de cardiologie d'Abidjan. Il s'agissait de 176 adultes avec un âge moyen de 60 ans avec un prédominance féminine (Tues N'da et al, 2010). Cette observation est cohérente avec les données de la littérature, qui indiquent que les Accidents vasculaires cérébraux surviennent fréquemment chez des sujets jeunes c'est-à-dire ayant moins de 60ans.

Les femmes étaient représentées à 43, 64% féminine, cette prédominance féminine était retrouvée également par plusieurs auteurs ; (Kumaka et al 2016) avait retrouvé une

prédominance féminine avec 55, 48 %, Touré avec un pourcentage de 56% . Une étude transversale à visée descriptive et analytique s'est déroulée du 14 Aout au 13 novembre 2023 dans la clinique universitaire de la neurologie avait rapporté une moyenne 58,59 ans avec des extrêmes de 42 à 87 ans, la classe la plus représentée était celle de 40 ans à 60 ans, avec un pourcentage de 72,54%. Cette prédominance du sexe féminin traduit le fait que les hommes sont plus endurant que les femmes.

Ce pendant Rosilette (2013) en nitinique avait trouvé une prédominance masculine, Adokonou (2021) à Parakou et Djougou à Cotonou en 2023 retrouvent respectivement 53,1%,55,9% et 62,56%.

2.2.4- Aspects cliniques

L'analyse des différentes réponses issues de notre étude à revers nous permet d'avoir des résultats ainsi 65,45% + 18,45% + 16,36% des patient interrogés sur leur niveau de stress. Cette étude menée à l'Hôpital Régional de Bafoussam au Cameroun qui a révélé que sur 46 patients Victimes d'AVC,25 (soit 54,3% avait subi un stress quelconque. Ainsi le manuel MSD soulignent que la dépression ou d'autres formes de stress mental sont des facteurs de risque modifiables pour l'AVC ischémique (Manuels MSD). Ces études suggèrent une association significatives entre des niveaux de stress élevée et la survenue d'un AVC, soulignent l'importance de la gestion du stress dans la prévention des AVC.

De plus, la world stroke organisation souligne que la dépression et le stress sont liés à un risque presque doublé d'AVC et AIT, en particulier chez les adultes d'âge moyen et les personnes âgées . Ils notent que le stress persistant peut entrainer une athérosclérose, augmentant ainsi le risque d'AVC. (world shoke organisation) . Ces études mettent en évidence l'importance de la santé mentale dans la prévention des AVC et suggèrent que la gestion du stress et des symptômes dépressifs pourrait être bénéfique pour réduire le risque d'AVC.

Par ailleurs, cette étude nous a permis de retrouver la fréquence des facteurs qui contribuent plus au développement du stress des patients victimes d'AVC à la CUN du CNHU – HKM de Cotonou du 1er Octobre au 30 Décembre 2024.

Cette étude a montré que 78,18% des patients enquêtés sont stressés à cause la rupture de leur activité professionnelle ; 90, 91% par contre des patients enquêtés sont anxieux de leur état de santé et 87,27% sont stressés de leur état immobile74,55% sont dans une contrainte de gestion de colère 80% ont peur de leur état de santé. Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que les patients victimes d'AVC à la CUN ne sont pas suivis par des Psychologues . Malgré les efforts significatifs

de notre recherche pour comprendre le degré du stress chez les patients victimes d'avec à la clinique universitaire de la neurologie du CNHU-HKM DE COTONOU ,il est essentiel de relever les limites inhérentes à cette étude. La taille de l'échantillon composée de 55 patients pourraient être considérés comme relativement faible. Néanmoins cet échantillon est lié directement aux jeunes âges des patients de la CUN dans la prise en charge des personnes victimes d'AVC. Ensuite, les données recueillis notamment celles liées à l'évaluation du stress des patients victimes d'accident vasculaire cérébrale reposait sur l'interrogation des patients et donc ne prenait pas en compte une norme standardisée.

