

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix -Travail – Patrie

UNIVERSITÉ DE YAOUNDE I

CENTRE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE (CRFD) EN
SCIENCES HUMAINES, SOCIALES ET
ÉDUCATIVES

UNITÉ DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN SCIENCES
DE L'ÉDUCATION ET INGÉNIEURIE
EDUCATIVE



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace- Work-Fatherland

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

DOCTORATE RESEARCH AND TRAINING
CENTRE (CRFD) IN "SOCIAL AND
EDUCATIONAL SCIENCES"

DOCTORATE RESEARCH AND TRAINING
SCHOOL IN EDUCATION AND
EDUCATIVE ENGINEERING

**VECU DES PERTES D'AUTONOMIE DES
PERSONNES VICTIMES D'AVC ET INSTABILITE
PSYCHO-SOCIALE DE LA FAMILLE : UNE ETUDE
DE CAS**

*Mémoire présenté et soutenu le 17 Octobre 2018 en vue de l'obtention du
diplôme de Master en Education Spécialisée*

Option : Handicap Social



Par
DONFACK Delphine épse TSABANG

Licence en Psychologie

Matricule 14S3053

jury

Qualité	Noms et grade	Universités
Président	MAYI Marc Bruno, Pr	UYI
Rapporteur	MBEDE Raymond, Pr	UYI
Membre	NGUIMFACK Léonard, Pr	UYI

SOMMAIRE

DEDICACE	ii
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES ABREVIATIONS.....	v
RESUME	vi
ABSTRACT.....	vii
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL.....	2
CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE.....	3
CHAPITRE 2 : DEFINITION DES CONCEPTS CLES	17
CHAPITRE 3 : VECU DES PERTES D'AUTONOMIE ET INSTABILITE PSYCHOSOCIALE DE LA FAMILLE.....	19
CHAPITRE 4 : LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES	24
CHAPITRE 5 : THEORIES EXPLICATIVES DU SUJET.....	43
DEUXIEME PARTIE : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE	56
CHAPITRE 6 : METHODOLOGIEBDE L'ETUDE	57
CHAPITRE 6 : ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS	65
CHAPITRE 7 : INTERPRETATION DES RESULTATS, ET SUGGESTIONS.....	72
CONCLUSION.....	77
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	79
ANNEXE	92
TABLE DES MATIERES	114

DEDICACE

A

- ✚ Mon époux, le Dr. TSABANG Nolé
- ✚ Mon Père KANA Martin (Soffo-Ngang)

- ✚ Aux patients externes et internes des centres avec lesquels nous nous sommes entretenus.

REMERCIEMENTS

Au moment où nous terminons la rédaction de ce travail de recherche, nous remercions les personnes qui nous ont accompagné.

Il s'agit d'abord du Professeur MBEDE Raymond, qui malgré ses multiples occupations n'a cessé de ménager les efforts pour diriger ce travail ;

- + Du Professeur MBALAZE Barnabé Doyen de la Faculté des Sciences de l'Education et chef du département de l'Education Spécialisée ;
- + Du Professeur MAYI Marc Bruno Vice Doyen Chargé de la recherche et de la coopération ;
- + Des enseignants du département de l'éducation spécialisée qui nous ont formés ;
- + Du Docteur IGOUI MOUNANG Gilbert pour sa disponibilité et ses contributions morale et intellectuelle tout au long de la réalisation de ce mémoire ;
- + Du personnel des formations sanitaires suivantes : L'Hôpital de District de Biyem-Assi, Hôpital Central, Centre Universitaire Hospitalier et le Centre Cardiologique et Médical qui m'ont accompagné tout le long de ce travail.
- + De tous les patients et toutes les familles qui ont consenti de participer à cette étude ;
- + Notre gratitude va également :
- + Au Docteur LANDO MANKUETE Marie Jeannette, pour ses encouragements et son soutien de tout genre.
- + A notre belle-mère NANFACK Anna (Malekeuh) qui n'a jamais cessé de nous soutenir malgré son âge avancé ;
- + À toute notre famille et à notre belle-famille pour leur soutien affectif ;
- + À nos amies d'AFAJEC pour leur sincère amitié et confiance, particulièrement à Mme TADAH Bonnefoi;
- + À nos camarades de promotion...BIDJOGO ADJABA Beatrice , KANA Irène DJOUMESSI Rosine , TAYOU Christelle...pour leur soutien moral et intellectuel durant la rédaction de ce travail.

Notre gratitude s'adresse à ceux dont les noms ne figurent pas ici et qui ont d'une manière ou d'autre, de prêt ou de loin contribué à la réussite de ce travail.

LISTE DES ABREVIATIONS

AIC :	Accident Ischémique Constitué
AIT :	Accident Ischémique Transitoire
AVC:	Accident Vasculaire Cérébrale
CIFHS :	Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé
CIM:	Classification Internationale des Maladies
CM:	Centre Médical d'Arrondissement
CMAJ:	Canadian Medical Association Journal
DREES:	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
GRE:	Groupe de Recherche sur l'Explicitation
HG:	Hypothèse Générale
HR:	Hypothèse de Recherche
HSA	Hémorragie Sous-arachnoïdienne
HTA:	Hypertension Artérielle HTA
JM:	Journée Mondiale
mmHg:	millimètre de mercure
MNT:	Maladies Non Transmissibles
MODELE (BM) :	Modèle Biomédical
MODELE BPS :	Modèle Bio-Psycho-Social
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé

RESUME

L'accident vasculaire cérébral est un terme générique, peu précis, correspondant à des physiopathologies très diverses, se présentant cliniquement comme un déficit neurologique focal ou parfois global durant plus de 24h. Les traitements, le pronostic et la prévention secondaire peuvent être radicalement différents. Cette définition implique l'existence d'une lésion cérébrale secondaire à une lésion vasculaire sous-jacente. En effet, on peut penser que les personnes victimes d'un AVC sur-interprètent à posteriori l'intensité du stress auquel elles ont été exposées. Ils cherchent des explications à ce qui leur est arrivé et se révèlent plus sensibles qu'auparavant. L'objectif de ce travail est de permettre aux familles de parvenir à une bonne maîtrise de la gestion des conséquences des séquelles neurologiques de l'AVC chez les sujets, à travers une batterie de prise en charge psychosociale. Nous avons fait usage de la théorie du traumatisme de Freud et de la théorie de l'instabilité sociale de Damas. Nous avons obtenu une population de 09 cas. Nos participants ont été obtenus auprès des hôpitaux de district de Biyem-assi, l'Hôpital Central de Yaoundé et au Centre hospitalier Universitaire de Yaoundé sur la base d'une sélection raisonnée

Nous avons constaté durant notre stage sur le terrain que les personnes victimes d'AVC ont un vécu pénible et par conséquent manifeste une instabilité psychosociale de perte d'autonomie. D'où notre hypothèse de recherche qui stipule que : Le vécu des pertes d'autonomie des personnes victimes d'AVC détermine l'instabilité psychosocial de la famille. Sur la base des entretiens semi directifs et d'une grille d'entretien nous avons analysé les données récoltées sur le terrain et interprété nos résultats. De ces résultats il ressort que d'AVC et des troubles de L'affectivité sont une maladie de la dépendance et de la souffrance. Les troubles impliquent la culpabilité et l'angoisse permanent dans la structure familiale. La mort est la chose souhaitée et partagée au détriment de la souffrance de la famille. Ce qui met en relation le vécu des pertes d'autonomie et l'instabilité psychosociale des familles ayant des personnes victime d'AVC. D'où il apparait que notre hypothèse générale est vérifiée et que la méthode permet de comprendre le niveau de traumatisme des patients ainsi que les faits d'angoisse et de culpabilité au sein des familles.

ABSTRACT

Stroke is an imprecise generic term, corresponding to very different pathophysiologies, clinically presenting as a focal or global neurological deficit lasting more than 24 hours. Its treatments, prognosis and secondary prevention can be radically different. This definition implies the existence of a cerebral lesion following an underlying vascular lesion. Indeed, it can be thought that stroke survivors over-interpret the intensity of the stress they were exposed to posteriori to the event. They seek explanations for what happened to them and they become more sensitive than before. The scientific problem targeted in our work was on the management of the consequences of neurological sequelae to the stroke patient and to his family through a battery of psychosocial care. Thus, our aim to bring up a modest contribution for a better psychosocial care to subjects with stroke and their environment.

To resolve this problem, we sought to answer the question on: “does the experience of loss of autonomy by stroke victims determine the psychosocial instability of the family». To achieve this, we formulated our research topic as follows: "experience of loss of autonomy by stroke victims and their family psychosocial instability". As explanatory theory we have convened 3 theories:

- ✚ the Freudian theory of social suffering
- ✚ the resilience theory by Boris Cyrulnik
- ✚ theory of pain and Melzack model for pain management

We adopted a qualitative approach. To find an answer to this question, we have made the general assumption that: the loss of autonomy experienced by stroke victims determines the psychosocial instability in their family. From this general hypothesis were derived four other research hypotheses namely:

- ✚ HR1: "the experience of urinary and faecal incontinence by stroke victims determines the psychosocial instability by family members»
- ✚ HR2: "the experience of left or right hemiplegia with or without partial contralateral involvement in stroke patients determines the psychosocial instability of the family"
- ✚ HR3: "the experience of speech loss in stroke patients determines the psychosocial instability of the family"
- ✚ HR4: "The experience of vision loss in stroke patients determines the psychosocial instability of the family"

We conducted semi-structured interviews for data collection using a predefined conversation frame and an analysis guide. Was enrolled a total population of 15 subjects, and on the basis of a reasoned technique we included as study population 09 cases.

Our analysis was a grouped analysis. Based on the data analysis and interpretations, our general hypothesis was validated. Hence, the experience of loss of autonomy following stroke leads to psychosocial instability by victims and their family members.

INTRODUCTION

L'éducation spécialisée se définit comme « l'ensemble des activités d'éducation et de

Les personnes qui s'en sortent, quand bien même sorties de l'hôpital, gardent des séquelles neurologiques énormes. Elles rendent le vécu de ces dernières fastidieux et entraîne chez elles des troubles affectifs énormes dont la conséquence première est la perte de l'autonomie et la prise en charge familiale difficile. Les corollaires de cette prise en charge sont facturiels et mettent la famille en difficulté. Dans cette logique il se dégage un vécu de perte d'autonomie chez les sujets en situation de convalescence. Ils ne peuvent plus se mouvoir du fait de la paralysie unilatérale ou bilatérale.

Notre travail sera élaboré en deux parties ; la première partie appelée cadre théorique et conceptuel porte sur les chapitres suivants : chapitre 1 : « problématique de l'étude », chapitre 2 : « Définition des concepts de l'étude », chapitre 3 : « Maladies cardiovasculaires », chapitre 4 : « Théories explicatives du sujets » et la deuxième partie intitulée cadre méthodologique et opératoire, comprend trois chapitres qui sont : chapitre 5 : « Méthodologie de l'étude », chapitre 6 : « Analyse des résultats » et le chapitre 7 : « Interprétation des résultats et suggestion ».

PREMIERE PARTIE :CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL

CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE

I. PROBLEMATIQUE

Une problématique de recherche est l'exposé de l'ensemble des théories, des concepts, des méthodes, des questions, des hypothèses et des références qui contribuent à clarifier et à développer un problème envisagé. Le chercheur dans cette partie, précise l'orientation que l'on adopte dans l'approche d'un problème de recherche en formulant une question spécifique à laquelle la recherche tentera de répondre.

1.1. Contexte et Justifications

1.1.1. Contexte

Notre travail se déroule dans un contexte où le monde entier est touché par une pathologie devenue au fil du temps un véritable problème de santé publique, notamment l'accident vasculaire cérébral et dont le continent africain semble être considérablement atteint (Pan Afrique journal medical, 2015). Pour l'OMS, les maladies cardiovasculaires sont responsables du plus grand nombre de décès dus aux MNT, 17,3 millions de décès par an, suivies des cancers (7,6 millions), des maladies respiratoires (4,2 millions) et du diabète (1,3 million). L'OMS n'hésite pas à parler de Pandémie et table sur une augmentation progressive de l'incidence des AVC dans le monde passant de 16 millions de cas en 2005 à près de 23 millions en 2030 (Mendis S, 2011; Mathers C.D, 2006) Près de 80% des décès dus aux MNT, soit 29 millions, se produisent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire soit 90% de ces décès.

En Europe, malgré les recherches avancées dans le domaine médical au sujet des AVC, la pratique du sport et une bonne hygiène de vie, les populations continuent à en souffrir (Budincevic H & Group, 2015 ; Lenti L, 2013). En France, on note plus 7% des décès annuels ayant pour étiologie principale les AVC et des perturbations socio familiales énormes qui en découlent. Plus de 100.000 personnes sont hospitalisées chaque année à la suite d'un AVC et 30.000 le sont après AIT, la forme transitoire de l'AVC (de Peretti C, 2012; Inserm, 2017). En Belgique le nombre annuel d'épisodes par 100 000 habitants a été estimé à 185 pour les AVC. Au total 48% des patients ayant eu un AVC sont décédés dans les 12 mois. Bien que l'incidence de l'AVC ait diminué au cours des dernières décennies les AVC restent une cause importante de morbidité et de mortalité (Dirk Devroey, 2005). Tout comme en Amérique, l'AVC fait des ravages dans les familles africaines. Les hôpitaux sont bondés des malades d'AVC avec un taux

de décès de 68 % sur l'ensemble des malades. Quatre-vingt-cinq pourcent des anciens patients (récidive d'AVC) meurent, représentant près de 15% du total de personnes qui décèdent. Ces chiffres élevés traduisent la gravité immédiate des AVC. Cette gravité dépend de l'étendue des lésions hémorragiques ou ischémiques, de l'éventuelle atteinte lésionnelle des centres vitaux et des complications précoces. « Expliquent les chercheurs de la DREES ». Mais passée la période d'hospitalisation initiale, des récurrences, ou des complications des séquelles neurologiques peuvent survenir. Ainsi, la mortalité augmente après l'hospitalisation initiale : elle s'élève à 16 % un mois après le début de l'hospitalisation et à 28 % un an. Tous âges confondus, le taux de mortalité est plus élevé chez les femmes que chez les hommes (31 %, versus 25 % à un an), en raison du poids important des classes plus âgées dans la population féminine. En effet, plus on vieillit, plus le taux de mortalité après un AVC augmente : au-dessous de 64 ans, il est de 13% mais il s'élève à 50% pour les patients âgés d'au moins 85 ans (Peretti, 2015; Appelros P, 2009). Parlant de la prise en charge des patients victimes d'AVC en réanimation, une étude rétrospective portant sur 158 patients victimes d'AVC admis en réanimation pour troubles respiratoires ou neurologiques sévères ou hémodynamiques ou métaboliques fait mention du fait que le pronostic est peu favorable car il a eu 112 décès sur 46 sortis du Service (D. Mignonsin, 1992). Le Bénin ne reste pas en marge des autres pays de l'Afrique Subsaharienne dans ce sens que les données sur l'AVC sont rares et pratiquement inexistantes dans la population. La plupart des études sur les AVC ont été réalisées jusqu'à présent en milieu intra hospitalier. Sur ces dernières années, au Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU) de Cotonou, des études ont montré que les AVC constituaient 48,3 % des affections Neurologiques et les décès par AVC représentaient 57,2 % des décès par affections neurologiques (Avode D, 1998). Par ailleurs, il a été démontré que dans 78 % des cas, les AVC conduisaient à un handicap fonctionnel (Kpadonou G, 2002). Selon les données de l'OMS Afrique, en 2002 au Bénin, la mortalité standardisée de l'AVC par âge était de 132 et 163 pour 100000 habitants chez les hommes et les femmes respectivement (Cossi, 2012). Les projections à l'horizon 2030 ne semblent pas prévoir de changement dans ce classement concernant la place de l'AVC. On estime qu'une personne est touchée par un AVC toutes les 5 secondes dans le monde. Parmi les survivants, certains sont totalement dépendants de leur famille, du fait des conséquences neurologiques de la maladie. L'AVC crée des déséquilibres physiques, économique, social chez ses victimes. Ce déséquilibre du patient se répercute ou s'observe dans son milieu de vie, dans son lieu de travail pour celui qui peut encore exercer et peut dans une certaine mesure placer la victime en situation de disqualification et/ou d'exclusion sociale. La disqualification sociale désigne une sorte d'exclusion sociale du fait

que le patient et sa famille sont paralysés et ne pourront plus participer pleinement à la vie économique et sociale dans leur environnement (Paugam, 2000). La disqualification est donc le résultat des faits d'étiquetage. Les individus sur lesquels portent cet étiquetage ne sont pas passifs dans le processus: ils peuvent l'accepter, le refuser ou s'en accommoder selon différentes stratégies (Becker, 1985; Goffman, 1975). Ainsi, la disqualification est un processus qui conduit parfois à un sentiment d'inutilité sociale et donc à une dévalorisation des identités individuelles des disqualifiés (E. M. Lemert, 1967). Elle conduit aussi à une fragilité physique, économique, non seulement du patient mais pour tout son environnement familial (Chiumente M, 2015).. Elle recouvre l'idée d'une «rupture du lien sociétal», d'un certain processus de dissolution du lien social qui accompagne une fragilité économique (Robert, 1995). Ce processus conduit à l'exclusion et à la pauvreté. L'AVC fait partie des maladies les plus récurrentes actuellement au Cameroun. Le cas de l'ancien lion indomptable en est suffisamment illustrateur (rédaction, 2013; SLM, 2017). Les conséquences de l'AVC déséquilibrent autant les personnes victimes que la structure familiale. Certaines victimes d'AVC ont la chance de s'en sortir vivant, et gardent des séquelles neurologiques profondes comme des pertes d'autonomies graves ; ce qui entraîne un déséquilibre familial profond sur les plans psychologique et social (Loumé, 2017; Yannick Béjot, 2009). Les traumatismes enregistrés handicapent toute la société et engendre un véritable problème de santé publique.

Pour le Dr Ouankou Christian, Cardiologue au CHU de Yaoundé-Cameroun l'AVC est un drame familial. Il est la cause du handicap pour le patient, sa famille et son entourage (Communication personnelle). L'AVC est la première cause des handicaps sans traumatisme physiques (Inserm, 2017). Au regard des dommages causés par cette maladie dans la société, il est intéressant que nous nous penchons sur cette gangrène (c'est-à-dire une affection qui correspond à une mort cellulaire ou nécrose, pouvant atteindre une partie du corps à l'instar du cœur, du foie, des poumons, etc.). Il suffit que la circulation sanguine soit stoppée dans une zone (artère bouchée, infection) pour que la gangrène advienne ; privés d'oxygène, les tissus organiques se putréfient (HAS, 2009).

Etant donné que l'AVC ne passe pas sans laisser les séquelles, il sera question pour nous dans ce travail d'accompagner les personnes victimes d'AVC, dans le vécu de la souffrance, ainsi que dans les différentes étapes de leur prise en charge. Notre travail pourra contribuer à l'autonomisation de la famille, à la compréhension de la maladie (AVC) à la prévention et à la réduction des risques d'AVC dans la société. Au regard du nombre de victimes qui va grandissant, la seule arme contre cette maladie reste la prévention qui passe par l'éducation pour la prise en charge précoce des facteurs de risques (Inserm, 2017).

Les conséquences des troubles de l'AVC plongent des personnes dans des situations d'inconfort et de pertes d'autonomie énorme, car les personnes victimes ne peuvent plus contrôler leur vie sans l'aide extérieure. Elles deviennent totalement indépendantes des autres même pour s'habiller, se mouvoir, manger et boire. Elles sont contraintes de passer un long temps inactif et parfois même définitivement. Cette situation les expose davantage aux troubles de personnalité tels que les névroses d'angoisse et d'échec avec des incidences au plan du vécu de leur sexualité. On note dans la société américaine et aux Etats-Unis d'Amérique en particulier plus 13 % des patients en situation de rééducation qui débouchent sur un vécu dépressif avec des complications secondaires d'ordre multiples. Quant aux familles, plus de 21 % sont perturbées voire déséquilibrées (Nabavi SF, 2014). Au Cameroun, Les Statistiques du 17 Avril 2015 montrent que 37% de la population camerounaise est atteinte de l'hypertension artérielle. Selon la Fondation Camerounaise du cœur les statistiques relatives à l'hypertension artérielle sont inquiétantes (Rostand, 2018). Au Cameroun, 35% de la population adulte souffrent d'hypertension artérielle. L'HTA et ses complications causent 17000 décès par an. Et les accidents cardiovasculaires (AVC) sont favorisés entre autres par le fait que 60% de la population féminine est touchée par l'obésité, 80% de la population adulte consomme abusivement de l'alcool, 10% souffrent du diabète et 20% de camerounais ont une dyslipidémie importante (Pana, 2014)

1.1.2. Justifications

Ce sujet mérite d'être traité parce que l'AVC devient un problème de santé social au Cameroun. Dans les hôpitaux comme dans les familles l'AVC impose la facture sociale, fait souffrir les familles entières au-delà même des personnes victimes. La perte de l'autonomie du patient et la douleur que la maladie provoque la culpabilité du fait que rien n'avait été fait pour prévenir la maladie. Car il sait qu'il pouvait faire quelque chose pour éviter l'AVC puisqu'il existe des facteurs de risque modifiables. Il est appelé à vivre des régressions d'ordre narcissique et de perte d'estime de soi. Le poids de la culpabilité le plonge dans la tristesse et ou dans la dépression(car la prise en charge au long cours d'un accident vasculaire cérébral doit s'attacher à rechercher et traiter les principales complications qui sont représentées par les récurrences, la persistance du handicap moteur, la spasticité, les douleurs neuropathiques (10 % des patients), la dépression post- AVC (30 % des patients), la démence post-AVC (10 % des patients), l'épilepsie vasculaire (5% des patients) et les syndromes parkinsoniens ou mouvements anormaux d'origine vasculaire (moins d'1% des patients). Parfois la famille et ses relations sont aussi coupables de n'avoir rien fait pour l'aider à prévenir cet accident, car les

bonnes habitudes qui éloignent les risques d'AVC. De plus on peut limiter au maximum les risques et vivre plus sereinement au quotidien, en prenant en compte certains conseils d'hygiène de vie. L'information et les formations autour de l'AVC se multiplient actuellement, afin que les personnes pouvant aider les victimes soient à même de les accompagner à surmonter leur handicap. Une attention rapprochée des seniors est primordiale, aussi bien pour leur moral que pour leur santé à long terme, ce qui permettra au patient de mieux s'épanouir. Ces derniers font partie des personnes et/ou des familles dont les victimes d'AVC sortent de leur handicap qui était perçu comme l'enfer pour eux. Par ailleurs, ceux qui refusent de prendre les médicaments et de manger vivent des déniés et des projections de toute nature (Simon, 2007; Joseph O.G, 2015 ; Kezhen Fei, 2015; Ahlgren, 1989). En plus la charge financière du traitement est très lourde ce qui attriste non seulement le patient mais aussi toute sa famille. Tout le monde étant triste, le processus de guérison ralenti et d'autres nouveaux cas peuvent resurgir dans la famille. D'où l'importance d'un accompagnement tant pour les patients, victimes que pour leur famille et leur entourage. Ce sujet mérite d'être traité parce que l'AVC est un problème de santé publique grandissant au Cameroun.