La subjectivité intrinsèque à cette évaluation pourrait introduit des biais important dans la perception individuelle du degré du stress. Nous notons également l'influence des variables intermédiaires comme la confiance en soi, l'humeur et la perception du contexte sur les réponses. Enfin, notre étude n'a pas examiné tous les indicateurs contextuels qui influence le degré du stress tels que la motivation.la vision, le sommeil, la logique, le raisonnement ,l'intégrité de la mémoire ,la capacité de concentration . L'omission de ces variables peut limiter la compréhension globale du sujet.

1.2.5 LIMITE DE ETUDE

Bien que cette recherche apporte un éclairage précieux sur évaluation du stress chez les patient victime vasculaire cérébrale, plusieurs limites méthodologiques sont à souligner. Premièrement, le recrutement des participants s'est effectué au sein d'un seul centre hospitalier spécialisé, la CUN. Ce manque de diversification des lieux de soins restreint la généralisation potentielle des résultats à l'ensemble de la population de patients victimes d'AVC. Des études multicentriques incluant différents types de structures seraient nécessaires pour accroître la validité externe des conclusions. Les données proviennent uniquement d'un seul centre.

Deuxièmement , cette étude n'a pas pu examiner certains aspects comme changement de l'humeur, la dépression ,le raisonnement pour l'efficacité de soins psychologiques. Ces facteurs pourraient avoir une influence sur les résultats du traitement. Enfin Des analyses statistiques intergroupes permettant de comparer les résultats en fonction des caractéristiques sociales des patients apporteraient un éclairage complémentaire enrichissant.

CONCLUSION

Le CNHU – HKM de Cotonou entant qu'institution de référence en matière de santé mental et physique au Bénin joue un rôle cruciale dans la prise en charge des patients victimes d'accident vasculaire cérébrale précisément dans la clinique universitaire de la neurologie .Il est indispensable que le survie psychologique joue un rôle indispensable dans l'amélioration du bien être des patients victimes d'AVC au centre National Hospitalier et Universitaire-Hubert Koutoukou MAGA de Cotonou (CNHU-HKM) . A traves une approche pluridisciplinaire ces soins permettre de prendre en contre les besoins spécifiques de chaque patients en considèrent à la foie les aspects psychologiques socio et physiques de leurs dépendances . Ces soins psychologiques pourraient permettre de suivre le niveau du stress de chaque patient souffrant d'AVC afin de l'accompagner,

Ainsi l'évaluation du stress permettre aux patients victimes d'AVC de bénéficier un soutien émotionnelle important. Ce qui favorisera la prise de conscience et acceptation de leur situation, cela permettrait la réhabilitation de ces patients .

Au terme de cette étude transversale à visé descriptive et analytique portant sur la qualité de vie des personnes en post-Accident Vasculaire Cérébral de la Clinique Universitaire de Neurologie du Centre National Hospitalier et Universitaire-Hubert Koutoukou MAGA de Cotonou ; les données sociodémographiques procurent des informations essentielles pour la compréhension des facteurs de risque d'un AVC. Les sujets féminins étaient les plus touchés avec une sex-ratio de 2,6. L'âge moyen était de 64,9 ans. Une lecture minutieuse des résultats concernant l'aspect clinique démontre de façon globale que le stress quelconque altére des personnes enquêtées. Avec 65,45% ayant un AVC et non aphasique ou sans trouble sévère de langage. L'aventure de l'étude dans le domaine psychosocial indique que le soutien familial n'est pas un facteur qui stress plus des enquêtés car malgré cela y a des changements d'humeur, la colère, la peur, anxiété, dépression, ainsi que le soutien psychologique. Ces informations ont des implications majeures dans la prise en charge globale des personnes victimes d'AVC. L'étude offre la possibilité de voir les besoins spécifiques des patients en mettant en lumière les facteurs émotionnels, sociales et personnels qui les influencent. A la lumière de ces résultats, il devient essentiel d'explorer la relation qu'entretiennent les familles ou aidants avec les personnes victimes de cette affection neuropsychologique à domicile.

Cependant, malgré les efforts déployés par le CUN de Cotonou, de nombreux défis restent à relever. Les obstacles à l'accès aux soins sont tant de facteurs qui entravent la prise en charge efficaces des patient victime D'AVC.

Il est donc nécessaire de mettre en place des politiques publiques visant : à renforcer les capacités des personnels de la CUN du CNHU- HKM de Cotonou, à sensibilisés la population sur les dangers de la maladie et à faciliter l'accès aux soins pour les personne victime D'AVC.

En somme, évaluation du stress chez les patients victimes d'accident vasculaire cérébrale a la clinique universitaire de neurologie du CNHU-HKM de Cotonou nous permettent de connaitre le niveau de stress de chaque patient victimes d'avc afin de lui offrir les soins psychologiques . ce qui favorisera l'efficacité des soins. En combinant un soutien émotionnel, une compréhension des facteurs sous-jacents, une prévention des rechutes et une réintégration sociale, ces soins permettent aux patients de faire face à leur état de manière holistique et multidisciplinaire. Grâce à ces soins les victimes d'AVC peuvent non seulement se libérer de leur stress, mais aussi reconstruire leur vie et retrouver leur place dans la société. Il est donc essentiel de continuer à soutenir et à développer ces soins psychologiques pour améliorer le bien être des patients victimes d'accident vasculaire célébrale à la Clinique Universitaire de neurologie du CNHU-HKM de Cotonou.

SUGGESTION

Au regard des résultats auxquels nous nous sommes parvenus, nous suggérons :

- **A l'endroit des patients :**
  - Suivre les instructions médicales en ce qui concerne les médicaments, les réadaptations et le suivi ;
  - Adopter une alimentation saine, faites régulièrement de l'exercice ;
  - Consulter des professionnels de santé mentale comme un psychologue pour votre prise

Charge psychologigue

❖ **A l'endroit des proches des patients** :

- Encourager les patients à participer au programme de réadaptation pour aider à regagner les fonctions perdues ;
- Aider les patients à domicile à accomplir des tâches quotidiennes et à maintenir leur autonomie ;
- Informez-vous sur l'AVC et ses conséquences afin de mieux comprendre les besoins du patient et de mieux l'aider à ne pas récidiver ;
- Eviter d'énerver les patients

❖ **A l'endroit du personnel :**

- Coordonnez les soins avec les professionnels de la santé mentale, comme les psychologues ,les reflexologues, les neuropsychologues, psychothérapeutes, et les travailleurs sociaux pour assurer une approche holistique et coordonnée de la prise en charge

❖ **A l'endroit des autorités sanitaires :**

- Mettre en place des programmes d'éducation sur la santé mentale pour aider les victimes et leur famille à mieux faire face ;
- Doter le service de neurologie de psychologues ou neuropsychologue pouvant évaluer les comorbidités liées à l'AVC pour une prise en charge plus efficace.

Annexe

Questionnaire d'enquête

Madame Monsieur

Dans le cadre de la rédaction de notre rapport de fin de formation de licence en psychologie, nous prions de bien vouloir nous aider à remplir le présent questionnaire,

Nous vous assurons de la confidentialité dans le traitement de cette information.

Nous vous remercions d'avance

<u>Sujet :</u> « EVALUATON DU STRESS CHEZ LES PATIENTS VICTIMES D'ACCIDENT VASCULAIRE CELEBRALE A LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE NEUROLOGIE DU CNHU-HKM DE COTONOU »

Par : EZIN Agossa yélindo Laurent

Echelle du stress perçu

	0-jamais	1-Presque jamais	2-Parfois	3-Assez	4-très souvent
1.Au cours du dernier mois , à quelle fréquence avez- vous été bouleversé à cause d'un évènement inattendu ?					
2.Au cours du dernier mois , combien de fois aviez – vous eu l'impression de ne pas pouvoir contrôler les choses importantes de votre vie ?					
3.Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes- senti nerveux et stressé ?					
4.Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti confiant quant à votre capacité à gérer vos problèmes personnels ?					
5.Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous senti que les choses allaient dans votre sens ?					
6.Au cours du dernier mois, combien de fois aviez-vous constaté que vous ne pouviez pas faire face à toutes les choses que vous deviez faire ?					
7.Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous pu contrôler les irritation dans votre vie ?					
8.Au cours du dernier mois, quelle fréquence avez -vous senti que au courant des choses ?					
9.Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez- vous été irrité à cause des choses qui se sont déroulées hors de votre contrôle ?					
10.Au cours du dernier mois, à quelle fréquence					

avez- vous senti que les difficultés s'accumulaient si haut que vous ne pouviez pas les surmonter ?					