1.2. Constat

L'accident vasculaire- cérébral que nous abordons est de premier ordre, il est réel, il n'est pas nouveau dans le monde, les médias en parlent tous les jours (SLM, 2017). A l'hôpital central de Yaoundé, nous avons rencontré plusieurs personnes victimes d'un AVC. Cet accident entraîne chez certains malades un bon nombre de problèmes entre autres : une faiblesse subite ou une perte de la sensibilité de la face ou d'un membre, la plupart du temps d'un seul côté du corps ; la confusion, les difficultés à parler ou des troubles de la compréhension, la baisse de la vision unilatérale ou double, les difficultés à marcher, des vertiges, la perte de l'équilibre ou de la coordination, l'évanouissement ou l'inconscience. Ces conséquences de l'AVC ne sont pas les mêmes chez tous les malades, car elles dépendent du territoire cérébral touché et de la gravité de l'atteinte (HAS, 2009). Le cas qui nous a le plus marqué est celui d'une jeune fille qui était accompagnée par sa mère et ses deux frères. Elle avait une hémiplégie gauche avec une atteinte partielle à droite, une incontinence urinaire et fécale. Elle ne voit plus du côté droit, ne parle pas, ne se mouche pas, la salive coule permanemment de sa bouche. Elle ne peut pas mâcher les aliments : ses aliments doivent être liquides. Elle ne peut pas s'habiller seul. Toutes les fois où elle doit se déplacer il fallait toujours prendre un taxi en course ou bien l'ambulance. Elle refuse de manger. Baisse sa tête chaque fois qu'on la soulève du lit ou qu'on prend soin d'elle. Elle devient très vite en colère. Elle avait des insomnies. Elle était très fatiguée et à la voir elle

manque de force physiquement. La patiente est un jeune Docteur en médecine qui travaillait déjà. Sa mère, une veuve retraitée nous a fait savoir que c'est depuis le mois de Novembre 2015, qu'elle est dans cette souffrance. Et c'est la troisième fois qu'elle fait l'AVC en 6 mois. La seule amélioration jusqu'à présent, c'est qu'elle peut tenir un stylo et écrire pour faire part de ses plaintes ou de ses besoins. Sa mère nous a fait savoir que dans la situation présente, elle est très endettée ; qu'elle ne sait plus où aller pour trouver de l'argent pour le suivi du traitement et même pour toute la famille. Selon elle, sa fille ne cherche même plus sa guérison car elle refuse de prendre ses médicaments. En outre, elle regrette d'avoir laissé sa fille persévérer dans de longues études qui ne lui ont pas permis de fonder un foyer. Dans le même ordre d'idée, elle interdit au reste de la famille de s'engager dans des formations à longue durée. Elle a déclaré être fatiguée de prendre soin d'une grande personne et sans légère amélioration ; son corps lui fait mal partout, surtout au dos. Elle ne sait plus quoi faire. Son désespoir est tel qu'elle déclare préférer la mort plutôt que de voir tous ses efforts et ses biens partir en fumée.

Un des cadets de la patiente s'est, quant à lui, lancé dans la débauche car dit-il sa grande sœur à l'état où elle se trouve ne pourra plus se marier et par conséquent pas de progéniture. Sur le coup, il a même arrêté de fréquenter pourtant il était en deuxième année à l'Université. Ses raisons tiennent autant des problèmes financiers que d'une incapacité à se projeter dans l'avenir.

L'autre patiente, une maman de plus de quatre-vingts ans qui avait comme séquelles des difficultés à mâcher les aliments et à se moucher, l'incontinence fécale et urinaire, une hémiparésie gauche et la perte de la parole. Elle est toujours couchée, ne parle pas, ne peut non plus écrire. Il faut au moins deux personnes l'un pour la soutenir et l'autre pour lui donner les médicaments et la nourriture. La meilleure façon de la nourrir, c'est rendre tout liquide et utiliser une seringue, forcé au point que la seringue traverse ses dents. Car elle serre ses dents quand on veut lui donner à manger. De temps en temps, elle renvoie le médicament et parfois la nourriture. Lorsqu'on lui parle, elle essaye de répondre et lorsqu'elle constate que personne ne la comprend ses larmes coulent. Elle a l'air très fatiguée. Il fallait la tourner après deux heures de temps pour éviter les escarres. Sa fille se plaint des médicaments qui coûtent chers et se culpabilise parce qu'elle n'avait jamais pensé vérifier la tension artérielle de sa maman.

On constate qu'avec l'AVC, quelqu'un qui se portait très bien le matin soit déclarée morte dans l'après-midi, au travail entraînant de résoudre une tâche professionnelle, de manger à table, de causer avec des personnes, ou une fois couchée la personne ne se relèvera plus. Des pleurs à-coup sur tous les coins de la rue et des paniques lorsque la personne se retrouve dans une situation où son pronostic vital est engagé. Les personnes qui s'en sortent héritent des séquelles

neurologiques profondes qui finissent par déstabiliser leur vie et celle de la famille entière (Inserm, 2017; HAS, 2009). Selon des statistiques du Ministère en charge de la santé en France, l'accident vasculaire cérébral (AVC) est soudain, imprévisible, frappe un français toutes les 4 minutes et risque de se reproduire chez 30 à 40% des personnes dans les 5 ans suivant le premier AVC. Il constitue les premières causes du handicap chez l'adulte (505 000 personnes vivent avec ses séquelles) (Peretti, 2015). Aujourd'hui, il est possible de limiter le risque de survenue d'un AVC et d'une récurrence en adaptant son mode de vie et en respectant le traitement prescrit par le médecin. En Europe et plus précisément en France, on compte chaque année plus de 130 000 accidents vasculaires cérébraux (AVC), qui font 40 000 morts et laissent 30 000 patients lourdement handicapés (HAS, 2009; Peretti, 2015). Ces accidents représentent donc toujours un drame, pour leurs victimes mais aussi pour leurs proches (SPORTS, 2010). En France, environ 470 000 personnes auraient déjà fait un AVC et les deux tiers ont toujours des séquelles. Le fardeau du handicap dû aux AVC reste mal connu dans la population générale. L'article rappelle d'abord les chiffres de la population de Dijon (qui fait référence car il existe un registre des personnes victimes d'AVC) : 41 % des survivants n'ont plus de symptômes un mois après l'AVC, 25 % présentent un handicap léger ou modéré et 34 % ne peuvent pas marcher sans assistance. L'étude évoque également l'importance du nombre de dépressions après un AVC. La fréquence des antécédents d'AVC dans la population est de 1,2 % et celle des séquelles de 0,8 %. Les séquelles les plus fréquentes sont les troubles de l'équilibre et de la mémoire (50 et 42 % des personnes qui restent handicapées), les atteintes motrices d'un ou de plusieurs membres (37,2 %) pouvant les empêcher de parcourir une distance à pieds de 500 mètres dans 42 % des cas. On note aussi l'importance des troubles du langage ou de l'articulation (33,9 %), troubles visuels (23,1 %), troubles sensitifs (19,6 %), incontinence urinaire (16,5 %) et troubles de la déglutition (13,3%). Enfin, plus d'une personne sur dix ayant des séquelles d'AVC habite en institution (Tchimbakala, 2015). Les symptômes d'un AVC peuvent être les suivants (HAS, 2009) :

- ✚ des troubles moteurs : la paralysie est initialement totale, les muscles sont incapables de la moindre activité.
- ✚ des troubles sensitifs sont très fréquents (selon la même topographie que la paralysie);
- ✚ des troubles de la vision: l'atteinte des voies visuelles dans leur trajet intracérébral est responsable de la perte de la vision d'un héli-champ visuel du même côté que la paralysie (hémianopsie);
- ✚ des troubles praxiques: la gêne ou impossibilité à accomplir des gestes alors qu'il n'y a pas de troubles moteurs;

- ✚ des troubles gnosiques ou troubles de l'intégration des sensations alors que les capteurs sensoriels périphériques fonctionnent normalement. On parle d'agnosie sensitive et visuelle;
- ✚ des troubles de la parole et du langage : la paralysie des muscles du palais, de la langue et des mâchoires entraîne des difficultés d'élocution appelées dysarthrie ; les difficultés de compréhension et/ou d'expression caractérisent l'aphasie. Ce trouble peut prédominer sur le versant moteur avec conservation d'une assez bonne compréhension. Parfois la compréhension est très sévèrement touchée avec conservation d'une élocution de type jargon difficilement compréhensible. Les difficultés concernent à la fois l'oral et l'écrit.

Les patients et leurs proches (conjoint, enfants, parents, frères, sœurs et familles) ont une vie de couple et les relations familiale bouleversée par la perte d'autonomie et une baisse des revenus. Les dégâts collatéraux de l'AVC se sont avérés considérables. « Son impact sur les proches est particulièrement énorme », explique le Dr Woimant, vice-présidente de l'association France-AVC et neurologue à l'Unité neurovasculaire de l'Hôpital Lariboisière à Paris.

A travers cette notion, il a très bien montré que la désaffiliation n'est pas seulement liée à des difficultés économiques mais s'accompagne également d'une rupture du lien social qui passe par l'absence de relations sociales. Ainsi, « être dans la zone d'intégration signifie que l'on dispose des garanties d'un travail permanent et que l'on peut mobiliser des supports relationnels solides ; la zone de vulnérabilité associe précarité du travail et fragilité relationnelle ; la zone de désaffiliation conjugue absence de travail et isolement (Robert, 1995).

1.3. Formulation du problème

Un problème de recherche est l'écart qui existe entre ce que nous savons et ce que nous voudrions savoir à propos d'un phénomène donné. C'est une interrogation sur un objet donné dont l'exploration est à la portée d'un chercheur. Il doit pouvoir être traité de manière scientifique. Il se concrétise et se précise par une question de recherche.

L'AVC est une pathologie qui tue et tue vite au point ou quand on a la chance de s'en sortir vivant, on ne peut pas échapper aux conséquences négatives de type neurologiques et au déséquilibres psychologique du sujet et social de la famille. La maladie en un temps très court fait énormément dépenser et appauvrir généralement. La famille se retrouve trop endettée. Les salaires sont engagés à l'avance pour traiter le malade et prendre charge de lui durant la période de perte d'autonomie. La famille est une micro société où chaque membre y a une place

importante et y tient un rôle en fonction de son âge. La famille comble les besoins de sécurité d'amour et d'affection. Cela contribue à une vie équilibrée sur le plan individuel et sur le plan collectif. Cet équilibre peut être perturbé par certains événements de la vie : le deuil, les maladies, le viol, les accidents. La famille peut réagir rapidement pour y remédier. L'AVC est une pathologie qui dans la majorité des cas ne passe pas inaperçue. Si la victime ne meurt pas, elle garde les séquelles presque toute sa vie et présente un vécu de souffrance et de douleur. On constate plutôt que c'est toute la famille qui se trouve plongée dans un traumatisme, qui s'avère difficile à déterminer du premier coup d'œil le degré de cette souffrance. L'événement traumatisant peut même affecter les personnes qui ne l'ont pas vécu directement, surtout si elles ont une relation proche avec la personne concernée. La famille est ainsi perturbée, instable, fragilisée, exposée, en insécurité et s'éloigne de son objet de soutien et de l'assistance à la personne victime des séquelles de nature plurielle. Car, en tant que groupe familial, elle se trouve enveloppé pour se séparer du monde extérieur et pour se garder de ce qui est bon, bien, et recherché à l'intérieur (René, 1998). La victime vit des régressions narcissiques, des troubles de comportement et de la personnalité, et même des pathologies psycho médicales comme la dépression due à la perte des mouvements et à la réalité du handicap désormais présente. Ce handicap a des conséquences sociales et psychologiques énormes tant pour la victime que pour la famille (René, 1998; Kezhen Fei, 2015).

Le problème scientifique de recherche

Le problème de ce travail est celui de la gestion des séquelles neurologiques de l'AVC du sujet et de sa famille à travers une batterie de prise en charge psychosociale.

1.4. Question recherche

La question qui oriente toute la recherche est ciblée sur un problème de recherche et sur ce qui est nécessaire pour atteindre le but fixé. Nous pouvons la formuler ainsi : « Le vécu des pertes d'autonomies des personnes victimes d'AVC détermine-t-il l'instabilité psychosociale de la famille ? »

1.5. Hypothèse de recherche

1.5.1. Hypothèse Générale

Elle est une réponse a priori à la question principale. « Le vécu des pertes d'autonomies des personnes victimes d'AVC détermine l'instabilité psychosociale de la famille »

1.5.2. Hypothèses Spécifiques

HR1 : « le vécu de l'incontinence urinaire et fécale des personnes victimes d'AVC détermine l'instabilité psychosociale de la famille »

HR2 : « le vécu de l'hémiplégie gauche ou droite avec ou sans atteinte partielle à gauche ou à droite des personnes victimes d'AVC détermine l'instabilité psychosociale de la famille »

HR3 : « le vécu de la perte de parole des personnes victimes d'AVC détermine l'instabilité psychosociale de la famille »

HR4 : « le vécu de la perte de vision des personnes victimes d'AVC détermine l'instabilité psychosociale de la famille »

1.6. Objectifs de la recherche

1.6.1. Objectif général de la recherche

L'objectif de ce travail est de déterminer l'impact du vécu des pertes d'autonomies des personnes victimes d'AVC et l'instabilité psychosociale de la famille.

1.6.2. Objectifs spécifiques

- ✚ Objectif spécifique 1 : Déterminer l'impact du vécu de l'incontinence urinaire et fécale des personnes victimes d'AVC et l'instabilité psychosociale de la famille.
- ✚ Objectif spécifique 2 : **Déterminer l'impact** du vécu de l'hémiplégie gauche ou droite avec ou sans atteinte partielle à gauche ou à droite des personnes victimes d'AVC et l'instabilité psychosociale de la famille.
- ✚ Objectif spécifique 3 : **Déterminer l'impact** du vécu de la perte de parole chez des personnes victimes d'AVC et l'instabilité psychosociale de la famille.
- ✚ Objectif spécifique 4 : **Déterminer l'impact** du vécu de la perte de vision des personnes victimes d'AVC et l'instabilité psychosociale de la famille.

1.7. Intérêt et pertinence de la recherche

1.7.1. Intérêt de la recherche

Notre recherche revêt un caractère pluridimensionnel à savoir scientifique, économique, social et personnel.

+ Sur un plan scientifique,

Cette étude nous permet non seulement de faire nos premiers pas dans la recherche, mais surtout d'apprendre à manipuler l'instrument de recherche qui est l'entretien clinique, pour davantage comprenant cette maladie qui est une véritable gangrène sociale.

+ Sur le plan social,

Elle permettra à la population de mieux comprendre notamment ses causes et conséquences afin de développer des attitudes préventives et mieux assister les victimes.

+ Sur le plan économique,

La prévention de l'AVC permettra à la population d'éviter des dépenses énormes du fait du caractère onéreux de cette maladie qui entame la cohésion psychoaffective et sociale de la famille

+ Sur le plan de l'éducation spécialisée et personnel,

Cette étude permettra de faire une évaluation des états psychiques et psycho familial de l'AVC ainsi que des pertes de l'autonomie des personnes en situation de prise en charge éducative et psychosociale. Ceci en renforçant la sensibilisation pour une hygiène de vie plus saine en réagissant également promptement dès l'apparition de signes et ou symptômes présomptives.

1.7.2. Pertinence de la recherche

La pertinence de ce travail est plus que perceptible dans ce sens où elle cadre bien avec notre domaine de recherche d'EDS (Education Spécialisée) et l'option handicap social et conseil. Ceci est clair d'autant plus que la maladie a plongé une personne dans une situation du handicap social due à ses déficiences et surtout aux pertes d'autonomie, en fragilisant ses rapports socio- familiaux, en réduisant ses capacités physiques et émotionnelles. La prise en charge est longue et très couteux et en mettant en mal toute la famille au plan des rapports psychosociaux. Le sujet n'est pas le seul à être en situation du handicap, mais c'est toute la famille qui en souffre et à la longue elle se fatigue et tend à négliger ou bien à l'abandonner.

Certaines personnes de la famille peuvent aussi sombrer dans la même pathologie ou les maladies semblables (les troubles psychologiques) si rien n'est fait.

1.8. Limite de la recherche

Les limites de notre étude se présentent sur le plan thématique, démographique et théorique.

✚ Sur le plan théorique

Ne pouvant pas évoquer tous les modèles théoriques, nous avons retenus les trois théories qui nous semblent plus pertinentes pour notre étude :

- théorie freudienne de la souffrance sociale ;
- théorie de la résilience Boris Cyrulnik.

CHRONOGRAMME DE NOTRE TRAVAIL DE RECHERCHE

Temps Activités	Août 2017				Septembre 2017				Octobre 2017				Novembre 2017				Décembre 2017				Janvier 2018				Février 2018				Mars 2018			
	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Revue de la littérature																																
Chap1 Problématique																																
Chap2 Définition des concepts clés																																
Chap3&4 ; Vécu des pertes d'autonomie et instabilité psychosociale de la famille & maladies cardio-vasculaires																																
Chap5																																

CHAPITRE 2 : DEFINITION DES CONCEPTS CLES

Selon Durkheim (1968, p.35), « tout discours scientifique doit utiliser des concepts clairs et précis afin de se démarquer de la confusion qui caractérise le sens de chacun ».

Un concept peut être défini comme un mot ou un ensemble de mots qui désigne un ensemble de phénomènes réels Nkoum (2012, p.78).

Une clarification des concepts s'avère donc nécessaire pour la compréhension de notre étude et également utile pour mieux organiser et orienter notre recherche. Dans ce chapitre, nous avons défini les concepts clés qui sont : Trouble, Troubles psychologiques, Troubles d'affectivité, l'affectivité, les émotions, le vécu, le vécu psychosocial, le vécu psychologique, la perte, la maladie, l'accident, l'AVC, le handicap.

2.1. Troubles psychologiques

Les troubles psychologiques désignent l'ensemble des maladies ou affections mentales qui perturbent le comportement d'un individu. Ils peuvent revêtir la forme d'un trouble de comportement, d'un trouble de la personnalité ou encore d'un trouble du langage. Aussi tout symptôme qui se répète fréquemment, qui dure pendant plusieurs semaines ou qui devient un trait de caractère régulier chez une personne peut devenir un trouble psychologique plus grave qu'il faut traiter, *dictionnaire de psychologie* (2010). Le trouble psychologique nécessite généralement une prise en charge par le biais d'une thérapie comportementale ou encore d'une psychanalyse. La prise médicamenteuse, de types antidépresseurs ou neuroleptiques, peut s'avérer indispensable dans certains cas. Bien qu'un symptôme unique ou un événement isolé ne constitue que rarement un signe de maladie mentale ; *sante-médecin/Journal des femmes* de novembre 2016. Qu'en est-il des troubles d'affectivité ?

2.2. Le vécu

Le vécu est par définition l'ensemble des événements qui entrent dans le flux de l'existence du sujet, comme la perte de l'autonomie, l'incontinence fécale, les troubles sexuels et visuels et l'hémiplégie en général. Tout vécu est incarné, au sens où il désigne ce qui a été effectivement dans la vie d'une personne, dans son monde propre. Le vécu est le ressenti de notre action, de ce que nous faisons et omettons de faire, de notre coordination sensori-motrice *dictionnaire de psychologie de Sillamy* (1991). Il signifie : qui appartient à l'expérience de la vie. Il est l'ensemble des expériences, des événements de la vie, Robert (2011). Donc tout vécu

relève d'une personne et d'une seule, car sur le mode expérientiel seul le rapport à ma propre expérience m'informe de mon vécu. Cela exclu ce qu'a vécu un autre que moi, même si l'empathie est très forte. Je ne connaîtrais le vécu d'un autre que par empathie avec ce que j'observe et par son récit. Donc un vécu est toujours un vécu à la première personne (Faingold, 2011).

CHAPITRE 3 : VÉCU DES PERTES D'AUTONOMIE ET INSTABILITE PSYCHOSOCIALE DE LA FAMILLE

Dans ce chapitre de notre travail, nous présentons les notions du vécu dans ses différentes modalités et construisons un développement conceptuel les pertes d'autonomie comprises comme séquelles neurologiques chez le sujet en situation du vécu des pertes d'autonomie.

3.1. La perte de l'autonomie

La perte de l'autonomie résulte de la perte plus ou moins progressive de ses capacités mentales et physiques. Les maladies dégénératives, la personne âgée entraînent tôt ou tard un état de dépendance. La dépendance implique le besoin de l'autre, ce qui peut être vécu comme une soumission et peut s'avérer très difficile à vivre (Micas, 1999). Elle est la non satisfaction d'un ou des besoins de l'être humain par les actions inadéquates qu'il accomplit ou qu'il est dans l'impossibilité d'accomplir en vertu d'une incapacité ou d'un manque de suppléance, Virginia Henderson (1978). La dépendance est en relation avec les normes et les critères de déficiences physiques, psychologiques ou sociales de la santé. Elle se manifeste par des signes observables chez l'individu qui permettent d'identifier l'indépendance ou la dépendance dans la satisfaction du besoin (Monfort, 1999).