Sexe : ☐ masculin ☐ Féminin

Age : …… ans

Situation maritale : ☐ célibataire ☐ Marié (e) ☐ Veuf (ve) ☐ Divorcé (e)

Profession : …….

Hypothese1

	Ordre croissant 0,1,2,3,4 pour les questions N) 1,2,3,6,9,10					Ordre décroissant 4,3,2,1,0 pour les questions N° 4, 5, 7 , 8				
Item	o- Jamais	1-Pres-que Jamais	2- Parfais	3- Assez Souvent	4- très souvent	4-très souvent	3- Assez souvent	2-parfois	1-pres-que jamais	0 Jamais
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

Hypothèse 2				
Contraints	**Facteur stressants**	**Modalité**		**Code**
		Oui	**Non**	
Contraints sociales	Difficulté relationnelle	**Oui**	**Non**	1
	Manque de soutien familial	**Oui**	**Non**	2
	Rupture de l'activité professionnelle	**Oui**	**Non**	3
Contraintes émotionnels	Colère	**Oui**	**Non**	4
	Ansciété	**Oui**	**Non**	5
	Peur	**Oui**	**Non**	6
Contraintes personnelles	Manque de moyen personnel	**Oui**	**Non**	7
	Etat immobile	**Oui**	**Non**	8
	Difficulté de parler	**Oui**	**Non**	9

Codage des donnés

Information sociodémographique		
Items	Modalités	code
Sexe	masculin	
	Féminin	
Âge	Tel que renseigné	
Situation maritale	Célibataire	
	Marié(e)	
	Veuf(ve)	
	Divorcé(e)	
Autre emploie	Fonctionnaire	
	Employé	
	Entrepreneur	
	Artisan	
	ménagère	

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Elisé T.(1997), Accident vasculaires cérébraux et variations saisonnières : Etude de 219 cas au CHU du point G.

2. Tamanou s.(2001), D'Anesthésie Réanimation de l'hôpital Gabriel Touré

Thèse., Bamako, 07 – M- 1.

3. NGO M. (1996), Prise en charge des accidents vasculaires cérébraux dans le service d'Anesthésie Réanimation de l'hopitall Gabriel Touré.

4. GAHOU Y.(1997). Prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en unités de soins intensifs à l'hôpital du point G .

5. COULIBALY T. et al . (1998), Etude des accidents vasculaires cérébraux du sujet jeune dans les services de cardiologie e de neurologie au Mali.

6. ZABSONRE P.et al.(1997), Etude des facteurs de risque et de gravité des AVC chez les noirs Ouest africains au Burkina Faso.

Médecine tropicale, 57 :147-152.

7. **ISABELLE M.& DIDIER M. (1999),** Prise en charge initiale des accidents vasculaires cérébraux ,Services de neurologie A, hopital GUI DE Chauliac 2, Avenue Bertin Sans -34295 Montpellier cedex 5.

8. Holmes T.&. Robe, R. (1993),The social readjustment rating scale. Journal of psychosomatic Research, vol 11,213-218.

9.Brass L.et al .(1998), Accidents vasculaires cérébraux ischémiques transitoires chez le sujet âge Diagnostic et traitement.

10.VTTE E &. CHEVALIER J. (1997), Le cerveau : Neuroanatomie, 1ere Edition Flammarion, Paris .

11. Bileckot R. et al, (1996), Rééducation fonctionnelle de l'hémiplègie vasculaire à brazzaville (congo) à propos de 109 cas.

12. FREYSZ M. et al, (2000), Prise en charge pr2 hospitalière ? filière de soins. L'accident vasculaire en phase préhospitlière
Médecine d'urgence ,P47-56

13.HASSAN H.(2005), ACCIDENTS Vasculaires cérébraux, NEUROLOGIE-REANIMATION -URGENCES ,a collection hipocrate ,-9-133,

14.BALOGOU A .et Al:(2002), accidents vasculaire cérébraux chez le sujet jeune (15-45 ans) dans

le service de neurologie du CHU DE LOME., African journal of neurological Sciences ISSN : 1992-2647

15,Arnaud S. (2009), Accident vasculaire célébral de la personne âgée particularités et facteurs pronostiques ,Thèse. Mèd. , Paris, 09 – M- 2- PA06G048.

16 DELOCHE G, DELLATOLAS G. (1997), appréciations subjectives des difficultés des patients cérébrolésés, (TC et AVC° ? LES Cahiers du CTNERHIHandicaps et Inadaptations, 75-76 101-115.

Notice du questionnaire des domaines d'inquiétude

17. Dugas M .et al. (1995). Womey and problem solving : evidence of a specific relationship. Congnitive Therapy and research, 19, 109- 120.

18. ANGE T. (1999), Souffrance et violence : psychopathologie des contextes familiaux, l'Harmattan, Paris.

19. ANZIEU D. (1985) Mélanie Klein aujourd'hui, Césura Lyon Edition.

20 . AUDET, J. & KATZ, J. (1999) ,Précis de victimologie générale, Paris,Dunod.

21.BERCLAZ M. (2007) Traumatisme et intervention. Manuel de soutien psychosocial et spirituel. www, psyurqence. ch .

22. BERGERET J. (1985) La personnalité normale et pathologique, Dunod, Paris.

23. BERGERET *J.* (1996) La violence fondamentale, Paris,Dunod.

24. BRILLON P. (2013) «Fatigue de compassion et trauma vicariant. Quand la souffrance de nos patients nous bouleverse ». in *Psychologie Quebec*, vol.30, n°3, p. 30-35.

25. CHADE M. (1996) Clinique de la reconstruction, Paris,Harmattan.

26. CHRESTMAN K. (1995) « Secondary exposure of trauma and. self-report ed distress among therapists ». In Stamm Bit, Secondary Traumatic Stress. Self-care issues for clinical researchers & educators,Lutherville : Sidran Press.

27.CONRAD D. & Kellar G . (2006); « Compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among Colorado child protection workers ». In *Child Abuse and Nëglect,* vol. 30, 1071-1080.

28. De CLERCQ, M. & LEBIGOT, F. (2001) I es traumatismes psychiques, Masson, Paris.

29.DUHOUX, S. (2014) «Traumatisme vicariant: la souffrance des soignants», (en ligne: httpY/inter-stice.fr/traumatisme-vicariant-2/).

30. DSM 5 (2015) Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. American Psychiatrie Association. Issy-les- Moulineaux.

31. FIGLEY R. (1995). Compassion fatigue : Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. Levittown, PA: Brunner/ Mazel.

32. FAO T.KEANET. FRIEDMAN, J. (2000), Effective Treatments for PTSD. The Guilford Press, New York.

33. GENTRY E. & al.(1997). Accelerated Recovery Program For Compassion Fatigue. Conference presenter au Thirteenth Annual International Society For Traumatic Stress Studies, Monreal, Canada.

34. GIRDANO D, DUSEK D. et al. (1997) Controlling stress and tension,(7eme ed), Pearson, San Francisco.

35. GRINKER R. & SPIEGEL J . (1945) , Men Under Stress, Blakeston, Philadelphia.

Aben 1, Verhey F, Lousberg R, Lodder J, Honig A. Validity of the beck depression inventory, hospital anxiety and depression scale. SCL-90, and Hamilton depression rating scale as screening. Psychosomatics. 2002 Sep-Oct:43(5):386-93.

36. ANAES A. (2002),Early Management of Adult Stroke Patients: Medical Aspects. Paris.

37. Andersen G, Vestergaard K. (1995), Ingemann-Nielsen M. Lauritzen L. Risk factors for post-stroke depression. Acta Psychiatr Scand, Sep:92(3 :193-8.