3.1.1. Les causes

La dépendance retentit en premier lieu sur la vie quotidienne de la personne malade ou âgée. Lorsque le maintien à domicile est possible, la dépendance impose la présence de personnes au domicile. Si l'aide provient des personnes étrangères à la famille, tel que les aides ménagères, il faut vaincre souvent la réticence de la personne qui considère comme une gêne, cette intervention extérieure (Micas, 1999).

La personne devenue dépendante de son entourage, réactive des modes de relation anciens voir infantile. Ainsi, en fonction des personnalités, le besoin d'aide est vécu comme pénible ou au contraire l'occasion de « bénéfices secondaires » (Micas, 1999). La dépendance modifie parfois le regard de l'entourage envers une personne malade ou âgée. Cette inversion des rapports peut réactiver des problèmes très souvent source de culpabilité (Micas, 1999).

3.1.2. La perte des repères en cas d'entrée en institution

Les raisons qui conduisent une personne du troisième âge ou un malade à entrer dans une institution spécialisée (maison de retraite, service de gériatrie, établissement de long séjour, etc.) sont multiples. Les principales sont la sécurité et la salubrité. La personne du n'est plus « jugée » apte à assumer les fonctions essentielles à sa survie (par exemple : personne sujette aux chutes, aux malaises, ne pouvant plus vivre seule, etc.) (Micas, 1999). L'entrée en institution est hélas rarement volontaire et même si elle est le fruit d'une analyse objective de la situation par la famille ou les services sociaux ou sanitaires, elle reste néanmoins subie et douloureuse. (Micas, 1999).

3.1.3. La maltraitance

Une maltraitance, perte du sentiment de sécurité : Nous parlerons ici de la maltraitance psychologique qui est la plus difficile à repérer. Cet abus peut provoquer des décompensations lorsque les personnes prennent conscience qu'elles ont été abusées. Plus que la perte matérielle, c'est l'abus de confiance qui déstabilise les victimes, qui porte atteinte à leur intégrité psychique. Il peut s'agir d'agressions verbales itératives, d'insultes, de propos humiliants, d'intimidations, de menaces, d'isolement de la personne par son entourage (Monfort, 1993).

3.1.4. La Maladie

La maladie se définit par rapport à la santé. La santé est un état de bon fonctionnement de l'organisme. La santé se caractérise par « un état de complet bien-être physique, mental et social, ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (W.H.O, 1998), Nous relevons ici la notion de bien-être à plusieurs niveaux, pas seulement physique ou mental.

Une maladie est une « altération de la santé d'un être vivant. Toute maladie se définit par une cause, des symptômes, des signes cliniques et paracliniques, une évolution, un pronostic et un traitement. » (Ybert et al. 2001).

Une maladie chronique est une « maladie de longue durée caractérisée par des symptômes légers et évoluant parfois vers la récupération ou vers le décès par cachexie ou par complication d'une maladie aiguë. » (Bérubé, 1991).

Les maladies sont répertoriées et classifiées dans le CIM-10, classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexe, établie par l'OMS.

Le concept de maladie renvoie à ; une expérience subjective de maladie, d'indisposition, et du handicap, une modification du corps et de la personne en ce qui concerne le bien être, le comportement et le niveau de performance dans un rôle social comportant les droits et les devoirs : On parlera donc de maladie pour désigner l'état objectif, l'expérience vécue. Igou (2015).

Le Larousse Médical (1956 ; 653) la définit comme étant « un processus morbide envisagé dans son évolution depuis sa cause initiale jusqu'à ses dernières conséquences ».

La maladie est une « altération de la santé par suite de l'incapacité du corps à utiliser ses défenses organiques » Sillamy (1983 ; 170). Et plus tard il définira la maladie en disant qu'elle est « l'altération de la santé par suite de l'incapacité du corps à utiliser ses défenses organiques contre une agression extérieure (traumatisme, toxine, infection etc.) ou pour résoudre ses conflits psychiques. Ainsi donc c'est l'état physique ou psychique qui provoque l'inconfort, un dysfonctionnement ou une détresse chez une personne touchée ou ceux qui sont en contact avec elle ». Pour mieux comprendre le concept de « maladie », on peut le définir sur trois aspects : biologique, social et psychologique.

3.1.4.1. Maladie sur Le plan biologique

La maladie est l'altération de la santé, de l'équilibre ; le Petit Larousse (1989). Les causes sur le plan biologique sont d'après Koch et pasteur somatiques c'est-à-dire dans le corps. Bactéries, virus, toxines, ou dysfonctionnement » métaboliques. Les facteurs sur ce plan sont suffisants pour expliquer la souffrance d'un malade dans son environnement.

3.1.4.2. Maladie sur Le plan Sociologique

Les services sociaux, surtout les recherches sur la délivrance sociale des auteurs de la théorie de l'étiquetage ont critiqué l'approche unilatéralement somatique.

D'après Gabriel Tarde, (1967 ; 70) « la société est une collection d'être entant qu'ils sont en train de s'imiter entre eux ou tant que sans s'imiter actuellement, ils se ressemblent et que leurs traits communs sont des copies anciennes d'un même modèle ».

Pour Georges Simmel, il y a société au sens large du mot partout où il y a action réciproque des individus. L'homme est donc à appréhender comme un être relationnel, dès lors, une dimension essentielle de la vie sociale et des relations entre autrui résident dans le fait que le social est traversé et structuré par un jeu d'influence dont la dynamique est strictement conflictuelle, conflits débouchant aux représentations sociales d'où découleront la catégorisation sociale, les conditions de socialisations troublés c'est-à-dire celles dans

lesquelles s'opèrent l'apprentissage sociale dont le contenu peut être extrêmement divers : lutte, hostilité, amour sexuel, amitié, pitié, échange commercial, exécution, esquive, rétraction.

Dans cette théorie basée sur les théories d'apprentissage, les pathologies qui en découlent sont des troubles psychiques conçus d'après Ullman et Krasner (1969) comme celles d'un milieu et processus d'apprentissage défavorables.

3.1.4.3. Maladie sur le plan psychologique

Sur ce plan, la maladie concerne essentiellement les troubles de comportement, les états émotionnels négatifs (anxiété, dépression, irritabilité, sentiment de culpabilité, etc.) Les raisons sont multiples et peuvent être classées en trois catégories : biologique, sociologique et psychologique. La variance mono causale de la maladie étant abandonnée, la causalité des troubles psychiques réside dans un jeu d'interaction complexes de divers facteurs intra et extra individuels que l'on regroupe en trois catégories :

- ✚ Les facteurs prédisposant : ce sont des facteurs déjà présents avant le début de la maladie ou du trouble. Ce sont les facteurs héréditaires, certaines conditions péri et post-natales (situations défavorables de l'enfant), précoce ou tardive.
- ✚ Les facteurs déclenchant : ce sont des conditions et événements physiques et psychiques internes et/ou externes qui précèdent plus ou moins la survenue des troubles : stress psychique ou physique, perte d'un proche, événement critique de la vie.
- ✚ Les facteurs de persistance : ils sont représentés par la réaction de l'entourage et du bénéficiaire de la « maladie secondaire ». Somme toute, la maladie ou le concept de maladie peut être désigné(e) comme l'altération organique ou fonctionnelle considérée dans son évolution.

Selon la conception anglo-saxonne, la maladie comme « disease » désigne les dimensions physiologiques et biomédicales (le fait d'avoir une maladie).

La maladie comme « illness », renvoie à l'expérience vécue qui se rapporte aux réactions culturelles, personnelles et interpersonnelles de la maladie.

La maladie comme « sickness », désigne le cheminement de l'individu quand il est malade. Elle recouvre l'idée que l'on est malade. Ici la maladie ou le trouble est analysé(e) sur l'angle mental par excellence.

La maladie ainsi définie est la source ou la cause du handicap ou de la situation handicapante : c'est quoi le handicap

Les enfants sont ébranlés par les difficultés actuelles. Un nombre bouleversant d'enfants sont violemment battus et agressés verbalement ou sexuellement par leurs parents. Le divorce

prive des millions d'autres de l'attention pleine d'amour d'un père ou d'une mère, et ils en souffrent souvent toute leur vie.

Les jeunes subissent de fortes influences. À l'âge de 14 ans, rien qu'en regardant la télévision, le jeune Américain moyen aura été témoin de 18 000 meurtres et d'innombrables autres formes de violence, ainsi que de l'immoralité sexuelle, du sadisme et du crime. La musique exerce également un grand pouvoir sur les jeunes. Beaucoup de musiques sont scandaleusement suggestives, obscènes et même sataniques. À l'école, les jeunes sont exposés à des théories comme l'évolution qui tendent à miner leur foi en Dieu et dans la Bible. Sous l'influence de leurs camarades, beaucoup sont incités à avoir des relations sexuelles avant le mariage, à s'enivrer et à se droguer.

La cause des difficultés familiales

Les familles subissent donc une attaque de grande envergure qui peut être dévastatrice. Qu'est-ce qui peut aider les familles à survivre ? John Bradshaw, conseiller matrimonial, déclare : "En 150 ans, nous n'avons pas sérieusement renouvelé nos méthodes d'éducation. (...) À mon avis, les vieilles méthodes ne fonctionnent plus." Pourtant, la solution ne se trouve pas dans d'autres méthodes humaines. Jéhovah Dieu est le Fondateur de la famille. Il sait mieux que quiconque quel rôle important la vie de famille joue dans notre bonheur personnel et ce qui rend une famille heureuse et unie. Nous ne devrions donc pas être surpris d'apprendre que sa Parole, la Bible, nous permet de surmonter les difficultés familiales.

Des familles prospères

Voici l'exemple d'un mari qui vit avec sa femme et leurs deux enfants dans une petite ville des États-Unis. Alors qu'il existe un conflit des générations entre parents et enfants chez nombre de leurs voisins, ce n'est pas le cas pour sa femme et lui. Ils n'ont pas le souci de voir leurs enfants goûter à la drogue ou au sexe. Les lundis soir, quand les autres jeunes sont cloués devant la télévision, toute la famille se réunit autour de la table de la salle à manger pour une discussion biblique. Il explique : "Nous nous réservons le lundi soir pour être ensemble et discuter. Nos filles n'hésitent pas à nous exposer leurs difficultés."

D'autre part, une femme qui élève seule ses deux filles à New York jouit d'une unité familiale peu ordinaire. Quel est son secret ? Elle explique : "Nous n'allumons le poste de télévision que le week-end. Nous examinons quotidiennement un texte biblique. Nous consacrons aussi une soirée à une discussion biblique en famille."

Ces deux familles sont Témoins de Jéhovah. Elles suivent les conseils que la Bible donne aux familles, et cela avec succès. Elles ne constituent pas des exceptions. Tout comme elles,

des centaines de milliers de familles obtiennent de bons résultats en appliquant dans leur vie familiale les règles que l'on trouve dans ce livre*. Mais au fait, en quoi consistent-elles ? Et comment peuvent-elles se révéler bénéfiques pour vous et pour votre famille ? En réponse, nous vous invitons à examiner les articles débutant à la page suivante.

Marque de la difficulté à être au monde, la souffrance psychique semble inhérente à la condition humaine. Aiguë, elle prend des formes variées au fil du temps, selon les lieux et les cultures. Les sens que les sociétés lui prêtent diffèrent jusqu'à s'opposer. Aujourd'hui, chez nous, nous la cernons en termes de psychopathologie : les soins se sont diversifiés pour ces personnes perdant le sens commun de la réalité, se construisant une explication personnelle du monde, aux prises avec des humeurs fluctuant à l'extrême ou imperméables à la relation... Ce dossier s'intéresse à cette folie dans le cadre familial en se centrant particulièrement sur la souffrance dans les liens : analyse des difficultés psychiques qui ne permettent pas l'entrée dans le processus de parentalité ou son évolution, vécu des enfants par rapport aux troubles psychiques de leurs parents, vécu des parents qui ont un enfant soigné dans une structure psychiatrique. Après avoir présenté les notions du vécu dans ses différentes modalités et construis un développement conceptuel des pertes d'autonomie chez le sujet, il est intéressant de chercher à bien connaître l'AVC. En le rangeant dans une catégorie des pathologies.

CHAPITRE4 :LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES

Les maladies cardiovasculaires constituent un ensemble de troubles affectant le cœur et les vaisseaux sanguins, les lésions des vaisseaux, les problèmes structuraux et les caillots sanguins.

Les maladies cardiovasculaires les plus courantes sont : maladie coronarienne, arrêt cardiaque, insuffisance cardiaque, arythmie, cardiopathie congénitale, hypertension artérielle.

4.1. Insuffisance cardiaque

Maladie chronique dans laquelle le cœur ne pompe pas le sang aussi efficacement qu'il le devrait. L'insuffisance cardiaque est cette incapacité du cœur à pomper suffisamment de sang pour répondre aux besoins de l'organisme : le cœur n'a plus autant de force pour expulser le sang dans les artères ou qu'il se remplit moins bien de sang parce qu'il s'est rigidifié ou dilaté. Chaque contraction du cœur est par conséquent moins efficace. Le sang met plus de temps à passer dans les artères et tend à stagner dans les veines. C'est en raison de cette congestion du sang dans les veines qu'on la nomme insuffisance cardiaque « congestive ». Habituellement, l'insuffisance cardiaque atteint l'un ou l'autre des 2 ventricules, le droit ou le gauche. Dans certains cas, il peut arriver que les 2 ventricules soient touchés. C'est un problème de santé grave qui se traduit, entre autres, par un essoufflement et une fatigue disproportionnés par rapport à l'effort produit. Elle survient généralement chez des individus dont la santé est fragilisée depuis plusieurs années par des troubles cardiaques ou respiratoires ou par de l'hypertension. C'est un problème de santé grave qui se traduit, entre autres, par un essoufflement et une fatigue disproportionnés par rapport à l'effort produit.

4.2. Arythmie

L'arythmie cardiaque correspond à un trouble du rythme cardiaque c'est-à-dire une perturbation du rythme cardiaque qui peut être bénigne ou nécessiter un traitement adapté. On parle ainsi d'arythmie quand le cœur bat à moins de 60 pulsations ou à plus de 100 pulsations par minute sans cause apparente. Les arythmies sont classées selon le lieu où elles prennent naissance, l'oreillette ou le ventricule et selon l'effet qu'elles produisent, soit l'accélération ou le ralentissement des battements du cœur. Les tachycardies correspondent à une augmentation du rythme cardiaque, les bradycardies à une diminution.

4.3. Cardiopathie congénitale

La cardiopathie congénitale est une maladie qui survient à la naissance. Elle survient lorsque les vaisseaux sanguins situés à proximité du cœur ne se développent pas normalement avant la naissance. Les cardiopathies congénitales touchent environ 1 % des naissances vivantes et représentent la malformation congénitale la plus fréquente chez les nouveau-nés. Dans la plupart des cas, nous ignorons quelle en est la cause. Dans d'autres cas, jouent un rôle déterminant les infections virales, comme la rubéole (rougeole), ou certaines maladies héréditaires, comme le syndrome de Down, ou encore, la consommation excessive de drogues ou d'alcool durant la grossesse jouent un rôle déterminant les malformations septales (trous dans le cœur).

Lorsqu'un bébé naît avec un trou dans la paroi (le septum) qui sépare le ventricule droit du ventricule gauche, le sang circule entre les deux ventricules plutôt que de se diriger normalement vers le reste de l'organisme. Ce problème peut provoquer une augmentation de la taille du cœur. Il est mieux connu sous le nom de « trou dans le cœur ». Les deux formes les plus courantes sont

4.4. L'hypertension artérielle (HTA)

L'hypertension artérielle (HTA), est une maladie silencieuse la plus fréquente du sujet âgé ou pas, cette maladie concerne près de la moitié des personnes de plus de 65 ans. Cette augmentation de la tension artérielle avec l'âge porte principalement sur la pression artérielle systolique (Briole et al, 1999). En revanche, la pression artérielle diastolique semble se stabiliser vers l'âge de 60 à 65 ans. L'HTA est le principal facteur de risque cardio-vasculaire chez le sujet âgé (Lim et al, 2012). Cette pathologie est en effet une cause importante de morbidité et de mortalité. Sa forte prévalence a entraîné une véritable pandémie (Keamey et al, 2005). Ses conséquences sont non négligeables, car près de la moitié des accidents vasculaires cérébraux et coronaropathies sont reliés à l'HTA (Lawes, Vander Hoom et Rodgers, 2008). De plus, l'HTA est un facteur de risque prépondérant pour la néphropathie (Ruilope et Izzo, 2008). Un traitement antihypertenseur bien adapté, ainsi qu'une hygiène de vie et une nutrition appropriée, permettent aujourd'hui de réduire considérablement le risque de survenue de complications (Briole et al, 1999).

Malgré deux cents ans d'études sur l'hypertension artérielle (HTA), il n'en demeure pas moins que sa définition fait encore l'objet de débats (Izzo, Giles et Matherson, 2008). D'une façon opérationnelle, on peut dire que l'HTA est présente lorsque la pression artérielle (PA)

demeure en permanence au-dessus des valeurs normales, ce qui occasionne des dommages aux vaisseaux sanguins et peut par le fait même provoquer d'autres problèmes de santé (Izzo et al, 2008). Organisation mondiale de la santé (OMS 1999) définit l'HTA par une pression artérielle systolique(PAS) ≥ 140 mmHg et/ou une pression artérielle diastolique(PAD) ≥ 90 mmHg.

4.5. Accident vasculaire cérébral (AVC)

Nous entrons en profondeur sur cette dernière

4.5.1. Définition

Un AVC (Accidents Vasculaires Cérébraux), appelé aussi "attaque", est lié à une perturbation de l'irrigation de certaines cellules du cerveau, ce qui conduit à un déficit neurologique brutal localisé dont l'étiologie est présumée vasculaire. En effet, les cellules nerveuses de la zone sont endommagées et périssent : les fonctions corporelles perturbées après une attaque cérébrale et la sévérité des séquelles dépendent de l'étendue et de la situation de la région touchée.

Selon le Dictionnaire de l'Encyclopédie Médicale, l'AVC encore appelé Accident Vasculaire Cérébral ou Attaque Cérébrale se définit comme une défaillance de la circulation sanguine au niveau d'une région plus ou moins importante du cerveau. Ce qui a pour conséquence la mort des cellules nerveuses qui sont de ce fait privées d'oxygène et d'autres éléments nutritifs essentiels à leur survie.

Mais Nghemkap préfère le définir comme un orage qui éclate dans un ciel serein et qui constitue par sa gravité une Extrême Urgence Médicale Vitale car plus le délai de prise en charge est bref, moins les séquelles sont importantes du fait que chaque minute est précieuse pour éviter des séquelles.

Dr. Bertrand Brugerolle Médecin-chef, CRF Lay-Saint-Christophe Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) sont des complications aiguës (soudaines) d'une maladie vasculaire, dus à un arrêt de la vascularisation sanguine dans un territoire cérébral (infarctus cérébral) ou à une rupture d'un vaisseau (hémorragie cérébro-méningée). Ils représentent en France la troisième cause de mortalité et la première cause d'invalidité. Leur manifestation la plus habituelle est l'hémiplégie (paralysie d'un hémicorps).

Pour l'OMS l'AVC résulte de l'interruption de la circulation sanguine dans le cerveau, en général quand un vaisseau sanguin éclate ou est bloqué par un caillot. L'apport en oxygène et en nutriments est stoppé, ce qui endommage les tissus cérébraux. En résumé l'accident vasculaire cérébral se définit comme un trouble focal aigu du système nerveux central

d'origine vasculaire et correspondent aux accidents survenant au domicile, sur les aires de sports ou de loisirs, à l'école, à l'exception des accidents de la circulation, du travail, des accidents causés par des éléments naturels, des suicides et des agressions.

On définit un infarctus comme la mort brutale et massive de cellules, en rapport avec un manque d'oxygène. Les AVC peuvent être liés à une mauvaise hygiène de vie (tabagisme, surcharge pondérale), à une certaine hérédité ainsi qu'à des facteurs de risques vasculaires (hypertension artérielle, hypercholestérolémie, ...) ou à des maladies spécifiques (fibrillation auriculaire, troubles de la coagulation sanguine). L'âge moyen de survenue d'un accident vasculaire cérébral est de soixante-dix ans, mais il peut se produire à tout âge. Les AVC représentent la majorité des causes d'hémiplégie récente et frappent environ 130 000 sujets par an, en France. La mortalité (25 000 cas/an en France) à six mois est de 30%. Il s'agit de la troisième cause de mortalité en France après les cancers et les cardiopathies, et la première cause des handicaps physiques acquis au cours de la vie (25% des individus atteints gardent un handicap sévère les empêchant de mener une vie autonome). Par Eric Chauvet — last modified 04 Mar 2011

4.5.2. Les catégories et types D'AVC

On distingue plusieurs types d'AVC.

4.5.2.1.L'AVC Ischémique

Un AVC ischémique est provoqué par l'interruption de la circulation sanguine cérébrale dans le cerveau par un caillot. Deux types d'accidents ischémiques peuvent s'observer.

4.5.2.2. L'AVC ischémique

« Thrombotique », causé par un caillot sanguin qui se forme localement à l'intérieur d'une artère cérébrale. La plaque d'athérome (facteurs de risque : excès de cholestérol, tabac, hypertension artérielle...) obstrue l'artère cérébrale, favorisant ainsi la formation d'un thrombus.

4.5.2.3. L'AVC « embolique »

Est déclenché par un caillot qui se forme ailleurs dans l'organisme, dans une artère irriguant le cœur par exemple, et parvient au cerveau par la circulation sanguine. Le caillot peut aussi se former au niveau des artères irriguant le cou, les carotides, et être transporté jusqu'au cerveau par la circulation sanguine.

Dans tous les cas d'infarctus cérébral, il existe une mort neuronale, due au manque d'apport en oxygène. Les AVC ischémiques représentent près de 80% d'AVC.

4.5.2.4. L'AIT

C'est une ischémie cérébrale transitoire dont les symptômes régressent en moins de 24h. (Le patient n'a pas de séquelles.), S'ils persistent plus de 24 heures d'un accident vasculaire cérébral ou d'une apoplexie (en anglais : stroke) [1]. L'AIT est un sous-type d'AVC ischémique appelé mini-AVC qui résulte de la perte brutale d'une fonction cérébrale et qui est liée à une embolie ou à une thrombose vasculaire cérébrale transitoire. Ainsi les AIT ont le même mécanisme et les mêmes causes que les AVC ischémiques. Ils imposent une recherche rapide de l'étiologie pour mettre en place un traitement adapté. Ils sont les meilleurs signes avant-coureur de l'infarctus cérébral puisque 25% des patients ayant fait un AIT vont avoir un accident ischémique cérébral constitué dans les 5 ans. On fait les mêmes examens complémentaires que pour les AVC.

4.5.2.5. L'AVC hémorragique

L'accident vasculaire cérébral hémorragique, aux conséquences plus sévères, concerne 20% des accidents vasculaires. Un accident vasculaire hémorragique est provoqué par un saignement à l'intérieur du cerveau, inondant le cerveau et interrompant la circulation sanguine. Un anévrisme correspond au gonflement d'une artère cérébrale ou à la formation d'un petit sac. L'hypertension artérielle ou un traumatisme peut provoquer la rupture de l'anévrisme, entraînant le saignement. La rupture d'anévrisme est responsable de 10% des AVC. La rupture d'anévrisme est responsable de 50% des AVC entraînant la mort chez les personnes jeunes (de moins de 45 ans). Les AVC hémorragiques 15% : on parle alors d'hématome. Ici près de 5% d'AVC hémorragiques sont méningées. La cause est un anévrisme artériel d'origine malformative qui provoque des céphalées brutales liées à l'irruption de sang dans les espaces sous arachnoïdiens. Il existe également des thromboses veineuses, mais elles sont rares et surviennent généralement chez la femme jeune.

4.5.3. Les causes de l'AVC

Les causes des infarctus cérébraux sont nombreuses. Elles sont dominées par :

- ✚ L'athérosclérose, c'est-à-dire l'encrassement des artères consécutif à l'âge, fortement favorisé par des facteurs de risque vasculaire : le principal pour les artères destinées au cerveau est l'hypertension artérielle, suivi du tabac, puis du diabète et d'un taux trop élevé de cholestérol.
- ✚ Les maladies du cœur dites emboligènes (c'est-à-dire susceptible de former des caillots à l'intérieur des cavités cardiaques) : la plus fréquente est la fibrillation auriculaire, maladie très fréquente du sujet âgé (près de 10 % de la population de plus de 80 ans).
- ✚ Les maladies des valves cardiaques (valve mécanique notamment) sont une autre cause d'infarctus cérébral.
- ✚ La maladie des petites artères cérébrales responsable de « lacunes », c'est-à-dire de petits infarctus dans la profondeur du cerveau, liée à la présence d'hypertension artérielle et de diabète.
- ✚ Chez le sujet jeune, il existe quelques causes particulières. La plus fréquente est la dissection des artères du cou destiné au cerveau (artère carotide et vertébrale) : il s'agit d'une petite déchirure de la paroi interne de l'artère. Une fois passée la phase aiguë, la personne qui garde des séquelles de son infarctus cérébral va recevoir une rééducation adaptée, pour en minimiser les conséquences dans la vie quotidienne. Parallèlement, les médecins mettent en place des mesures de prévention pour éviter qu'un nouvel infarctus cérébral (mais aussi un infarctus du myocarde) ne survienne. Plaques d'athérome (athérosclérose c'est-à-dire une lésion de la couche interne (intima) des artères qui véhicule le sang depuis le ventricule gauche du cœur vers tous les organes.) sur les vaisseaux cervico-céphaliques provoquant un rétrécissement du diamètre des vaisseaux avec risque de sténose pouvant déclencher un accident ischémique transitoire ;
- ✚ Les cardiopathies emboliques pouvant provoquer une embolie cérébrale : rétrécissement mitral, fibrillation auriculaire et autres troubles du rythme, endocardite, thyrotoxicose. Elles suivent le trajet artériel et touchent principalement le territoire sylvien gauche (vascularisé par l'artère sylvienne gauche) ;
- ✚ Les dissections des artères cervicales et intracrâniennes qui sont plus fréquentes chez le sujet jeune.

En résumer, nous pouvons dire qu'un accident vasculaire peut être provoqué par l'obturation d'un vaisseau sanguin par un caillot de sang entraînant une interruption de la

circulation sanguine cérébrale : c'est l'AVC ischémique. Il peut aussi être dû à une rupture d'un vaisseau sanguin à l'intérieur du cerveau entraînant une hémorragie : c'est l'AVC hémorragique. Dans l'ensemble, les facteurs de risque sont multiples, mais il est possible d'agir sur un certain nombre d'entre eux. L'ennemi numéro 1 c'est l'hypertension artérielle. Chez la femme comme chez l'homme, la tension artérielle doit être inférieure à 14/9. L'excès de cholestérol, le diabète, le tabac, l'excès d'alcool, la sédentarité peuvent aussi favoriser les AVC.

Une malformation des vaisseaux sanguins du cerveau, présente le plus souvent dès la naissance, augmente les risques d'AVC hémorragique

4.5.4. Les Facteurs de risque au Cameroun

L'HTA est le facteur de risque dominant au Cameroun car elle en est la cause dans plus de 80% des cas d'AVC diagnostiqués au Cameroun. Toutefois, l'HTA est malheureusement très souvent méconnue et trop souvent découvert au décours de sa complication majeure et principale qui est l'AVC du fait d'une absence de dépistage précoce.

Les chiffres record de découverte d'une HTA sont enregistrés dans les populations camerounaises avec des TA systoliques retrouvées à près de 30. Or, le seul contrôle de l'HTA permet de réduire son risque d'AVC de plus de 50%. Le Diabète, l'Hypercholestérolémie, le Tabagisme, l'obésité, la Sédentarité, l'Alcoolisme chronique, le stress, les Troubles du rythme cardiaque de type ACFA, les malformations artérioveineuses de type ANEVRYSMES (un renflement de la paroi du vaisseau sanguin) CEREBRAL sont des facteurs de risque qu'il faut connaître et savoir dépister précocement

4.5.4.1. Causes sociales des accidents vasculaires cérébraux (AVC)

Notre société est victime du stress, état qui peut affecter le sommeil, le travail, les relations humaines, ainsi que notre santé mentale et physique. Peut-on dire que le stress est un facteur de risque des accidents vasculaires cérébraux (AVC) ?

Un AVC survient lorsqu'une artère à proximité ou dans le cerveau est soit bloquée, coupant l'approvisionnement en sang des tissus du cerveau, soit sectionnée, provoquant une hémorragie. Le stress chronique serait un facteur de risque d'accident vasculaire cérébral, même si son impact reste faible. Les études cliniques sur le sujet sont problématiques car, infliger des contraintes et des pressions sur un échantillon de personnes, afin de les mettre en situation réelle de stress, est délicat au plan éthique. Les études se font donc sur des cas réels, qui s'appuient sur des entretiens avec des personnes qui ont récemment eu un accident vasculaire cérébral, fournissant aux chercheurs des informations qui peuvent être inexacts.

Dans une étude espagnole récente (1), les chercheurs ont interrogé 150 personnes qui avaient eu un accident vasculaire cérébral. Les participants qui ont déclaré avoir subi du stress au cours de l'année précédente, avaient près de quatre fois plus de risques d'avoir un accident vasculaire cérébral par rapport à un groupe de personnes semblables qui n'ont pas eu d'AVC. Les résultats de cette étude sont accueillis avec précaution par la communauté scientifique qui travaille sur ce sujet.

En effet, on peut penser que les personnes victimes d'un AVC sur-interprètent à posteriori l'intensité du stress auquel ils ont été exposés. Ils cherchent des explications à ce qui leur est arrivé et les avis divergent sur la responsabilité directe du stress sur un AVC. En revanche, il y a consensus sur le fait que le stress chronique (qui est installé depuis des mois ou des années) amplifie l'impact des autres facteurs de risque. Dans l'étude Interstroke (2), qui portait sur 6000 personnes dans 22 pays, le stress est identifié comme l'un des 10 facteurs de risque (l'hypertension artérielle, un taux de cholestérol élevé, le tabagisme, l'obésité, une mauvaise alimentation, le diabète Une faible activité physique, la consommation d'alcool Les causes cardiaques telles que la fibrillation auriculaire, l'infarctus du myocarde et les maladies des valves cardiaques Les facteurs psychologiques tels que le stress et la dépression) modifiables qui concernent 90% des AVC dans le monde. Chacun de ces facteurs comporte un niveau de risque différent. Un tiers des AVC est attribuable à l'hypertension artérielle, alors que le stress est lié à moins de 5 % des AVC. L'étude Interstroke et d'autres, confirment que le stress chronique est un facteur de risque pour les AVC mais son importance est mineure. Comment le Stress peut Provoquer des Accidents Vasculaires Cérébraux. Le stress est la réponse de votre corps face à un élément extérieur, perçu comme une menace. Lorsque vous vous sentez menacé, votre cerveau envoie un message à vos glandes surrénales, qui produisent alors des hormones, comme l'adrénaline et le cortisol, qui vous mettent en situation défensive : accélération du rythme de la respiration, du rythme cardiaque ainsi que de la pression artérielle. Lorsque le stress est chronique vous restez dans cet état d'excitation physiologique, ce qui peut affecter de nombreuses parties de votre corps. Un certain nombre d'explications biologiques confirmeraient un lien entre stress et AVC, en agissant sur l'hypertension artérielle : Le stress chronique peut augmenter l'exposition prolongée à une pression artérielle plus élevée et donc favoriser l'apparition de dommages au niveau des parois des vaisseaux sanguins, augmenter le risque de maladie cardiaque et de fibrillation auriculaire (battements cardiaques irréguliers), Il pourrait prédisposer à l'athérome (gonflement dans une paroi de l'artère), à l'anévrisme (un renflement de la paroi du vaisseau sanguin) et à l'AVC ischémique, les événements stressants aigus - comme le décès d'un conjoint ou la perte d'un emploi - sont liés de façon récurrente à des crises

cardiaques, et bien qu'il n'y ait aucune preuve solide que ceux-ci puissent causer des accidents vasculaires cérébraux, cela fait partie des hypothèses retenues, enfin, la production d'adrénaline en cas de stress, peut activer les plaquettes dans le sang et favoriser la coagulation, provoquant parfois un blocage des artères dans le cerveau ou à proximité.

Les Effets du Stress Il est intéressant de noter que la façon dont certains réagissent face au stress peut augmenter le risque d'AVC. Par exemple, certaines personnes utilisent des cigarettes et de l'alcool pour les aider à gérer le stress. Mais ces deux produits peuvent augmenter les risques d'avoir un AVC ou contribuer à l'hypertension artérielle. En effet, les gens stressés qui fument augmentent leur consommation de cigarettes. Certains boivent pour lutter contre le stress et pour mieux dormir, même si cela n'est pas très efficace. D'autres ont tendance à oublier de prendre leurs médicaments – par exemple des médicaments contre l'hypertension. De façon indirecte, le stress a donc des effets sur les risques d'AVC. Réduire votre Risque d'AVC. Gérer son stress, ne pas fumer, limiter sa consommation d'alcool (pas plus de 2 verres par jour). Faire contrôler au moins une fois par an la pression artérielle et le cholestérol (pour les hommes de plus de 40 ans et les femmes de plus de 50). Maintenir un poids de santé, adopter une alimentation équilibrée, faire de l'exercice régulièrement (source Synergia Laboratoire de Médecine Nutritionnelle)

4.5.4.2.Causes professionnelles accidents vasculaires cérébrales (AVC)

Travailler beaucoup est ordinairement le signe d'un fort investissement professionnel, valorisé et valorisant. Avoir un emploi protégerait en outre contre la dépression. Mais de très longues journées de travail peuvent aussi avoir un effet délétère sur la santé en augmentant le risque moyen d'accident vasculaire cérébral (AVC), conclut de façon inédite une étude britannique parue hier dans la revue spécialisée The Lancet.

Les auteurs de l'analyse ont passé au crible une impressionnante série de données portant sur plus de 600.000 personnes, suivies pendant sept à huit ans. Selon leurs calculs, les personnes travaillant 55 heures par semaine ou plus voient leur risque d'AVC augmenter de 33 % par rapport aux individus affichant des semaines de 35 à 40 heures. « Dans un groupe de 1000 personnes faisant des semaines de 35-40 heures, on recensera 4,5 AVC. Dans un groupe où les gens travaillent 55 heures ou plus, on passe à 6», illustre le coordinateur de l'étude, le Pr Mika Kivimäki (University College, London). Le risque de maladies coronariennes était également plus élevé chez les grands travailleurs, mais dans une moindre mesure (+ 13 %). « Cette découverte est importante car elle vient contredire une idée largement partagée, mais jamais vérifiée, selon laquelle le fait de travailler beaucoup avait un impact plus important sur le cœur

que sur les AVC. Or, c'est le contraire», remarque le Pr Mathieu Zuber, chef du service de neurologie vasculaire à l'hôpital Saint-Joseph à Paris.

Un enjeu de santé publique

L'accroissement du risque d'AVC est progressif à mesure que les journées s'allongent : il est de 10 % chez les personnes travaillant de 41 à 48 heures par semaine, et de 27 % pour la tranche au-dessus (49-54 heures). En France, un travailleur à plein temps sur trois fait plus de 40 heures par semaine, selon l'OCDE. Avec 33.000 décès par an en France, selon l'Institut national de veille sanitaire, la mortalité par AVC est un enjeu de santé publique majeur, d'autant que dans bien des cas, elle pourrait être évitée. L'étude du Lancet ne permet pas d'identifier précisément les mécanismes liant le temps de travail au sur risque d'AVC, mais les auteurs émettent quelques hypothèses : des épisodes de stress répétés qui pourraient « élever la pression artérielle, le rythme cardiaque et augmenter les arythmies et la coagulation », la sédentarité et la consommation d'alcool, souvent plus importante dans ces populations.

Le Pr Norbert Nighoghossian, chef du service de neurologie vasculaire au CHU de Lyon, met en garde contre des conclusions hâtives. « Les relations entre stress et AVC sont compliquées. Est-ce le stress qui va causer l'AVC ou l'insomnie qui est générée par le stress ? Cette insomnie ne masque-t-elle pas une dépression ? », illustre-t-il. Pour autant, les conclusions des auteurs « ont du sens ». « Les professionnels qui travaillent le plus, comme les cadres supérieurs, les travailleurs indépendants et les agriculteurs, ont tendance à se nourrir plus mal, à avoir des rythmes de sommeil et d'alimentation moins réglés et à être plus sédentaires », explique-t-il. Des professionnels qui, bien souvent, ne peuvent pas, ou ne souhaitent pas, réduire leur temps de travail.

Pour le Pr Zuber, ces résultats devraient donc inciter les praticiens à interroger davantage leurs patients sur leur charge de travail et les conditions de celui-ci, pour diffuser des messages de prévention adaptés, et à mettre fermement en garde les personnes reprenant le travail après un premier AVC.

Travail de nuit : des effets très variés. Travailler de nuit favorise les troubles du sommeil, l'irritabilité, les problèmes digestifs, certains risques cardio-vasculaires comme l'hypertension artérielle ou le surpoids, liste sur son site le ministère du Travail. Certaines études ont en outre conclu à un risque accru de certains cancers, notamment du sein et colo-rectal. Pour savoir si les accidents vasculaires cérébraux doivent être ajoutés à la liste, l'Institut national « santé et sécurité au travail » (INRS) devrait lancer une étude dédiée en 2016. Les résultats seront connus d'ici deux à trois ans.

Les femmes sous pression et ayant peu de maîtrise sur leur travail sont particulièrement exposées. En Europe, un travailleur sur cinq se plaint de problèmes de santé liés à du stress au travail : hypertension, nervosité, fatigue, dépression sont les signes cliniques le plus souvent décrits. Mais être sous pression au travail pourrait également augmenter le risque d'attaque cérébrale, révèle une étude publiée dans l'édition en ligne de la revue *Neurology*. Les chercheurs chinois ont synthétisé les résultats de six études cliniques ayant suivi 138.782 participants au total, sur des périodes allant de trois à dix-sept ans. Les emplois étaient classés en fonction du niveau de stress, déterminé par la combinaison de la pression psychologique et de la maîtrise de la personne sur son travail. Le temps et la dimension physique du travail n'entraient pas en ligne de compte. Sur risque de 22 % Quatre catégories d'emplois ont été définies : les emplois passifs comme ceux des concierges ou des travailleurs manuels, peu stressants comme ceux des architectes, à stress élevé comme ceux des serveurs et infirmières, et les emplois actifs comme ceux des médecins et des enseignants. Parmi les personnes suivies, entre 11 et 27 % entraient dans la catégorie d'emplois stressants. Leur risque de faire un accident vasculaire cérébral augmenterait de 22 %, et même de 33 % pour les femmes. « Cette étude nous montre qu'il y a plus d'accidents vasculaires ischémiques (liés à l'obstruction d'une artère cérébrale, NDLR) chez ceux qui exercent un métier avec à la fois une forte contrainte psychologique et peu de maîtrise sur le travail, en particulier chez les femmes. Mais elle ne nous éclaire pas sur les mécanismes responsables », constate le Pr Serge Timsit, neurologue au CHU de Brest.

Messages de prévention

Les auteurs de l'étude émettent cependant plusieurs hypothèses. Le fait d'avoir un emploi stressant augmente la probabilité de fumer, d'avoir une alimentation déséquilibrée, de faire moins d'activité physique ou encore de développer une hypertension, autant d'éléments qui favorisent les attaques cérébrales. Les chercheurs soulignent cependant que même les personnes avec un mode de vie sain voyaient leur risque d'AVC augmenter, mais dans une proportion moindre...

Autre explication possible, le stress au travail est connu pour être associé à des facteurs de risques cardiovasculaires comme le surpoids, les dyslipidémies ou le diabète, qui eux aussi favorisent l'AVC. Enfin, dernière hypothèse : sur le long terme, le stress pourrait conduire directement à des perturbations du système nerveux sympathique, entraînant une réponse inflammatoire élevée avec une déstabilisation des plaques d'athérosclérose, un vieillissement cellulaire accéléré.

« Pour le moment, il est difficile d'aller plus loin que le simple constat dressé par cette étude. Il est néanmoins important de renforcer les messages de prévention. Nous devons être particulièrement attentifs à ce que les personnes occupant un emploi stressant ne négligent pas leur hygiène de vie », conclut le Pr Mathieu Zuber, neurologue à l'hôpital Saint-Joseph à Paris.

Causes familiales accidents vasculaires cérébrales (AVC)

Dans les relations de couple insatisfaisantes, les comportements manifestes engendrent ou nous exposent beaucoup de maux comme : dépression, angoisse, phobies, stress, migraines, maux de dos. A ceci, s'ajoute les pertes (êtres chers, emploi...)

4.5.5. Symptomatologies et Sémiologies

Si l'AVC est très souvent brutal et soudain, il existe toutefois des signes annonciateurs qui permettent de prévenir les secours et d'éviter les conséquences parfois irréversibles de cette pathologie. La faiblesse ou la paralysie même modérée d'une partie du corps comme la paralysie du visage, l'inertie d'un membre ou même la paralysie partielle ou totale d'un hémicorps, les troubles de la parole, les troubles de la vision, les troubles de l'équilibre, des maux de tête d'apparition brutale et inhabituelle comme un « coup de tonnerre dans un ciel serein », sont des en faveur de L'AVC. Les autres symptômes sont la confusion mentale, la difficulté à parler ou des troubles de la compréhension, la baisse de la vision unilatérale ou double, la difficulté à marcher, des vertiges, la perte de l'équilibre ou de la coordination, dès l'évanouissement ou l'inconscience. Tout cela a lieu dans le système nerveux et ses parties sont des signes annonciateurs qui doivent immédiatement alerter la victime et l'amener à prévenir les secours ou à se rendre rapidement dans un service des Urgences afin d'éliminer l'éventualité d'un AVC gravissime débutant.

4.5.6. Les prises en charges

La prise en charge d'un AVC passe par un certain nombre d'éléments :

- les examens nécessaires pour confirmer le diagnostic et permettre la prise de décisions thérapeutiques ;
- le traitement de signes généraux qui influencent le pronostic fonctionnel au long terme (pression artérielle, température corporelle, glycémie) ;
- le traitement spécifique visant certains éléments spécifiques de la pathogenèse del'AVC, c'est-à-dire : soit la débanalisassions d'un vaisseau occlus, soit la prévention de mécanismes conduisant à la mort neuronale (neuroprotection) ;

- la prévention et le traitement de complications, soit médicales (telles que: inhalation, infection, ulcères de décubitus, thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire) ou neurologiques (telles que: transformation hémorragique, œdème avec effet de masse, comitialité) ;
- la prévention secondaire précoce, pour réduire l'incidence des récurrences d'AVC précoces.

La rééducation précoce

Cette prise en charge peut se réaliser à plusieurs niveaux : les prises en charges médicales, psycho-familiales, familiales et éducatives

4.5.6.1. Les prises en charges médicales

En matière d'AVC, l'évacuation sanitaire n'est pas la solution de première intention car la prise en charge médicale d'un AVC doit être extrêmement urgente et doit se faire, pour garder toutes les chances de récupération complète ou du moins avec le minimum de séquelles possibles, dans les 3 heures après l'apparition des premiers signes d'alerte. Aucune Evacuation Sanitaire ne peut avoir lieu dans ce délai et très souvent les patients évacués arrivent ici en Europe où j'exerce avec de graves séquelles pour lesquelles la communauté médicale, quelles que soient ses compétences et son plateau technique, est totalement démunie. C'est essentiellement pour ces raisons que je pense que pour une meilleure prise en charge des AVC au Cameroun, au lieu de recourir à des évacuations sanitaires qui ne peuvent être organisées dans les 3 heures requises pour une meilleure prise en charge médicale, des solutions plus économiques existent.

4.5.6.2. Les prises en charges psycho-familiale

Les troubles de l'humeur, en particulier la dépression, secondaires à un accident vasculaire cérébral (AVC) sont fréquents en médecine physique et de réadaptation. La dépression peut être réactionnel au handicap engendré par l'AVC ou secondaire aux lésions encéphaliques. Elle majore la déficience, l'incapacité et le handicap, donc il faut la dépister précocement et la traiter. Nous avons souvent recours aux nouvelles classes d'antidépresseurs (inhibiteur de la recapture de la sérotonine...). Toutefois, le traitement médicamenteux d'un patient déprimé n'est qu'un aspect de sa prise en charge qui doit comporter d'autres mesures thérapeutiques : psychothérapies interpersonnelles, psychothérapie comportementale, thérapie familiale systémique. Cette prise en charge doit également tenir compte des facteurs sociaux

environnementaux. Le soutien psychologique est primordial dans cette prise en charge visant à assurer une réintégration sociale et familiale le plus rapidement possible même si le handicap moteur est lourd.