38. Aström M, Adolfsson R, Asplund K.(1993), Major depression in stroke patients. A 3-year longitudinal study. Stroke, Jul:24(7):976-82.

39.Berg A, Palomaki H, Lehtihalmes M. Lonqvist J. Kaste M. (2003),Poststroke depression: an 18-month follow-up. Stroke , 34:138-43.

40. Berginer V., Goldsmith J. Batz U, Vardi H. Shapiro Y.(1989) Clustering of strokes in association with météorologic factors in the Negev Desert of Israël, Stroke,Jan;20(l):65-9.

41.Bille-Turc F. (1995), Maladies cérébrovasculaires. In: Bouvenot G, (Ed). Pathologie médicale. Masson, Paris-Milan-Barcelone, (t. 3) : 226-38.

42.Blecic S.(2006), Epidémiologie et facteurs de risque de l'ave : données récentes l'étude « Belgica stroke ». Louvain Médical,125(6): 190-1.

43.Boden-Albala B. Litwak E. Elkind MS, Rundek T. Sacco R.(2005), Social isolation and outcomes post stroke. Neurology, 64, 1888-92.

44.Bogousslavsky J. Besson G. Serratrice J.(1996), Les accidents ischémiques cérébraux liés à l'athérome. In : Serratrice G. Autret A, (Ed). Neurologie. Ellipses/AUPELF/UREF. Paris, :361-71.

45. Brott T.& Bogousslavsky J. (2000),Drug Therapy: Treatment of Acute Ischémie Stroke. Stroke; 10: 710-22.

46. Caeiro L. Ferro JM, Costa J.(2013), Apathy Secondary to Stroke: A Systematic Review and Meta-

Analysis Cerebrovasc Dis,35(l):23-39.

47. Carlsson G. Moller A. Blomstrand C. (2003),Consequences of mild stroke in persons < 75 years-A 1-year fbllow up. Cerebrovasc Dis ,16 :383-3.

48. Carod-Artal FJ. Ferreira Coral L, Trizotto D, Moreira C.(2009), Poststroke depression: prevalence and determinants in Brazilian stroke patients. Cerebrovascular Dis,28(2): 157-65.

49. Carota A, & Paoluci S. (2007), Dépression after stroke. In: Godefroy O. Bogousslavsky J. The behavior and cognitive neurology of stroke. Cambridge University Press.

50. Carson A. MacHale S. Allen K, and Lawrie S.(9224), Dennis M. House A et al. Dépréssion after stroke and lésion location: A systematic review. Lancet. 356 , 122-6.

51. Chau J, Thompson D., Chang AM, Woo J. Twinn S, Cheung S. (2010) ,Dépréssion atnong Chinese stroke survivors six months after discharge from a réhabilitation hospital. J Clin Nurs, Nov; 19(21-22):3042-50.

52. Chollet F, Tardy J, Albucher J, Thalamas C. Berard E, Lamy c..(2011),Fluoxetine for motor recovery after acute ischaemic stroke (FLAME): a randomised placebo-controlled trial. Lancet Neurol.Feb: 10(2): 123-30. doi: 10.1016/S1474-4422(10)70314-8. Epub Jan 7.

53. Colle F. Bonan L Geliez Léman M, Bradai N, Yelnik A. (2006) ,Fatigue after stroke. Ann Readapt Med Phys. Jul:49(6):272-6, 361-4.

54. De Groot M. Phillips S, Eskes G. (2003). Fatigue Associated With Stroke and Other Neurologie Conditions: Implications for Stroke Réhabilitation. Arch Phys Med Rehabil ; 84:1714-20.

55. Drevve A.(1975), Go - no go learning after frontal lobe lésions in humans, Cortex, Mar; 11(1):8-16.

56. Eilertsen G. & Ormstad H. (2013) .Expériences of poststroke fatigue: qualitative meta-synthesis. J Adv Nurs 2013 Mar: 69(3):514-25. doi: 10.1 1 11/jan. Epub Sep 3.

Eriksson M. 57. Asplund K, Glader D.(2004) Self- reported dépréssion and use of antidepressants after stroke: a national survey. Stroke,; 35:936-941.