4.5.6.3. Les prises en charges familiales

Certaines habitudes alimentaires et modes de vie que l'on ne retrouvait qu'en Europe sont aujourd'hui à l'origine de la croissance des facteurs de risque cardio-vasculaire.

4.5.6.4. Les prises en charges éducationnelles

Les AVC au Cameroun : « prévenir vaut mieux que guérir » ParNghemkap -11/11/2016

Si les maladies infectieuses et parasitaires étaient jusqu'à présent des pathologies dominantes en Afrique, certaines habitudes alimentaires et certains modes de vie que l'on ne retrouvait qu'en Europe se sont rapidement répandus dans l'ensemble du continent africain et sont, aujourd'hui de ce fait, à l'origine de la croissance des facteurs de risque cardio-vasculaire et la montée en puissance des maladies métaboliques sur le continent africain et notamment au Cameroun (Nghemkap, 2016).

Aussi, les prévisions épidémiologiques très alarmistes indiquent qu'en Afrique, le fardeau des maladies vasculaires notamment cérébrales va augmenter et éventuellement apporter la contribution la plus importante à l'aggravation de la mortalité sur le continent africain. Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), tous les ans, près de 15 millions de personnes dans le monde sont victimes d'un AVC et près de 5 millions en meurent avec un taux de mortalité de 25% à 1 mois et de 60% à 5 ans. Ainsi, 10% de la mortalité mondiale, toute cause confondue, est attribuée aux AVC.

Or, une prévention efficace basée sur la connaissance des facteurs de risque et un dépistage précoce associé à une rapidité de prise en charge basée sur la connaissance des signes annonciateurs devraient permettre de réduire de façon significative leur fréquence, leur gravité,

En matière d'AVC, l'adage « Prévenir vaut mieux que guérir » trouve toute sa signification. Aussi, le commun des mortels doit surtout savoir que les personnes qui ont une saine hygiène de vie réduisent de plus de 80% leur risque d'être victime d'un AVC. C'est pour cette raison que dans le cadre de la lutte contre les AVC au Cameroun et afin de réduire drastiquement le risque de survenue d'un Accident Vasculaire Cérébral (AVC) chez les Camerounais, il m'a semblé nécessaire d'édicter 10 commandements qui sont :

- Avoir une bonne hygiène alimentaire avec une alimentation saine et équilibrée en glucides, protéines et lipides car l'alimentation a une influence sur plusieurs facteurs de

risque d'AVC. Cette alimentation doit être surtout pauvre en sel, riche en potassium et en magnésium et doit également être riche en fruits et légumes. Ce qui permet de diminuer le risque de survenue d'une HTA, d'un Diabète, d'une Hypercholestérolémie, et d'une Obésité. Une tasse de café quotidienne est également conseillée car elle réduit de 20% le risque de survenue d'un AVC ;

- Avoir une activité physique régulière et quotidienne afin de lutter contre la sédentarité et ses conséquences qui sont la surcharge pondérale et l'obésité. Surveiller régulièrement sa tension artérielle. Ce qui permet de dépister précocement une HTA silencieuse. Contrôler régulièrement son taux de glycémie dans le but de dépister très rapidement un Diabète sous-jacent ;
- Surveiller son taux de cholestérol afin de dépister précocement une Dyslipidémie sous-jacente ;
- Surveiller régulièrement son poids dans l'optique de détecter précocement une surcharge pondérale ;
- Eviter de fumer ;
- Eviter de consommer de l'alcool sans modération ;
- Eviter les situations de stress ;
- Consulter au moins une fois par an son Médecin, si on a des antécédents familiaux de maladie cardiaque, afin de dépister une maladie cardio-vasculaire sous-jacente et ignorée.

En dehors de la sensibilisation des masses populaires au dépistage précoce des facteurs de risque et la vulgarisation de la reconnaissance des signes d'alerte, les pouvoirs publics devraient adopter une politique de modernisation des infrastructures médicales et de développement des plateaux techniques de haut niveau en matière de diagnostic et de prise en charge thérapeutique des AVC au Cameroun.

En résumé les AVC sont désormais un véritable problème de Santé Publique au Cameroun car les prévisions épidémiologiques très alarmistes indiquent qu'au Cameroun, le fardeau des AVC va augmenter et éventuellement apporter la contribution la plus importante à l'aggravation de la mortalité qui est déjà bien conséquente.

Toutefois, une prévention efficace par le dépistage précoce des facteurs de risque cardio-vasculaire, notamment de l'HTA, est nécessaire pour une prise en charge adéquate. Aussi, en l'absence d'une politique de Santé Publique adéquate, le Cameroun demeurera confronté à une épidémie de maladies cardio-vasculaires au premier rang desquels les AVC représentent une cause majeure de mortalité. Quoiqu'il en soit, le Camerounais étant en toute logique désormais

maître de son destin et de sa santé, nul n'est censé ignorer les facteurs de risque d'un AVC, leur prévention, leur dépistage précoce ainsi que l'importance d'une prise en charge urgente dès l'apparition des premiers signes annonciateurs d'AVC (Nghemkap, 2016).

4.5.7. Conséquences et séquelles d'un AVC

Le cerveau régit des fonctions et des capacités différentes, les Conséquences et séquelles d'un AVC varient selon les cellules du cerveau endommagées et l'étendue de la partie. L'AVC peut avoir des effets physiques, émotionnels, comportementaux et sociaux. Il peut aussi modifier la capacité d'une personne à penser et à apprendre. Vu que le cerveau comporte des voies qui « s'entrecroisent », les dommages causés au côté droit (hémisphère droit) du cerveau touchent le côté gauche du corps et les dommages causés au côté gauche (hémisphère gauche) du cerveau touchent le côté droit du corps. Les Conséquences et séquelles d'un AVC de l'hémisphère droit comprennent notamment :

- une paralysie partielle ou complète du côté gauche du corps (appelée « hémiplegie »), y compris la perte possible de tonus musculaire ou de la maîtrise du côté gauche du visage;
- une perte de sensation partielle ou complète du côté gauche du corps; une incapacité à reconnaître des objets familiers ou à en comprendre l'usage;
- une difficulté à déterminer les distances et les formes ou à s'orienter; des comportements impulsifs, des sautes d'humeur ou un manque de jugement; une perte de mémoire à court terme; une absence de reconnaissance du côté gauche du corps ainsi que des personnes et des choses se trouvant du côté gauche (appelée « négligence unilatérale gauche»). Les Conséquences et séquelles d'un AVC de l'hémisphère gauche comprennent notamment : une paralysie partielle ou complète du côté droit du corps;
- une perte de sensation partielle ou complète du côté droit du corps; des troubles de la parole (appelés « aphasie »); des comportements lents et prudents;
- des périodes de rétention plus courtes et de la difficulté à assimiler de nouvelles informations.

L'AVC peut entrainer autres entraîner les séquelles qui suivent, peu importe le côté du cerveau atteint :

- dépression : Des recherches sont en cours pour déterminer si la dépression est causée par les dommages de l'AVC au cerveau ou par la modification soudaine de l'état de santé et des capacités de la personne qui y a survécu ;

- des sentiments de tristesse et de dévalorisation ainsi que la perte d'intérêt pour les choses ou les personnes de son entourage sont cependant des indications parmi d'autres qu'un survivant peut être déprimé ;
- labilité émotionnelle : Labilité émotionnelle est le terme utilisé pour décrire la perte de la maîtrise des émotions chez de nombreux survivants d'AVC ;
- le survivant peut avoir des sautes d'humeur, y compris rire ou pleurer à des moments inattendus ou se sentir en colère ou irrité sans raison.;
- avec le temps, les survivants parviennent souvent à mieux maîtriser leurs émotions, et la labilité émotionnelle peut s'estomper ou disparaître complètement ;
- problèmes de maîtrise de la miction (vessie) : cette affection appelée « incontinence » est fréquente pendant les premiers temps suivant un AVC, et peut perdurer ;
- douleur : Les personnes ayant survécu à un AVC peuvent ressentir des douleurs pour diverses raisons. La douleur est souvent causée par des dommages aux nerfs, des plaies de lit ou une articulation qui ne bouge pas.
- fatigue : après un AVC, bien des gens se sentent exceptionnellement fatigués à cause de l'énergie supplémentaire qu'ils doivent investir pour faire face à des changements physiques et émotionnels.

Les séquelles de l'AVC varient d'un survivant à l'autre. Chez certains, les effets se résument à quelques inconvénients mineurs, tandis que chez d'autres, les incapacités sont accablantes

4.5.8. Méthodes préventives

La maladie étant de mieux en mieux connue, les médecins ont réussi à identifier des facteurs qui accroissent le risque d'en faire. Le principal est l'hypertension artérielle (HTA) qui affaiblit la paroi des vaisseaux sanguins. Une HTA multiplie quasiment le risque d'AVC par 9 avant 45 ans alors qu'il le multiplie par 4 chez les plus de 45 ans.

Autre facteur de risque : le tabagisme qui contribue à l'athérosclérose, augmente la pression sanguine et peut réduire la qualité de l'oxygène livré par le sang. Une consommation régulière et importante d'alcool peut aussi augmenter le risque. Parmi les autres facteurs, on trouve l'obésité, une mauvaise alimentation, un manque d'activité physique mais aussi un stress chronique.

Les personnes diabétiques, souffrant de migraines, ou dont un proche parent a été victime d'AVC, ont également un risque plus élevé de faire un jour un AVC. Si le vieillissement est un facteur aggravant, les AVC ne touchent pas que les individus de plus de 65 ans, les jeunes ne

sont pas épargnés. En guise de prévention, il est donc conseillé de surveiller ces facteurs et de consulter régulièrement un médecin, en particulier si l'on est considéré comme une personne à risque. Tout signe suspect doit alerter et inciter à consulter rapidement.

Les facteurs de risques qui contribuent à la survenue de 90% des AVC

Les facteurs de risque des accidents vasculaires cérébraux, qu'ils soient hémorragiques (rupture d'un vaisseau cérébral) ou ischémiques (obstruction d'un vaisseau cérébral) sont aujourd'hui bien connus. L'antécédent d'hypertension artérielle (HTA) : leur contribution est particulièrement importante pour les AVC hémorragiques (44,5 %). C'est également le premier facteur de risque des AVC ischémiques (31,5 %). Une HTA multiplie quasiment le risque d'AVC par 9 avant 45 ans alors qu'il le multiplie par 4 chez les plus de 45 ans.

Le tabagisme : le risque augmente avec le nombre de cigarettes/jour, encore plus étroitement pour les AVC ischémiques (21,4%) qu'hémorragiques (9,5 %). Globalement, le tabagisme multiplie par 2 le risque d'AVC.

L'obésité abdominale : (évaluée par le rapport tour de taille/tour de hanche, contribue à hauteur de 26%). En revanche, il n'est pas trouvé de lien entre l'IMC (poids/ taille au carré) indicateur global de surpoids ou d'obésité et le risque d'AVC.

Le type d'alimentation et l'activité physique modulent le risque d'AVC à la fois ischémiques et hémorragiques. L'augmentation de la consommation de fruits et de poisson est associée à une réduction du risque d'AVC. Une activité physique régulière diminue d'un tiers le risque d'AVC. Le diabète ne semble contribuer qu'au risque d'AVC ischémique.

La consommation d'alcool accroît le risque en termes d'AVC hémorragique, quel que soit le niveau de consommation (14,6%). La consommation de moins de 30 verres d'alcool réduit le risque d'AVC ischémique, alors que plus de 30 verres/mois ou s'adonner aux bars bruyants, majore ce risque ischémique.

Le stress et la dépression constituent également des facteurs de risque. La fibrillation atriale (FA) constitue le premier facteur de risque d'origine cardiaque (Lancet, 2010).

Comment prévenir ?

Tous les âges de la vie sont concernés par ces facteurs de risque. Ainsi, la lutte contre l'obésité de l'enfant prévient le diabète et les pathologies cardio-neuro-vasculaires du futur adulte. Cependant, il n'est jamais trop tard pour initier des actions de prévention : le risque des fumeurs peut être diminué pour rejoindre celui des non-fumeurs, deux à cinq ans après l'arrêt de leur consommation de tabac. De même, pratiquer une activité physique régulière peut

diminuer d'un tiers le risque d'AVC. L'hypertension est un facteur de risque majeur pour le cœur et le cerveau, les vaisseaux sanguins subissent en permanence une pression élevée.

La tension artérielle normale d'un adulte est établie à 120 mmHg (mm de mercure) quand le cœur se contracte (pression systolique) et à 80 mmHg quand le cœur se relâche (pression diastolique). Quand la pression artérielle systolique est supérieure ou égale à 140 mmHg et/ou que la pression artérielle diastolique est supérieure ou égale à 90 mmHg, la tension artérielle est considérée comme élevée.

En France, environ 15 millions de personnes sont hypertendues et près de 11 millions de personnes sont traitées.

Le traitement de l'hypertension associe la mise en place de règles d'hygiène de vie (manger moins salé, perdre quelques kilos en cas de surpoids, exercer ou reprendre une activité physique, arrêté de fumer.) et un traitement médicamenteux. Le traitement doit non seulement être conduit le plus souvent sur le long terme et doit être suffisamment efficace pour prévenir les accidents cardio-neuro-vasculaires.

Bien plus qu'une contrainte, le traitement de l'hypertension doit être perçu comme un moyen de vivre plus longtemps et sans incapacité. En effet l'espérance de vie des patients hypertendus traités est identique à celle de la population non touchée par ce facteur de risque.

Dans le cadre du plan d'actions national AVC 2010-2014, le ministère de la santé a soutenu le Comité Français de Lutte contre l'Hypertension Artérielle (CFLHTA) dans sa diffusion auprès de l'ensemble des médecins généralistes et cardiologues libéraux, d'un livret d'information rappelant, entre autres, les objectifs à atteindre pour la pression artérielle. Le contrôle tensionnel des patients traités par des antihypertenseurs est un indicateur intégré à la rémunération à la performance des médecins généralistes et des cardiologues.

CHAPITRE5 : THEORIES EXPLICATIVES DU SUJET

Dans le cadre de notre travail, nous convoquons dans ce chapitre les théories explicatives de notre travail de recherche. Ces théories nous permettent de mieux interpréter notre travail après analyse des données. Elles sont au nombre de trois à savoir :

5.1. Théories psychanalytiques

La souffrance normale a trois sources qui sont selon Freud la surpuissance de la nature, la caducité de notre corps et la déficience des principes qui règlent les rapports des hommes entre eux dans la famille ; l'Etat et la société. Il tient à la condition humaine de ne pouvoir

totalemment maîtriser la nature, d'être vulnérable par l'intermédiaire de son corps (d'autres textes soulignent que notre vulnérabilité dépend de notre dépendance à l'égard d'autrui) et de ne disposer d'aucun critère naturel permettant de déterminer comment nos relations avec autrui doivent être régulées (d'où les maux provenant des conflits et des crises sociales). Il en résulte que la souffrance est l'une des coordonnées essentielles de l'expérience humaine et que notre existence consiste en grande partie en une tentative de réduction de la souffrance. S'il convient de parler de souffrance normale, c'est donc parce que ses sources ne peuvent jamais être tariées et que, toujours, les individus doivent mettre en place des "défenses" contre elles. Certaines de ces défenses ont la capacité de transformer la souffrance "normale" en souffrance "anormale".

Selon l'approche psycho dynamique de Freud, la souffrance est toujours le lieu d'une interaction entre les effets de ces sources de souffrance, Freud propose donc une typologie des défenses contre la souffrance. Il mentionne à ce propos le contrôle de la vie pulsionnelle, la sublimation, le travail et les illusions (l'art), le renoncement, la transformation du monde et l'amour. Ces défenses définissent les différentes techniques de vie par lesquelles les individus peuvent entretenir un rapport non pathologique avec eux-mêmes en se rendant supportables les difficultés qui proviennent des sources de souffrance. Mais la mobilisation de ces défenses peut échouer et exiger la mise en œuvre de défenses conduisant l'individu hors du domaine de la santé mentale, sous la forme de la névrose ou de la psychose.

Dans la mesure où seule la psychose relève à proprement parler de la maladie et qu'en outre la souffrance psychotique apparaît comme l'un des destins possibles de la souffrance névrotique, il est permis de distinguer une souffrance normale, une souffrance pathogène (névrotique) et une souffrance pathologique (psychotique). Cette distinction au sein de la souffrance anormale est décisive dans la mesure où elle permet de déconnecter le modèle médical de la pathologie sociale d'une référence étroite à la maladie et ainsi de dépasser l'une des limitations de l'approche de la médecine sociale.

Chez Freud, c'est bien du point de vue de la névrose, et non de celui de la psychose, que se développe la critique sociale : "L'homme devient un névrosé parce qu'il ne peut supporter le degré de refus que lui impose la société au service de ses idéaux culturels, et on en conclut que la suppression ou la forte diminution de ces exigences signifiait un retour à des possibilités de bonheur." () Relevons que cette production sociale des névroses n'est pas ici conçue suivant le modèle des névroses collectives. Freud n'affirme pas en effet que la civilisation plonge l'ensemble ou la plupart de ses membres dans la névrose, ni même que ces productions culturelles propres portent la trace de la névrose, mais qu'elle impose un type de pressions normatives que la civilisation fait porter sur les individus.

La position de Freud pourrait donc être présentée par l'intermédiaire de deux thèses suivantes. Premièrement, il existe des névroses réactionnelles. En un sens toutes les névroses sont des formes de réaction aux exigences sociales particulières auxquels les individus ont à faire face, mais elles ne sont pas pour autant des névroses collectives. Deuxièmement, les névroses réactionnelles ne doivent pas simplement être interprétées comme des réactions à des interactions sociales déterminées mais aussi comme des réactions à des situations totales comme celle que désigne la notion de civilisation (ou celle de capitalisme). Si le diagnostic peut remonter jusqu'à l'identification d'une pathologie sociale, c'est parce que c'est la civilisation elle-même qui est en cause.

5.2. Théorie de la résilience Boris Cyrulnik

La résilience est un concept révolutionnaire par le fait qu'elle oppose le passé à l'avenir et place l'homme dans une perspective de mouvement, malgré son passé. Et c'est novateur aussi bien au niveau de l'approche théorique profondément humaine qu'elle met en lumière, qu'au niveau de la nature des interventions psychothérapeutiques qui vont en découler solution. Un psychothérapeute n'aidera pas son patient de la même manière s'il l'inscrit dans une démarche reconstructive tournée vers l'avenir, en tant qu'individu doté de force de résilience, que s'il l'inscrit dans un passé figé et inexorable.

C'est aussi un principe que l'on retrouve en psychologie positive : l'individu est rempli de ressources pour affronter la vie et a en lui des capacités incroyables pour faire face. Il peut tout à fait rebondir mais manque parfois d'une confiance lui permettant d'utiliser ses ressources. Le psychothérapeute va servir de révélateur de forces au patient, mais pas plus... Par son empathie et son écoute active, il permet au patient de trouver lui-même la solution, car c'est toujours le patient qui détient sa solution.

Tout d'abord en créant un socle relationnel solide autour de nous avec notre famille et nos amis proches. C'est ce qu'on appelle se créer une base Secure et ce qui permet de se sentir soutenu, porté. En acceptant le changement, dans un sens comme dans un autre. Tout est possible oui, le pire mais aussi... le meilleur. Il n'y a pas d'évolutions sans changement. A nous de développer la sagesse pour discerner les situations que l'on peut changer de celles que nous ne pouvons pas changer. Etre confronté à une situation angoissante peut nous donner l'impression qu'il n'y a plus de perspectives, que c'est une voie sans issue. Or il faut toujours avoir présent à l'esprit que les choses évoluent et faire tout notre possible pour regarder une situation sous un autre angle, dans sa globalité et prendre ainsi de la hauteur. La confiance en nos propres ressources se développe également : observer comment nous avons remonté la

pente dans les moments difficiles nous permet de nous rendre compte que nous avons des forces et de nous dire : « ah oui quand même, j'ai réussi à ce moment-là à m'en sortir ».

Enfin, reconnaître, accepter et exprimer ses émotions. Il n'y a rien de plus contre-productif que se battre contre une émotion, la repousser et la refouler. Elle reviendra en force un peu plus tard, d'une manière ou d'une autre. On a le droit de pleurer, on a le droit d'aller mal et on a le droit de le dire. Se l'autoriser va nous permettre une renaissance. Car l'énergie perdue à lutter contre nos émotions négatives, contre la tristesse, la déception ou les souvenirs négatifs, représente une énergie perdue. Une énergie que nous pourrions mettre pour nous reconstruire et pour nous engager dans des actions qui correspondent à nos vraies valeurs. Nous espérons tous que nos patients en auront un jour fini avec nous, qu'ils nous oublieront et découvriront que la vie est elle-même une thérapie qui a un sens. Winnicott, (1968, p. 122.)

Le terme « résilience » a été emprunté aux sciences physiques. A l'origine, la résilience est la capacité d'un métal à résister aux pressions et à reprendre sa structure initiale après avoir été déformé.

En psychologie, on appelle « résilience » la capacité à vivre, à réussir, à se développer en dépit de l'adversité.

Le concept a été découvert en 1982 par Emmy Werner. Cette psychologue américaine a suivi à Hawaï 700 enfants sans famille, sans école, vivant dans la rue et victimes d'agressions physiques ou sexuelles. Trente ans plus tard, la plupart d'entre eux étaient devenus des adultes détruits psychiquement. Cependant, 28% avaient réussi à apprendre un métier, fonder une famille, et ne souffraient pas de troubles psychiques majeurs. Elle en conclut que certains enfants avaient une capacité particulière à surmonter les traumatismes de la vie pour s'en sortir, et appela ces enfants des « résilients ».

« La résilience est la capacité d'une personne ou d'un groupe à se développer bien, à continuer à se projeter dans l'avenir en dépit d'évènements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes parfois sévères » (M. Manciaux et coll., 2001, p17).

5.2.1. Comment devient-on résilient ?

Le traumatisme

Pour Boris Cyrulnik, c'est à partir du moment où la personne subit un traumatisme qu'elle va tenter de le surmonter et mettre en place un processus de résilience.

Le traumatisme est donc l'agent de la résilience.

Rappelons que pour la psychanalyse, « le traumatisme est un évènement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre

adéquatement, le bouleversement et les effets durables qu'il provoque dans l'organisation psychique » (Laplanche, Pontalis, 1967)

Cette définition, tout en mettant en évidence l'origine interne et externe du traumatisme, montre que celui-ci est avant tout psychique, puisque ce n'est pas l'évènement en lui-même qui est traumatique, mais plutôt l'incapacité qu'à le sujet d'y faire face.

Boris Cyrulnik, il ne peut y avoir traumatisme que si 'il y'a une « effraction » qui provoque la déchirure de la bulle protectrice de l'enfant, si bien que celui-ci ne parvient pas à comprendre ce qui lui arrive. Son monde se désorganise et devient confus.

L'auteur utilise la métaphore du chemin pour illustrer cette idée : « le chemin de l'homme normal n'est pas dépourvu d'épreuves : il se cogne aux cailloux, s'égratigne aux ronces, il hésite aux passages dangereux et, finalement, chemine quand même ! Le chemin du traumatisé, lui, est brisé. Il y'a un trou, un effondrement qui mène au précipice. Quand le blessé s'arrête et revient sur son parcours, il se constitue prisonnier de son passé, fondamentaliste, vengeur ou soumis à la proximité du précipice. Le résilient, lui, après s'être arrêté, reprend un cheminement latéral. Il doit se frayer une nouvelle piste avec, dans sa mémoire, le bord du ravin. Le promeneur normal peut devenir créatif, alors que le résilient, lui, y est contraint ».

Des dispositions personnelles

Aujourd'hui encore, la notion de résilience est difficile à cerner compte tenu de la diversité des recherches et des points de vue sur ce thème. Certains la conçoivent comme un trait de personnalité acquis et stable, d'autres comme un processus. Or la résilience n'est jamais acquise une fois pour toute. Elle ne correspond donc pas à un type de personnalité précis.

Les partisans de la psychologie clinique psychanalytique conçoivent la résilience comme un processus et ont cherché à déterminer les mécanismes permettant au sujet de surmonter son traumatisme. Pour eux, la résilience s'effectue selon deux axes :

- Un axe intrapsychique, qui concerne les capacités propres à chaque individu.
- Un axe relationnel, qui concerne les liens que le sujet met en place avec son environnement.

Ainsi, tout comme il existe chez certains individus des facteurs de vulnérabilité au traumatisme (caractéristiques sociodémographiques, troubles psychiques préexistants, traits de personnalité, antécédents familiaux, expériences de l'enfance...etc.), il existe un certain potentiel de résilience chez d'autres.

Wolin et Wolin (1999) puis le psychanalyste P. Bessoles (2001) ont ainsi retenu sept caractéristiques de personnalité susceptibles d'avoir un rôle protecteur face aux événements difficiles :

- Perspicacité (capacité d'analyse, de repérage, de discrimination)
- Indépendance (capacité à être seul, autonomisation)
- Aptitude aux relations (facteur de socialisation)
- Initiative (capacité d'élaboration et de représentation)
- Créativité (capacité à créer des formations réactionnelles et substitutives)
- Humour (sublimation)
- Moralité (capacité à interroger les valeurs)

Ces traits de personnalité sont considérés comme des facteurs de résilience mais ils ne suffisent pas à eux seuls à développer ce processus.

Le fonctionnement de la résilience se décompose en deux temps :

- 1^{er} temps : Le temps du traumatisme : l'enfant résiste à la désorganisation psychique en mettant en place des mécanismes de défense qui vont lui permettre de s'adapter à la réalité frustrante.

- 2^{ème} temps : Le temps de l'intégration du choc et de la réparation. Intégrer ne veut pas dire « effacer » mais « faire avec ». Après l'effraction du traumatisme, il y'a un rétablissement progressif des liens, puis une reconstruction à partir de l'adversité. Cela passe par la nécessité de donner un sens à sa blessure.

L'évolution de ce processus tend vers la résilience quand l'enfant a retrouvé sa capacité d'espérer. Il pourra alors s'inscrire dans un projet de vie, et des choix personnels.

On voit bien que lorsque l'on parle de dispositions personnelles à intégrer un traumatisme, on fait appel à la notion de mécanismes de défenses adaptatifs.

5.2.2. Les facteurs extérieurs et environnementaux

Un enfant blessé semble avoir plus de chance de devenir résilient s'il est entouré et soutenu. Ainsi, de nombreux auteurs ont mis en évidence le rôle de l'environnement dans le processus de résilience.

Ils considèrent que des relations précoces de bonne qualité seraient à la base de la construction de la résilience et se centrent alors sur la théorie de l'attachement.

D'autres montrent l'importance de placer auprès de l'enfant des tuteurs de résilience.

Le type d'attachement

CyrułnikB insiste sur le fait que la résilience se construit dans la relation avec autrui. C'est ce qu'il appelle « un tricotage de l'attachement ». Cela signifie que pour devenir résilient, l'enfant doit avoir connu, avant le « fracas » du traumatisme, une certaine stabilité affective.

Il reprend ainsi, l'idée exprimée auparavant par J. Bowlby, puis par Mary Ainsworth, sur le lien d'attachement. Ces auteurs ont découvert que l'enfant dans les interactions avec sa mère, peut développer différents types d'attachement :

- Sécurisant (65 %)
- Ambivalents (10 %)
- Evitant (20 %)

Selon le type de relation qu'il aura réussi à établir, l'enfant saura plus ou moins bien se reconstruire après une blessure de la vie. Les enfants ayant un type d'attachement sécurisant seront les plus aptes à être résilients.

5.2.3. Les tuteurs de résilience

Les « tuteurs de résilience » ou « tuteurs de développement » sont des personnes qui, placée sur le chemin de l'enfant, vont le guider et le soutenir.

Pour cela il faut que s'effectue « la rencontre » c'est-à-dire « le fait que l'enfant résilient ait pu croiser et accrocher un jour un adulte, ou au moins un aîné, qui lui a apporté de l'aide, de l'affection et de l'estime ».

Les « tuteurs de résilience » sont donc les personnes qui rendent possible la reprise d'un développement après que l'enfant ait subi un traumatisme.

Ces tuteurs peuvent être un parent, un enseignant, éducateur, psychologue...etc. Toute personne qui va croire en lui, stimuler son développement, lui permettre de reprendre confiance en lui et d'avoir un projet d'avenir.

5.2.4. Les limites du concept de résilience

Nombreux sont les auteurs qui se montrent sceptiques face au concept de résilience. En effet, aujourd'hui encore, ses contours sont flous et sa définition reste superficielle.

Simple habillage commercial de concepts déjà connus pour certains (le processus de résilience peut recouper les notions de mécanismes de défenses et d'adaptation ou de coping et s'appuie sur le type d'attachement de l'enfant) ou glissement dangereux pour d'autres, comme le psychanalyste Serge Tisseron qui met en garde contre ce qu'il appelle « les pièges de la résilience ».

« La résilience, écrit-il, qui est en Amérique une vertu sociale associée à la réussite, est devenue en France une forme de richesse intérieure... »

Pour lui, une personne résiliente n'est pas libérée de ses souffrances, mais bien asservie aux mécanismes de refoulement et de compensation, aux schémas de comportement qui lui permettent, jadis, de survivre à un environnement hostile.

En effet, être riche et célèbre est le signe d'une réussite sociale mais n'a jamais été un gage de bonne santé mentale.

Le concept de résilience a connu un tel succès qu'il a été étendu à plusieurs domaines :

- en écologie, la résilience est la capacité d'un écosystème ou d'une espèce à récupérer un fonctionnement et/ ou un développement normal après avoir subi un traumatisme ;
- en économie, la résilience est la capacité à revenir sur la trajectoire de croissance après avoir encaissé un choc ;

- Dans le domaine de la gouvernance, de la gestion du risque et du social, la résilience communautaire associe les approches développées dans le cours en s'intéressant au groupe et au collectif plus qu'à l'individu isolé ;
- En informatique, la résilience est la capacité d'un système ou d'une architecture réseau à continuer de fonctionner en cas de panne ;
- Dans l'armement et l'aérospatial, la résilience dénote le niveau de capacité d'un système embarqué à tolérance de panne, de pouvoir continuer de fonctionner en mode dégradé tout en évoluant dans un milieu hostile.

Définition de international Association for the Study of Pain

« La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles ou décrites comme telles »

Même si elle n'est pas parfaite, cette définition est très complète. On comprend bien dans cette définition que :

- la douleur n'a pas besoin d'être associée à une atteinte des tissus observables, le danger peut être réel ou potentiel ;
- la douleur est multidimensionnelle, ce n'est pas qu'une sensation mais bien une expérience désagréable avec toutes les dimensions possibles (décrites dans la neuromatrice): sensorielles, affectives, cognitives.

Ce modèle suppose que toute douleur a une cause physiologique et que tout clinicien devrait être capable de trouver et traiter le problème physiologique.

Dans certains cas ce modèle est approprié. Par exemple quand vous avez mal à la gorge, le médecin diagnostique la cause de ce mal de gorge : provient-il d'une simple inflammation ? L'origine est-elle bactérienne, virale ? Et dans chacune des situations, la cause est traitée, si l'origine est bactérienne, des antibiotiques seront prescrits.

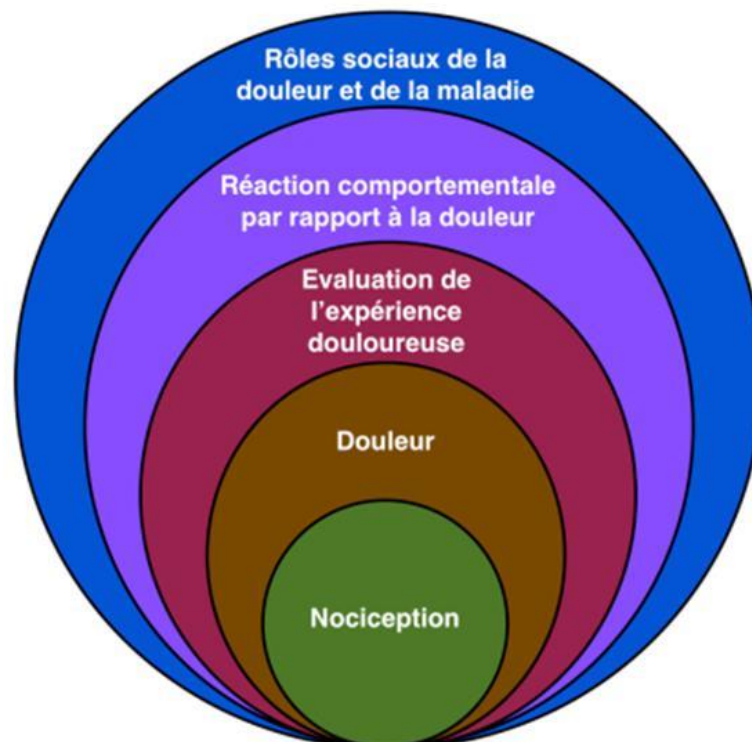
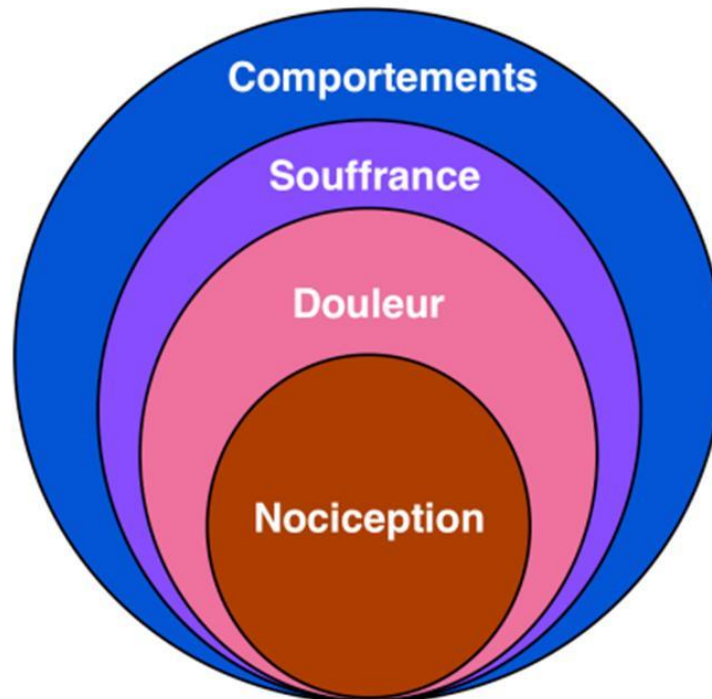
Dans le cas d'un traumatisme avec une fracture par exemple, la gestion médicale du problème apportera des solutions à la douleur le temps de la guérison.

Ce modèle biomédical est donc nécessaire quand on cherche la cause d'une maladie.

Lorsqu'il n'y a pas de lésion (pathologique ou traumatique), que la douleur soit aiguë ou chronique, le modèle biomédical de prise en charge de la douleur est inadapté.

Ce modèle est une approche complémentaire et alternative au modèle biomédical. Il est particulièrement plus adapté à la douleur chronique, ainsi qu'à la douleur aiguë (quand il n'y a pas de contexte pathologique).

Plusieurs personnes ont participé à l'élaboration de ce modèle et l'ont décrit de différentes façons (Engel, Loeser, Turk, Butler). Le schéma le plus utilisé pour représenter les différents aspects de l'expérience douloureuse est celui de Loeser 1982 (schéma ci-dessous).



- la nociception est le premier composant qui alerte de l'état d'un probable danger tissulaire (nocicepteurs et voies nociceptives);
- le deuxième composant est la douleur qui correspond au processus d'intégration des centres supérieurs et qui transforme l'information nociceptive en message conscient (expérience sensorielle et émotionnelle désagréable). C'est uniquement à partir de ce moment que les aspects psychosociaux de la douleur entrent en jeu (et pas avant) ;
- la composante de souffrance dans le modèle de Loeser, correspond à l'état émotionnel de détresse qui peuvent être provoqué par la douleur : peur, anxiété, dépression;
- le composant comportement est décrite par Loeser comme toutes les manifestations extérieures des personnes qui souffre accompagnant son expérience douloureuse. Ces comportements sont influencés par les expériences passées, les croyances, l'environnement culturel et social.

Le modèle de Turk et al 1999, est intéressant, il change la composante « souffrance » en « évaluation de l'expérience douloureuse ». Quelle importance le patient accorde-t-il à sa

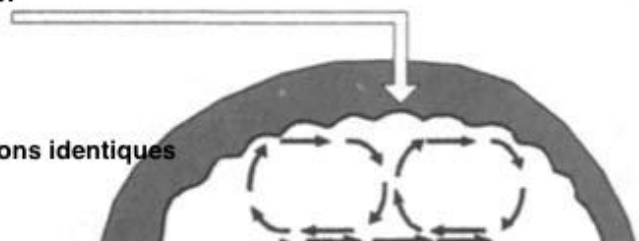
Au-delà de ces outils, il y a aussi la démarche de prise en charge en thérapie manuelle. Le modèle de prise en charge le plus avancé de la dernière décennie, et qui est eadéquation avec la neuromatrice et le modèle BPS, est celui de l'Organisme Mature développé par Louis Gifford (schéma ci-dessous). Il est dans la pure lignée holistique de la pensée Spinoziste. La douleur est considérée comme une sortie résultant d'un processus complexe qui permet de répondre biologiquement à une menace potentielle des tissus et/ou de l'environnement.

✚ **Gifford 1998, The mature organism model**

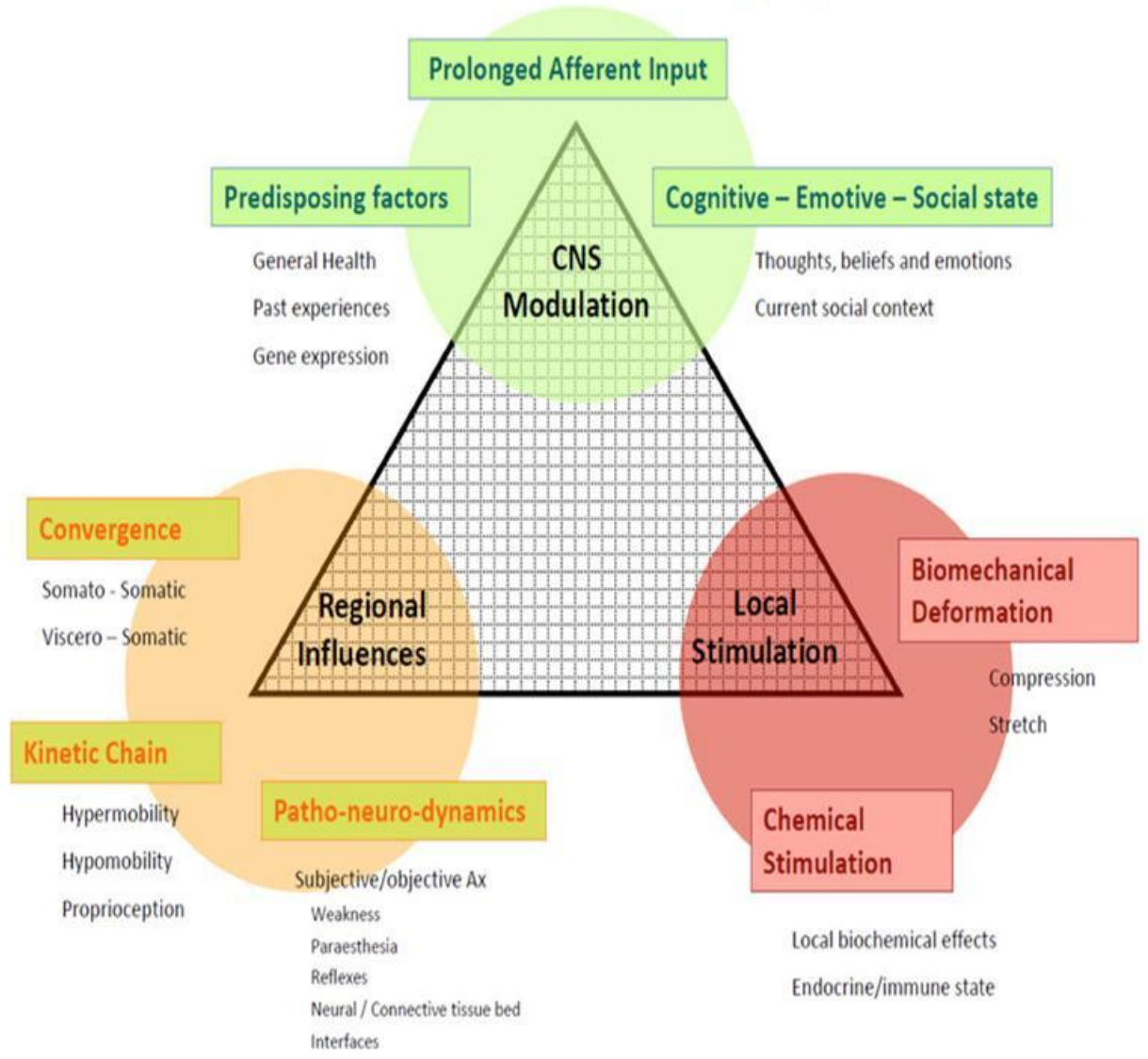
Ce modèle sert encore aujourd'hui de base à de nouveaux modèles émergents qui prennent en compte les processus neurophysiologiques impliqués, notamment le modèle de O'Shaughnessy et Jones :

Le cerveau examine minutieusement les informations:

- * Expériences passées
- * Connaissances
- * Croyances
- * Culture
- * Comportements bénéfiques passés dans les situations identiques observées chez lui ou chez les autres
- * Cône Moteur adaptatif et maladaptatif



Pain and Movement Reasoning Model



Pain and Movement Reasoning Model by Des O'Shaughnessy and Lester Jones is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 3.0 Unported License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/).

**DEUXIEME PARTIE :CADRE METHODOLOGIQUE ET
OPERATOIRE**

CHAPITRE 6 : METHODOLOGIE DE L'ETUDE

D'après ZumatwoSome (1977) « la méthodologie est l'ensemble des démarches, approches, susceptibles de permettre d'atteindre un objectif pédagogique ou une recherche à caractère scientifique ou autre ». La méthodologie peut se définir comme étant l'étude du bon usage des méthodes et techniques Aktouf (1987 ; 28). Elle est une « étude des méthodes propres à une science » Larousse (2003). Alors que la méthode est considérée comme un ensemble de procédés, qui permet au chercheur d' « indiquer le plan de vol en occurrence la manière dont s'effectuera la recherche » NTEBE BOMBA (1991 ; 75). La méthode désigne aussi la « manière d'agir pour atteindre un but » Sillamy (1983 ; 179). Ainsi, dans ce chapitre, il sera question pour nous de rappeler les éléments importants tels que le problème scientifique de la recherche, la question de recherche ; les hypothèses de recherche et leurs modalités de part et d'autre, l'approche de l'étude, le cadre de l'étude la population ; l'échantillon et la méthode d'échantillonnage ; les instruments de collecte des données ainsi que les difficultés rencontrées lors de la passation et même pendant le dépouillement.

6.1. Rappel de la question de recherche

La question qui oriente toute la recherche est ciblée sur un problème de recherche et sur ce qui est nécessaire pour atteindre le but fixé. Nous pouvons la formuler ainsi :

QR « Le vécu des pertes d'autonomie des personnes victimes d'AVC détermine –t-il l'instabilité psychosociale de la famille ? »

6.2. Rappel des hypothèses de recherche

Notre réponse à la question de recherche n'est rien d'autre que notre hypothèse générale qui suit ;

6.2.1. Hypothèse Générale Elle est une réponse a priori à la question principale.

HG : « Le vécu des pertes d'autonomie des personnes victimes d'AVC détermine l'instabilité psychosociale de la famille ? »

Elle est trop générale pour conduire avec assurance à notre objectif. D'où la nécessité de formuler les hypothèses spécifiques.