57. Fang J. & Cheng Q. (2009),Etiological mechanisms of post-stroke dépréssion: a review. Neurol Res. Nov: 31(9):904-9.

58. Feigin V.et al.(2012) Prevalence and predictors of 6-month fatigue in patients with ischémie stroke: a population-based stroke incidence study in Auckland. New Zealand, Stroke;43(10):2604-9.
59. Flaster M, & Sharma A. (2013).Poststroke dépréssion: a review emphasizing the rôle of prophylactic treatment and synergy with treatment for motor recovery. Top Stroke Rehabil,Mar-Apr;20(2): 139-50.
those who treat the traumatized. Levittown, PA: Brunner/ Mazel.

FOA, E,, KEANE, T. ET FRIEDMAN, J. (2000) Effective Treatments for PTSD. The Guilford Press, New York.

60.Frühwald S, Lôffler H, Eher R, Saletu B, Baumhackl U.(2001),Relationship between dépréssion,

anxiety and quality of life: a study of stroke patients compared to chronic low back pain and myocardial ischemia patients, Psychopathology, Jan;34(l):50-6.

61. Spalletta P, et al.(2006), The etiology of post stroke dépréssion: a review of the literature and a new hypothesis involving inflammatory cytokines.2006; Molecular Psychiatry, I 1.984-991.

62 .Garnier M, Delamare V, Delamare J Delamare J. Delamare T.(1997), Dictionnaire des termes de médecine. Maloine,7e édition,Paris,

66. Gelder M .(2005) Traité de psychiatrie. Flammarion Médecine Sciences.

63. Glader E.(2002). Poststroke Fatigue: A 2-Year Follow-Up Study of Stroke Patients in Sweden. Stroke,33:1327-33.

64. Glamcevski M.(2002), Factors associated with poststroke de- pression, a malaysian study. Neurological Journal of South East Asia , 7, 9- 12.

65. Glass T, Matchar D, Belyea M, Feussner J.(1993). Impact of social support on outcome in First stroke. Stroke, Jan:24(I):64-70.

66.Grosjean M, & Courbin C. (2003).Points essentiels du guideline sur la prise en charge des patients souffrant d'accident vasculaire cérébral. Louvain médical ; 122 : 575-81.

67. Godess C.(2000) , Groupe suisse de travail pour les maladies cérébrovasculaires ,Fondation Suisse de , cardiologie. Epidémiologie de l'accident vasculaire cérébral. Bulletin des médecins suisses ; 81 :2082-5.

68. Hama S, Yamashita H, Yamawaki S, Kurisu K. (2011), Post-stroke dépréssion and apathy: Interactions between functional recovery, lésion location, and emotional response,Psychogeriatrics ; 11: 68-76.

69. Heikinheimo T,&.Chimbayo D.(2012).Stroke Outcomes in Malawi, a Country with High Prevalence of FIIV,A Prospective Follow-Up Study, PLoS One;7(3):e33765.

70. Heller R. Langhorne P, Jame E.(2000). Improving the Stroke Outcome: the Benefits of Increasing Availa unbility of Technology, Bulletin of the World Health Organisation,78:1337-43.

71. Hermann N, Black Se. Lawrence J. Szekely C, Szalai J.(1998), The Sunnybrook Stroke Study: a prospective dépressive symptoms and functional outcome, Stroke,29:618-24.

72. Référence Bibliographiques

73- Water C.(1915).concept de Fighter Flight(" création de lutte en fuite.

74-Richard L.(1966). Théorie de l'évaluation du stress.

75-Hemi L.(1979). Ajout du concept d'inhibition de l'action face au stress.

76- Chris B. et al (1996). Les différences entre stress aigu et stress post-traumatique

77-- Hans (1956). concept du Syndrome Général d'adaptation (SGA),avec les trois phases : alarme résistance et épuisement.

78-Jeffrey M.(1983), Modèle d'intervention en cas de stress post-traumatique, utilisé pour les premiers

secours psychologiques.

79-DSM-VI(1994) et DSM-5 (2013) définissent les critères du trouble de stress aigu(TSA)

80-TOAST(1993). Classification des AVC ischémiques selon leur cause.

TABLES DES MATIERES

SOMMAIRE 2
DEDICACES 3
REMERCIEMENTS 4
LISTES DES TABLEAUX 5
LISTE DES FIGURES 6
SIGLES ET ABREVIATIONS 7
RESUMES 8
ABSTRACT 8
INTRODUCTION 9
CHAPITRE I : CADRE INSTITUTIONNEL ET DEROULEMENT DU STAGE 11
1.1 Brève description du CNHU 11
1.1.1 la clinique universitaire de Neurologie (CUN) 11
1.1.1.2 Description des activités menées 13
1.1.1.3 Observation des Consultations 13
1.1.1.4 L'enregistrement d'électroencéphalogramme (EEG) 14
1.1.2.1 Tâches administratives 14
1.1.2.2 Les Acquis 14
1.1.2.3 Difficultés éprouvées 15
CHAPITRE II CADRE THÉORIQUE DE LA RECHERCHE ET APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE ADOPTEE 16
1.2.Clarification conceptuelle 16
1.2.1 QUELQUES FIGURES DES CONCEPTS 18
1.2.2Revue de littérature 20
1.2.3 PROBLEMATIQUE 26
1.2.4 Approche méthodologique de la recherche 28
1.2.1.1Méthode d'Etude 29

1.2.1.2 Cadre d'étude 29
1.2.1.3Type d'étude et période d'étude 29
1.2.1.4Materiel 29
1.3EVALUATON DU STRESS 30
1.2.3.1 Nature de la recherche 31
1.2.3.2 Participants 31
1.2.3.3 Population d'étude 31
1.2.3.4 Critères d'inclusion 31
1.3. Nature de la recherche 31
1.3.1.1 Groupes cibles et échantionnage 31
1.3.1.2 Technique d'échantillonnage et échantillon 32
1.3.1.3 Techniques et outils de collecte de données 32
1.3.1.4 L'observation 32
1.3.2 La recherche documentaire 33
1.3.2.1L'échelle ou test d'évaluation 33
1.3.2.2 Technique de traitement et d'analyse des données. 33
1.3.2.3 Difficultés éprouvées 34
CHAPITRE III- PRESENTATION DES RESULTATS ANALYSE ET DISCUSSION 35
1.3.2.4 Résultats 35
1.3.2.5 descriptions de la population d'étude 36
1.3.2.1.1 Information sociodémographiques 36
1.3.2.1.2 répartition des patients selon le sexe 36
1.3.3.1 répartition des patients selon l'âge 37
1.3.2.1.3- répartition des patients selon la situation matrimoniale 39
1.3.2.1.4 -répartition des patients selon la profession 39
1.3.2.1.5 Renseignement sur le dégré du stress des patients enquêtés ci la CUN du CNHU- HKM de Cotonou du 1er Octobre au 20 Décembre 2024 41
1.3.2.1.6 Renseignement sur les 55 patients enquêtées avec leur scores PSS a la CUN du CNHU- HKM de Cotonou du 1er Octobre au 30 Décembre 2024 42

1.3.2.1.7 Renseignement sur les 55 patients enquêtées en fonction de état de stress a la CUN du CNHU- HKM de Cotonou du 1er Octobre au 30 Décembre 2024 46
2.1 Evaluation du degré du stress l'évaluation du stress a été faite sur la base de l'entretien clinique avec les patients, elle est donc subjective. 47
l'analyse de la figure nous permet de comprendre que 65,45% des patients ont un degré de stress élève 48
1.2.1 LES DONNES QUALITATIVES 49
2-4 Etat de connaissances des enquêtés sur les facteurs spécifiques contribuant le plus au stress des patients 49
3.26 Suggestion pour réduire le niveau du stress des patients victimes d'AVC. 51
2.2.2 Discussion 52
2.2.3 Commentaire et comparaison des résultats. 52
2.2.4- Aspects cliniques 53
1.2.5 LIMITE DE ETUDE 54
CONCLUSION 55
SUGGESTION 56
Annexe 58
Références Bibliographiques 57
TABLES DES MATIERES 63