6.2.2. Hypothèses Spécifiques (HR)

HR1 : « Levécu de l'incontinence urinaire et fécale les personnes victimes d'AVC détermine l'instabilité psychosociale de la famille »

HR2 : « le vécu de l'hémiplégie avec atteinte partielle à gauche ou à droite chez des personnes victimes d'AVC détermine l'instabilité psychosociale de la famille »

HR3 : « le vécu de la perte de parole chez des personnes victimes d'AVC détermine l'instabilité psychosociale de la famille »

HR4 : « le vécu de la perte de vision chez des personnes victimes d'AVC détermine l'instabilité psychosociale de la famille »

6.3. Cadre d'étude

Notre travail s'est déroulé au Cameroun dans la région du centre et plus précisément dans certains quartiers des Arrondissements de (Yaoundé (1 ;Emana), (3 ; Nsiméyong), (4 Mimbouman),(6 :Obili, Etoug-Ebé, Melen), (7 ;Nkolbisson)) du département du Mfoundi que voici :

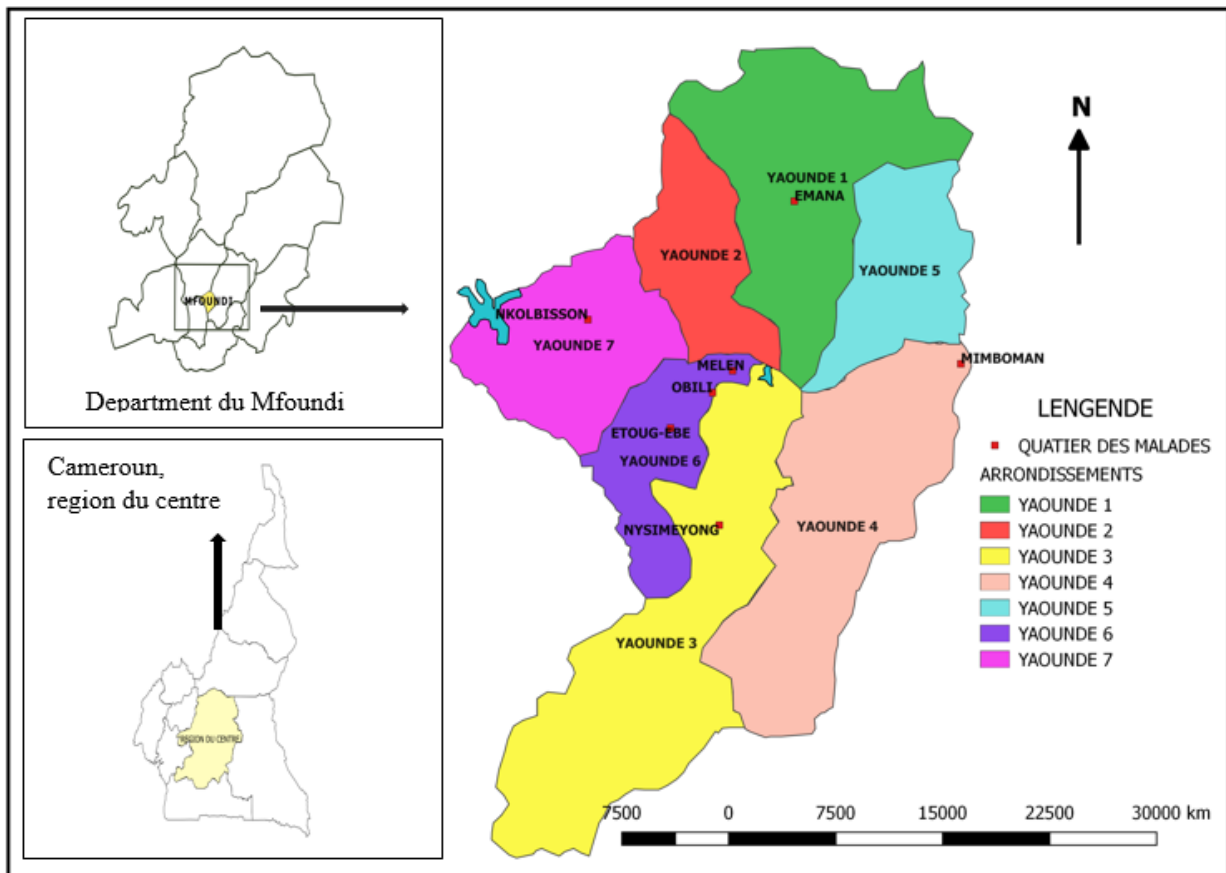


Schéma 2 : Carte du Département du Mfoundi et ses Arrondissements

Source : Communauté Urbaine de Yaoundé (CUY/2007)

6.4. La population de l'étude

Aktouf (1987 ; 71) définit la population comme « ensemble indifférencié des éléments parmi lesquels seront choisis ceux sur qui s'effectueront les observations ». Elle désigne « un ensemble dont les éléments sont choisis parce qu'ils possèdent une même propriété et qu'ils sont dans la même nature » Grawitz (1986 ; 794). La population est aussi l' « ensemble des personnes d'une catégorie » Robert (2009 ; 328). Au regard de ces multiples définitions nous pouvons dire que la population renvoie à l'ensemble d'éléments ayant les mêmes caractéristiques et sur lesquels porte une étude statistique. La population permet de rendre possible la collecte des données et elle est l'un des éléments fondamentaux qui atteste la faisabilité d'une recherche. La population se subdivise en deux sous populations qui sont la population cible et la population de recherche.

6.4.1. La population cible

Elle est encore connue sous les appellations de population souche et de population parente. La population cible désigne celle qui est concernées d'une manière globale par l'étude. Elle est en d'autres mots l'ensemble d'éléments qui intéresse le chercheur dans une étude donnée. Enfin, c'est aussi l'ensemble d'individus sur lequel les résultats de la recherche peuvent être appliqués. En effet dans le cadre de notre étude elle est constituée de l'ensemble des personnes victimes d'accident vasculaire cérébral et leur famille.

6.4.2. La population accessible

Elle est un sous ensemble de la population cible disponible pour le chercheur et remplissant les conditions de recherche que le chercheur s'est données. La population accessible est celle qui est directement et aisément à la porte du chercheur. Celle-ci peut la dénombrer, car en plus de son accessibilité elle est moins large que la population parente. Dans le cadre de cette étude elle est constituée des personnes victimes d'accident vasculaire cérébral. Surtout ceux qui sont du retour à domicile. Et qui ont déjà fait au moins six mois depuis la survenue de l'AVC.

Tableau 1 : Présentation de la population accessible

Répartition des personnes victimes d'AVC selon le sexe	Effectifs	pourcentages
Hommes	05	55,56%
Femmes	04	44,44%
Total	09	100%

Tableau 2 : Répartition des victimes d'AVC par tranche d'âge

Personnes victimes d'AVC selon les intervalles d'âge	effectifs	pourcentages
De 20 ans a 40 ans	04	44,44%
De 40 ans a 60 ans	01	11,11%
De 60 ans et plus	04	44,44%
Total	09	99,99%

6.5. Les instruments de collecte des données

L'instrument de collecte des données est « l'outil dont la fonction essentielle est de garantir une collecte d'observations scientifiques acceptables et réunissant suffisamment d'objectivité et de rigueur pour être soumise à des traitements analytiques » Aktouf (1987 ; 81). Nous pouvons ajouter qu'un instrument de collecte de données est un support conçu par le chercheur en tant qu'autorité scientifique, et choisis par l'auteur de la recherche en fonction des exigences et des orientations de la recherche qu'il mène et qui lui permet de récolter les informations, nécessaires à la réalisation d'une étude. En recherche plusieurs instruments permettent aux chercheurs de recueillir des données. Par exemple nous avons cité comme instrument de recherche les interviews, les questionnaires, les tests, les échelles, les entretiens. Dans le cadre de notre étude, nous avons trouvé mieux d'utiliser les entretiens.

6.5.1. L'entretien

L'entretien est une technique de recueil d'informations qualitatives permettant de rassembler des faits et opinions des personnes interrogées sur un sujet donné. Il existe trois types d'entretien. En général, c'est la thématique de recherche qui détermine le type d'entretien que le chercheur peut utiliser.

✚ L'entretien non-directif

L'entretien non-directif : dans ce type d'entretien, l'enquêté annonce le thème de l'entretien sans poser de questions directes. Il donne à l'enquêté la liberté d'organiser son discours comme il le souhaite. Le rôle de l'enquêteur dans ce cas n'est pas d'encourager l'informateur à parler. Au contraire, il doit adopter une position neutre. Et il doit apparaître comme une personne capable d'écouter et d'accepter les propos des informateurs. L'enquêteur peut intervenir mais uniquement pour manifester son accord à travers des termes comme (oui, je vois, je suis d'accord, ensuite). L'avantage de ce type d'entretien est qu'il est accessible à plusieurs personnes car il ne nécessite pas de compétences particulières. Cependant, il a l'inconvénient de ne pas délimiter le sujet précis sur lequel l'informateur va parler. De ce fait, l'informateur aborde le thème de l'enquête de façon générale (Blanchet et Gotman, 2010).

✚ L'entretien directif

L'entretien directif : ce type d'entretien se rapproche de la méthode du questionnaire. En effet, avant d'aller sur le terrain, le chercheur établit une série de questions précises qu'il va poser aux interviewés. Dans un souci de comparer scientifiquement les données, le chercheur va poser les mêmes questions à tous les interviewés. Certes, ce type d'entretien est sécurisant pour le chercheur. Ce dernier arrive avec une série de questions préétablies. Mais, il ne laisse qu'un petit large de manœuvre à l'enquêté. A cause des limites que lui pose l'enquêteur, l'enquêté n'aura pas une grande liberté pour s'exprimer (Blanchet et Gotman, 2010).

✚ L'entretien semi-directif

L'entretien semi-directif : ce troisième type d'entretien se situe entre l'entretien directif et non directif. Il se caractérise par le fait qu'il laisse à l'interviewer un espace assez large pour donner son point de vue. L'enquêteur pose des questions et laisse l'enquêté répondre en toute liberté. Le rôle de l'enquêteur dans ce type d'entretien est d'encourager l'informateur à parler et donner davantage d'information sur la thématique de sa recherche. Les questions posées dans ce type d'entretien sont relativement ouvertes. L'enquêteur doit les recentrer afin de ne pas perdre de vue l'objectif qu'il s'est fixé (Blanchet et Gotman, 2010).

Dans le cadre de notre travail nous avons utilisé l'entretien semi-directif car il permet de centrer le discours des personnes interrogées autour du thème défini préalablement et consignées dans un guide d'entretien (un certain nombre de thèmes ou de questions à explorer) contrairement à l'entre directif, l'entretien –semi-directif n'enferme pas le discours de l'interviewé dans les questions prédéfinies ou dans un cadre fermé. Il lui laisse la possibilité de développer et d'orienter ses propos, les différents thèmes devant être interrogées dans le fil

discursif de l'interviewée. Puis, au cours de l'entretien, il veille à ce que l'ensemble des points soient abordés par l'interviewé et à son gré c'est-à-dire dans un ordre qui peut être différent de celui prévu par l'interviewer. Si l'interviewer s'aperçoit (notamment vers la fin du temps prévu pour l'entretien) que des points ne sont pas abordés spontanément par l'interviewé, il peut alors intervenir directement par une question ouverte pour obtenir l'expression désirée. Au cours de ce type d'entretien et durant l'exploration de chaque thème ou question, l'attitude de l'Interviewer reste la plus "non-directive" possible (c'est-à-dire interventions de type écoute empathique, reformulation, ou éventuellement question ouverte pour faciliter l'expression sans pour autant suggérer des pistes de réponse ou manifester un quelconque jugement). L'entretien semi-directif permet de recueillir des informations de différents types ; Des faits et des vérifications de faits, des opinions et des points de vue, des analyses, des propositions, des relations aux premières hypothèses et conclusions des évaluateurs. C'est une technique qui peut être utilisée à tout stade de processus d'évaluation pour établir une théorie sur le programme évalué, identifier les problèmes, besoins et améliorations nécessaires.

6.5.2. Justification de l'usage de l'instrument.

Nous avons fait usage de l'entretien semi-directif parce que nos sujets sont des malades ou des anciens malades de l'AVC et qui non seulement ont la possibilité de dire et de qualifier le vécu de leur souffrance, mais de partager qualitativement au sujet des informations que nous recherchons en fonction des pistes de notre grille d'entretien.

6.5.3. La grille d'entretien

Ce travail porte sur le trouble d'affectivité chez les personnes victimes d'accident vasculaire cérébral (AVC). Nous souhaitons s'entretenir avec vous au sujet de ce thème. Votre identité ne fera pas l'objet d'une publication.

Item1 : Identification du sujet

- Age. Sexe ;
- Situation matrimoniale et sociale.
 - Lieu de résidence.
 - Type de famille d'origine ;
 - Profession ;
 - Niveau d'étude.
 - Diplôme-le plus élevé ;

- Religion.

Item2 : Trouble d'affectivité

- Selon vous à quoi renvoi un trouble d'affectivité ?
- Combien de types de troubles connaissez-vous ?
- Quelle est la représentation que vous avez de ces troubles ?
- Combien de fois avez- vous été affecté et dans quelles circonstances ?
- Que pensez-vous des dires de votre entourage au sujet de ces troubles ?

Item3 : Accident Vasculaire Cérébral (AVC)

- Avez-vous connaissance de l'AVC ?
- De ses causes ? De ses conséquences
- Avez-vous été victime de l'AVC ? Si oui où ? Et quand ?
- Combien de fois ?
- Dans quelles conditions avez-vous été victime de l'AVC ?
- Comment a été faite votre prise en charge médicale et socio-familial ?
- Présentez-vous encore des séquelles ? Si oui comment les vivez-vous ?
- Cette maladie a-t-elle frappe en dehors de vous d'autres personnes au sein de votre
- Famille ? Si oui combien de personnes ou de fois ?.....
- Y-a-t-il eu des cas de mort suite à l'AVC dans la famille ?
- Si oui combien de fois ?.....

Item4 : Le vécu de la maladie : attitude et comportement du patient

- Comment avez su que vous étiez victime d'un AVC ?
- La situation de votre mal vous a mis dans quel état de nos jours ?
- Avez-vous des reproches contre : Vous-même ?
- Pourquoi ?.....
- Contre d'autres personnes ? Oui. Si oui qui sont-ils ? Mon oncle...*et pourquoi ?*
- Comment gérez-vous votre étactuel aussi bien que vos rapports avec votre entourage ?
- Prenez-vous toujours vos médicaments ? Et pourquoi ?-avez-vous intégrez la pratique d'un sport dans vos comportements ? Oui. Le quel ?
- Quel type de rééducation pratiquez-vous au quotidien ?.....
- Quel rapport entretenez avec vos éducateurs spécialisés ?

6.5.4. Les conditions de passage nos entretiens

Pour entrer en contact avec notre échantillon nous avons consulté les registres de l'Hôpital de Biyem-Assi et ceux du centre de cardiologie. Nous avons relevé les contacts de patients et les personnes à contracter en d'urgence qui résident dans la ville de Yaoundé. C'est ainsi que parmi les dix-sept qui avoient été consulté entre 2016- 2017, c'est-à-dire les patients qui sont à au moins cinq mois d'expérience de la maladie. Nous avons pu mettre la main sur dix cas dont il fallait appeler pour prendre un rendez-vous d'entretien, dans cinq arrondissements sur sept du département de Mfoundi. De ces dix cas l'un d'eux est décédé avant la date arrêtée pour l'entretien. Nous avons travaillé avec neuf cas qui constituent l'échantillon de cette étude.

Pour passer l'entretien, nous avons pris des rendez-vous avec nos différents sujets en fonction de leur humeur de la journée et de la disponibilité de la famille. Il fallait se soumettre à leurs caprices, être indulgent et tolérant, de temps en temps certains décidaient d'arrêter l'entretien alors que nous allions vers la fin de celui-ci ce qui nous imposait de recommencer un autre jour de la semaine. Quand tout se passait normalement ; sans incident nous prenions 25min pour ne pas trop les fatiguer ou réveiller en eux les assoupissements des douleurs et de la souffrance.

CHAPITRE 6 :ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS

Dans cette partie nous allons présenter nos sujets, ensuite nous procéderons à la description de la grille d'analyse et interprétation de nos résultats. Pour envisager une analyse fiable, nous aurons aussi besoin d'identifier et de décrire les mécanismes de défense mis en place par nos cas pour protéger leur moi intime des affectes qu'ils jugent négatifs, dans la perspective de dissimiler les comportements recherchés dans leur discours à priori subjectif. Nous examinerons comment ces mécanismes de défense peuvent opérer en chacun de nos cas surtout lors des entretiens cliniques avant de procéder à l'analyse proprement dit et à l'interprétation de nos résultats à la lumière de trois théories : la théorie freudienne de la souffrance sociale, la théorie de la résilience Boris Cyrulnik, et la théorie de la douleur et modèles de prise en charge de la douleur de Melzack (1999). Enfin, nous allons dégager les principaux enseignements que nous pouvons tirer de cette étude et terminerons par la validation de nos hypothèses.

6.1.Présentation des sujets

6.1.1. L'âge

Nos cas sont d'âge moyen compris entre 21 et 87 ans. Ce qui montre qu'il n'existe pas d'âge révolu pour être victime d'un AVC. Parmi nos cas il y a les jeunes, les adultes et les vieillards. Le tableau 1, présente nos neuf cas avec leur âge.

Dans cette partie d'analyse, nous allons procéder à l'analyse des cas regroupés.

Dans les 09 cas que nous avons recensés, les âges varient de 21ans à 87ans.

Tableau 3: Ages des 09 cas

Cas N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ages	37ans	21ans	33ans	33ans	63ans	60 ans	87ans	77ans	63ans

Le tableau 3 présente les différents âges de nos cas. Le cas n°2 qui soit le plus jeune de sexe masculin et Cas N°7 comme étant le cas le plus âgé. L'âge moyen des cas est 44ans une semaine un jour, ce qui ne permet plus au sujets de bien gérer leur situation de souffre et s'engager sur les perspectives de résolution de leurs difficultés sociales. La perte de confiance. Les différents cas ne présentent pas de problèmes de chômage se débrouillent d'une manière ou d'une autre et ont des niveaux acceptables pour certains le probatoire, le bac et même des diplômes du supérieur.

6.1.2. Situation matrimoniale et sociale

Elle est présentée dans le tableau ci- dessous

Tableau 4: Situation matrimoniale et sociale

	célibataire	Marié(e)	Sexe	Nombre d'enfant	Divorcé
Cas N°1	oui	Non	Masculin	03	non
Cas N°2	oui	Non	Masculin	01	non
Cas N°3	oui	Non	Masculin	02	oui
Cas N°4	oui	Non	Féminin	0	non
Cas N°5	oui	Non	Féminin	06	oui
Cas N°6	non	Oui	Masculin	07	non
Cas N°7	non	Oui	Féminin	08	non
Cas N°8	non	Oui	Masculin	08	non
Cas N°9	non	Oui	Féminin	01	non

Le tableau 4 ci-dessus présente 09 cas, parmi lesquels 04 sont mariés, soit 02 hommes et 02 femmes. Tous les 04 présentant un effectif total de 24 enfants et n'ont jamais fait l'objet du divorce. Cinq cas sont des célibataires soit 02 hommes et 03 femmes présentant un effectif total de 12 enfants. Le célibat est plus répandu que le mariage. Au regard du tableau 07, les cas mariés sont inférieurs aux cas célibataires, ce qui suppose que la situation matrimoniale et sociale n'est pas bonne pour l'ensemble de nos cas et peut influencer négativement sur leur état de santé déjà précaire et affaibli par l'AVC. On note ici les problèmes de confiances, de perte de confiance, la perte du travail, de la pauvreté comme ensemble des facteurs qui plongent davantage les sujets dans les situations de troubles.6-1-3) La religion.

Tableau 5: La religion des différents patients

Religions	Catholique	Protestante	Pentecôtiste	Musulmane
N° des cas				
Cas N°1	Oui	Non	non	non
Cas N°2	Non	Oui	non	non
Cas N°3	Non	Non	rétrograde	non

Cas N°4	Non	Non	oui	non
Cas N°5	Oui	Non	non	non
Cas N°6	Oui	Non	non	non
Cas N°7	Non	Oui	non	non
Cas N°8	Oui	Non	non	non
Cas N°9	Non	Oui	non	non

Le tableau5ci-dessus montre que parmi nos 09 cas, 04 sont Catholique, 03 protestantes et une pentecôtiste. Ceci peut traduire le fait que la religion permet à l'Homme de développer sa foi lui permettant de faire face à un certain nombre de difficultés.

6.2. Analyse des récits des patients

6.2.1. Les organisations psychopathologiques dans l'AVC

Les symptômes qui se manifestent chez les sujets ayant été victimes de l'AVC et en situation de convalescence à la maison peuvent être analysés sémiologiquement en se référant sur quelques organisations psychopathologiques que la recherche peut multiplier à mesure des découvertes.

L'AVC à partir des symptômes observés traduire une manifestation neurobiologique. Mais dans notre contexte serait une maladie psychosomatique, une paralysie du corps ou des parties du corps perçu comme parties ne pouvant plus fonctionnées ou tout simplement mortes.

La psychosomatique peut être l'expression corporelle des conflits psychiques qui peinent à être élaborées où sont mal élaborés psychiquement. Or, chez les sujets, on rencontre beaucoup de symptômes qui s'apparentent comme telles : mal de ventre, boutons qui sortent sur le corps (cas 5) et (cas7) ; mal de cœur (cas 3) ; manque d'appétit, algie du corps (cas6) ; mal de tête, mal de dos (cas 2) ; etc.

Ce qu'on constate chez la plupart d'entre eux, c'est le manque de liaison de ces symptômes à une étiologie médicale connue, après la prise en charge médicale, surtout dans le sens des engagements psycho sociaux. Pour la plupart, ils ont fait les hôpitaux modernes sans suite favorable. On pourrait à la lumière de ceci se dire que, c'est une forme de mentalisation que les sujets manifestent sur leurs souffrances. Que non ! Nous avons ici affaire à une réponse étiologique qui n'est en rien élaborée psychiquement, puisqu'elle a toujours été suggérée au patient par la famille qui amène toujours les sujets à consulter les spécialistes de la rééducation

fonctionnelle, alors qu'eux, à leur niveau demeurent passifs, sans prendre aucune initiative, si ce n'est celle proposée par la famille.

Ce que nous retenons comme symptômes au plan psychologique et psychique est que les symptômes psychiques de l'AVC se résument au sentiment affectif, d'angoisse, à une répétition quasi compulsive des idées d'abandon, d'isolement, de perte d'autonomie comme si l'évolution individuelle était soumise à une inhibition très forte.

La culpabilité se structure d'après ce qu'on observe selon un ordre social établi. Le sujet se sent coupable parce qu'il n'a pas fait un certain nombre d'activités, il voit le temps passé et est condamner surplace. Culpabilité qui ne s'établit pas seulement sur la société actuelle et réelle dans laquelle l'individu vit mais surtout au sein de ses proches ou de sa fratrie.

Le vécu de la souffrance chez les sujets

Le vécu de souffrance qu'expriment les sujets est multiforme. Cette expérience de déplaisir est un mélange de souffrances physiques, sociale et de souffrances psychologique. Ces souffrances ne sont pas seulement exprimées sur le plan individuel, mais elles se présentent aussi comme quelque chose qui irradie toute la famille. Les souffrances dont il est question ici irradient la famille, parce qu'elles obéissent à un procédé de contagion. Cette contagion s'apparente à celle qu'on connaît d'une crise sociale, et dont qui passe d'un individu à un autre, selon sa situation existentialiste.

Trouble d'affectivité

Les différents cas sont diversifiés au sujet de l'étiologie et du vécu de leur trouble d'affectivité.

Pour certains, le célibat et/ou le divorce constitue l'étiologie principale voir première de leurs troubles. Du point de vu des résultats recueillis, il ressort que la séparation, la pauvreté, le manque de confiance, la perte d'un être cher, la perte de son emploi, le vol et le viol constituent la matière première de leur étiologie et engage le cas 2 des troubles tels que l'incontinence fécale et urinaire, la perte de la parole, la perte de la vision et les hémiplegies. Le cas 3, montre que le trouble d'affectivité renvoi à la perte d'un être cher, les déceptions amoureuses, la pauvreté ce qui se refaire à la mort de mon père, la séparation avec la mère de mes enfants, l'abandon de mes enfants par leur maman, la perte de mon emploi. L'ensemble de tous ces problèmes qui seraient à l'origine de l'hémiplegie chez ce patient convalescent. Le cas 4 pour lui les troubles d'amour, de relation, la perte de ses diplômes, la maladie chronique sont les causes de tout ce dont elle souffre à savoir l'incontinence fécale et urinaire, la perte de la parole, la perte de la vision et les hémiplegies. Le cas 5 en ce qui le concerne est troublé par le départ

de son mari, l'abandon des enfants, la pauvreté, la déception. C'est ce qui est à la base des violents maux de tête, la fatigue et l'hémiplégie. Pour le cas 6 l'hérédité (il y a beaucoup de personnes hypertendues dans sa famille et c'est l'ITA qui a tué sa mère) et la négligence car il n'a jamais contrôlé sa glycémie et sa tension artérielle. Cette négligence fait partir de l'étiologie de ses violents maux de tête, de la fatigue et de l'hémiplégie. Pour le cas 7, le deuil, le divorce, la maladie, la pauvreté, le viol sont les causes de ses troubles qui sont l'incontinence fécale et urinaire, la perte de la parole et l'hémiplégie. Ainsi le trouble d'affectivité pour lui renvoi à tout ce qui est problème, qui menace la paix individuelle et familiale. Quant au cas 8 le trouble d'affectivité a pour étiologie l'ensemble des problèmes vécu par un individu. Parmi les problèmes du cas huit on a noté la perte d'un être cher, le vécu des maladies chroniques, la pauvreté. Autant de difficultés qui ont été à l'origine de l'hémiplégie. Il ressort du cas 9 que l'oppression, le rejet de l'autre, les difficultés à surmonter ses problèmes, le surmenage dans le travail, le manque de sommeil ou le sommeil insuffisant, la maladie d'une personne que tu aimes sont à l'origine des troubles d'affectivité et ont pour conséquence, l'incontinence fécale et urinaire, la perte de vision et l'hémiplégie.

Il ressort de cette analyse que l'étiologie des troubles d'affectivité est entre autre la perte d'un être ou un travail ou le dysfonctionnement de quelque chose à laquelle le sujet s'attachait au niveau de la ligne familiale ou sociale: la perte, la mort d'un être cher ou le deuil, la perte d'emploi, la perte des diplômes, la perte du sommeil, la perte de sa virginité, la perte de la jeunesse ceci ressort au moins neuf dans le discours des patients autrement dit chaque cas a mentionné au moins une perte qu'il regrette ; le divorce, la séparation ou l'abandon en ce qui concerne la vie des couples que mentionne les marié(e)s et même les célibataires à charge. La pauvreté qui n'est pas la moindre, elle ressort dans le discours d'au moins cinq cas. A ceci s'ajoute les déceptions : c'est le cas 1 ou ses deux concubines l'on quitté, du cas 3 dont sa femme est partie, et du cas 6 qui a été abandonné par le mari. Les troubles de relation, les maladies chroniques : le rejet et le viol. Ce sont tous ces problèmes qui sont cause des troubles d'affectivité, des traumatismes, et même des maladies chroniques et les maladies cardiovasculaires à l'instar de l'AVC.

Le discours explicite de chaque cas ne pouvant rendre compte que partiellement de ce qu'il communique. Nous avons jugé bon de prendre en considération les éléments non verbaux de leur discours (Jacobi : 1995). C'est-à-dire, l'ensemble des réactions en particulier ; la mimique, la gestuelle, le regard, et les silences.

6.2.2. La mimique et la gestuelle

La mimique et /ou la gestuelle est « le moyen de communication le plus archaïque et qui existe depuis toutes les premières semaines du bébé » Poussier (1997 : 43). La mimique est un moyen de communication volontaire destinée au visage et au regard de la mère et bien sûr toutes les émotions s'y expriment, traduisant extérieurement les affects intérieurs, en particulier l'affection et l'agressivité. On peut dire que la gestuelle et la mimique du corps indiquent nettement les intentions d'accueil ou de rejet. Tous ces messages émis peuvent converger ou se contredire.

Le regard

Pour Nougue(2002) cité par Bemouyime (2010), le regard est un aspect privilégié de la communication et de la réciprocité ; il assure le maintien de contact avec l'autre. Lorsque je regarde l'autre qui me regarde, je sais que la communication entre nous est établie ; autrement dit le regard est un moment fondateur de l'échange. Lorsque nous regardons quelqu'un dans les yeux, nous sommes en contact d'intimité réciproque et lorsque nous détournons le regard nous rompons délibérément la communication. Les qui s'aiment, par le regard, son en relation fusionnelle et toute l'affectivité peut s'y exprimer.

Le silence

Pour Proia (2004) le silence n'est qu'apparemment une absence de communication, le plus souvent lourd de sens. En clinique et en psychothérapie, des séances entières peuvent être silencieuses. Ce silence peut être défensif, voire agressif mais également profondément fusionnel, toute à fait heureux et privilégié. Dans certaine recherche, le silence de l'autre doit être géré, c'est-à-dire d'abord respecté. Plus on est anxieux moins on supporte le silence de l'autre. Le silence dans cette perspective peut aussi être un espace de projection facile, il doit toujours se remplacer dans le sens le plus général de la communication du sujet.

Nous pouvons conclure avec Lebovici (1999) que,la demande du sujet soit diagnostic ou thérapeutique, il est impossible pour nous de séparer les deux finalités, comprendre et aider, on ne peut pas aider quelqu'un que l'on n'a pas compris. Lorsque l'on s'engage dans une relation établie lors des entretiens, on comprend de mieux en mieux le cas étudié ; mais il y a de réels obstacles affectifs et intellectuels à cette compréhension et la simplicité apparente d'un entretien est tout à fait trompeuse. Il n'y a aucune méthode objectivement infaillible qui permette de réussir un entretien et il y a une multitude de raisons de subjectives pour échouer. La seule chose dont nous soyons sûrs est que l'efficacité de la communication provient beaucoup moins de ce que nous savons du sujet que de l'écoute de ses propres émotions que nous trouvons le sens de l'émotions de l'autre.

Une fois l'analyse terminée, nous pouvions alors interpréter nos cas et la théorie employée. Nous avons pu procéder à cette interprétation à la lumière de la théorie

Le silence n'est qu'apparemment une absence de communication, le plus souvent lourd de sens. En clinique et en psychothérapie, des séances entières peuvent être silencieuses. Ce silence peut être défensif, voire agressif mais également profondément fusionnel, toute à fait heureux et privilégié. Le silence de l'autre doit être géré, c'est-à-dire d'abord respecté. Plus on est anxieux moins on supporte le silence de l'autre. Le silence dans cette perspective peut aussi être un espace de projection facile, il doit toujours se remplacer dans le sens le plus général de la communication du sujet.

Nous pouvons conclure avec Lebovici (1999) que, la demande du sujet soit diagnostic ou thérapeutique, il est impossible pour nous de séparer les deux finalités, comprendre et aider, on ne peut pas aider quelqu'un que l'on n'a pas compris. Lorsque l'on s'engage dans une relation établie lors des entretiens, on comprend de mieux en mieux le cas étudié ; mais il y a de réels obstacles affectifs et intellectuels à cette compréhension et la simplicité apparente d'un entretien est tout à fait trompeuse. Il n'y a aucune méthode objectivement infaillible qui permette de réussir un entretien et il y a une multitude de raisons subjectives pour échouer. La seule chose dont nous soyons sûrs est que l'efficacité de la communication provient beaucoup moins de ce que nous savons du sujet que de l'écoute de ses propres émotions que nous trouvons le sens de l'émotion de l'autre.

CHAPITRE7 :INTERPRETATION DES RESULTATS, ET SUGGESTIONS

7.1. Interprétation des résultats

Pour interpréter nos résultats, nous allons faire appel aux données théoriques contenues dans la partie théorique de ce mémoire, en s'appuyant sur les théories explicatives de notre travail. Celles-ci concernent les notions de conception et vécu des pertes d'autonomie des personnes ayant été victime de l'AVC et dont une prise en charge psychosociale est pratiquée pour restaurer leur autonomie fonctionnelle.

La notion de vécu implique deux dimensions qui sont centripète (centre sur le sujet) et centrifuge ; Ce qui impose son orientation, sa tendance vers les objets extérieurs nous rappellent ce que les philosophes définissent par intentionnalité (Brentano, 1914). Elle implique aussi la possibilité d'auto-résonance du sujet à ses propres réactions. Sur ce plan, le sujet non seulement est le fait, mais est aussi continuellement la manière dont il vit le fait, la problématique du vécu impliquant donc que le vécu devient l'une de ses sources énergétiques. La prise en charge du patient de l'AVC ou du sujet qui en résulte les séquelles neurologiques est un ensemble d'activité sur les plans psychologique et sociale qui vise la restauration des sujets et de leurs structures sociale et familiale.

Concernant la conception et le mode générale de la maladie de l'AVC et des troubles de l'affectivité, nos différents cas pensent que la maladie de l'AVC est une maladie de la dépendance, de la souffrance du sujet malade et de sa structure familiale. Les troubles de l'affectivité qui en découlent sont à l'origine des culpabilités et des angoisses que vivent non seulement ceux qui sont souffrants mais au-delà de la famille, le social en général. La prise en charge est longue du fait de la rééducation lente continue et progressive. La pathologie a des dimensions sociales et représente du point de vue de la nosologie trois niveaux à savoir le diabète, la tension artérielle et le stress qui émerge le fonctionnement mental du sujet ou l'inconscient collectif du groupe familial. L'AVC comme pathologie neurophysiologique et dont la nosologie médicale renvoie aux correspondances des troubles d'angoisse, de dysfonctionnement de la personnalité et d'isolement au premier rang desquels les névroses d'abandon.

Les faits liés à l'importance accordée à l'AVC renvoient à l'hémiplégie et à la mort. Ils sont utilisés en tenant compte des exigences de la réalité familiale et de l'apport social, de l'entretien visant à conduire le patient à faire résilience et à retrouver son autonomie autant que

faire se peut, ses faits exposent le patient au travers des troubles d'affectivité. La dimension utilitaire de ces faits est de régler une prise en charge psychosociale.

Le fait de parler de sa culpabilité au thérapeute signifie au plan de l'interprétation que le malade regrette fort bien les actes posés ou les comportements à risque au plan de l'hygiène alimentaire et de vie qui ont été posés par lui ou par son environnement social. Il surmonte ou surpasse la honte dans l'espoir d'avoir une bonne santé, cas faire les selles sur place et sur lui-même un fardeau énorme, un prix à payer pour ses déviances du passé. Ces aveux en terme de reconnaissance personnelle passe comme pratique relance de la prise en charge psychosociale dans le domaine de la thérapie et renvoie à un ensemble de comportement et de pratiques déterminées qui se projettent à travers les attitudes des membres (même) de la famille et des troubles. Les sujets (cas) pour lutter contre l'angoisse élève une fréquence de mécanismes de défense. Les mécanismes de défense visent à protéger le moi en cas d'affects désagréables ou douloureux. Ils ont suscité de nombreux travaux, tant sur leurs fonctions que sur leur utilité pratique. En écoutant nos cas il nous semble que ces personnes déploient des efforts pour oublier ce qu'elles vivent.

Cette amnésie que l'on pourrait qualifier avec Duperey de « vide noir, trou noir, écran vide, le brouillard, l'enterrement d'une partie de ma vie », traduit sans doute l'histoire douloureuse d'un refoulement. Les conséquences de ce refoulement qu'ils reconnaissent par ailleurs avoir été « des anticorps à la douleur » sont multiples. Ils se sentent pauvres et amputés, de glisser dans un trou de tristesse sans fond. Ils ressentent un désespoir brut, ils sont habités par l'angoisse et par un sentiment de malheur qu'ils cherchent à étouffer et de toutes leurs forces, mais n'arrivent pas. Ils pourraient faire face à une série de cauchemars de mort, pendant lesquels ils hurlent d'impuissance et de douleur, de tentatives de suicide, des crises de sommeil incoercibles dès qu'ils reviennent en famille, enfin, une stérilité psychogène les envahit très souvent. « Ne pas voir » évoque l'image employée par l'un d'eux pour illustrer son propre refoulement que Duperey qualifie de « voile noir ».

Ce cas illustre avec force le processus de refoulement, qui consiste à rejeter dans l'inconscient les représentations traumatisantes qui demeurent actives, tout en étant inaccessible à la prise de conscience. Le retour du refoulé intervient en cas d'échec ou d'insuffisance du refoulement.

De plus en plus ces mécanismes sont conçus comme des réponses adaptatives, des processus de régulation visant à restaurer l'équilibre psychique. Les discours de nos cas nous ont conduit à nous rappeler que Vaillant n'a pas eu tort d'estimer que les défenses visent non pas à faire disparaître l'affect pénible, mais plutôt à agir sur lui, donc réduire la douleur.

Nous avons aussi observé que nos cas étaient parfois agressifs et rejetaient violemment leur entourage, ceci serait un signe de désespoir de dire j'ai tout perdu je ne suis plus rien, je suis condamné à mourir dans les jours à venir. Une situation vécue comme traumatisante de manière à engager plaisants, ironiques et insolites. C'est dans ce cas seulement (l'humour appliqué à soi-même) qu'il peut-être considéré comme un mécanisme de défense. Cette perception tient compte de trois exemples présentés par Freud en tête des quelques pages consacrées à cette défense dans Le Mot d'esprit trois condamnés à mort ont le courage de plaisanter sur leur propre sort, malgré leur situation désespérée, sans agresser qui que ce soit. Les Effets du Stress Il est intéressant de noter que la façon dont certains réagissent face au stress peut augmenter le risque d'AVC. Certaines personnes utilisent des cigarettes et de l'alcool pour les aider à gérer le stress. Mais ces deux produits augmentent les risques d'avoir un AVC ou contribuer à l'hypertension artérielle. En effet, les gens stressés qui fument augmentent leur consommation de cigarettes. Certains boivent pour lutter contre le stress et pour mieux dormir, même si cela n'est pas très efficace. D'autres ont tendance à oublier de prendre leurs médicaments. De façon indirecte, le stress a donc des effets sur les risques d'AVC. Réduire votre Risque d'AVC. Gérer son stress, ne pas fumer, limiter sa consommation d'alcool.

7.2. Les suggestions du travail

A la suite de l'analyse et de l'interprétation de nos résultats, nous avons la ferme volonté de voir la situation des personnes présentant des pertes d'autonomie, ainsi que celle de sa famille changée positivement. Pour cela nous allons formuler des suggestions à l'égard des familles ayant des victimes d'AVC, des patients, des éducateurs et à l'Etat et aux autres.

7.2.1. Aux patients

Aux patients vivant avec des séquelles neurologiques, nous leur demandons de faire preuve d'une motivation intrinsèque, d'accepter leurs situations, de coopérer avec le personnel médical (médecins, infirmier(e)s, kinésithérapeutes... les psychologues et les spécialistes de l'Education, pour développer les comportements autonomes.

7.2.2. La famille et à tout le monde

A la famille, et / ou à ses proches et connaissances, de l'entourer d'amour et d'affection, de lui apporter tout le soutien dont il a besoin et sur tous les plans (moral, matériel, financière...). La famille doit surtout collaborer avec les psychologues ou les éducateurs

spécialisés pour acquérir certaines techniques et méthodes d'accompagnement leur permettant de mieux encadrer les patients en perte d'autonomie favorisant ainsi la sortie de ce dernier de l'autonomie. Ils doivent aussi chercher à connaître les causes de l'AVC. Les AVC sont désormais un véritable problème de Santé Publique au Cameroun car les prévisions épidémiologiques très alarmistes indiquent qu'au Cameroun, le fardeau des AVC va augmenter et éventuellement apporter la contribution la plus importante à l'aggravation de la mortalité qui est déjà bien conséquente. Comme les facteurs de risque.

- En matière d'AVC, l'adage « Prévenir vaut mieux que guérir » trouve toute sa signification. Pour cela nous devons avoir une bonne hygiène alimentaire avec une alimentation saine et équilibrée en glucides, protéines et lipides car l'alimentation a une influence sur plusieurs facteurs de risque d'AVC. Cette alimentation doit être surtout pauvre en sel, riche en potassium et en magnésium et doit également être riche en fruits et légumes. Ce qui permet de diminuer le risque de survenue d'une HTA, d'un Diabète, d'une Hypercholestérolémie, et d'une Obésité.
- Une tasse de café quotidienne est également conseillée car elle réduit de 20% le risque de survenue d'un AVC.
- Avoir une activité physique régulière et quotidienne afin de lutter contre la sédentarité et ses conséquences qui sont la surcharge pondérale et l'obésité.
- Surveiller régulièrement sa tension artérielle. Ce qui permet de dépister précocement une HTA silencieuse.
- Contrôler régulièrement son taux de glycémie dans le but de dépister très rapidement un Diabète sous-jacent
- Surveiller son taux de cholestérol afin de dépister précocement une Dyslipidémie sous-jacente.
- Surveiller régulièrement son poids dans l'optique de détecter précocement une surcharge pondérale.
- Eviter de fumer.
- Eviter de consommer de l'alcool sans modération.
- Eviter les situations de stress.
- Consulter au moins une fois par an son Médecin, si on a des antécédents familiaux de maladie cardiaque, afin de dépister une maladie cardio-vasculaire sous-jacente et ignorée.

7.2.3. Les enseignants

Les enseignants des éducateurs spécialisés doivent utiliser tous les moyens nécessaires pour mieux outiller les éducateurs spécialisés sur les méthodes et techniques d'accompagnement des personnes en situation de perte d'autonomie et de détresse.

7.2.4. Les éducateurs spécialisés

Ils doivent savoir que La prise en charge est longue du fait de la rééducation lente continue et progressive. L'éducateur spécialisé et /ou le psychologue doit être bien outillé en ce qui concerne les techniques d'accompagnement qui passe entre autre par l'accueil : première étape du processus du conseil psychologique et social qui vise à savoir accueillir la personne en situation de détresse, de la mettre en confiance et en sécurité afin que cette dernière soit rassurée et s'ouvre à vous tout au moins avec moins de subjectivité, l'écoute : l'écoute est souvent synonyme de disponibilité dans le temps, mais aussi de disponibilité intérieure pour être prêt(e) à accueillir ce que dit l'autre. L'écoute est à la fois silence et parole, elle est le silence, mais un silence qui parle de notre ouverture bienveillante à la demande du malade et de sa souffrance. Les éducateurs spécialisés, doivent respecter la dimension temporaire de l'accompagnement qui voudra que l'accompagnement ait un début et une fin. Car accompagner une personne en situation de perte d'autonomie revient tout simplement à amener cette personne à devenir autonome, indépendant, capable de satisfaction des besoins sans attendre trop l'aide extérieur

CONCLUSION

Le travail que nous nous sommes proposé de mener a porté sur le vécu des pertes d'autonomie des personnes victimes d'AVC et instabilité psychoaffective de la famille. Au terme de cette étude, il serait convenable de faire un bref rappel de notre problématique et des objectifs qui l'ont conduite

Les personnes victimes d'AVC traduisent ou présentent des manifestations neurobiologiques qui les plongent dans une perte d'autonomie. Dans notre contexte l'AVC serait une maladie psychosomatique, une paralysie du corps ou des parties du corps perçu comme parties ne pouvant plus fonctionnées ou tout simplement mortes. Or, chez les sujets, on a rencontré beaucoup de symptômes qui s'apparentaient comme telles : mal de ventre, boutons qui sortent sur le corps, mal de cœur, manque d'appétit, allergie du corps, mal de tête, mal de dos etc. Le constat fait chez la plupart d'entre eux c'est qu'il y a un manque de liaison de ces symptômes à une étiologie médicale connue après la prise en charge médicale. C'est à la lumière de ce constat que nous avons pensé que c'est une forme de mentalisation que nos sujets manifestent sur leurs souffrances. Cela nous a amené au problème de l'instabilité psychoaffective. Ce résumé au sentiment affectif, d'angoisse, à une répétition quasi compulsive des idées d'abandon, d'isolement, de perte d'autonomie comme si l'évolution individuelle était soumise à une inhibition très forte. Le sujet se sent coupable parce qu'il n'a pas fait un certain nombre d'activités, il voit le temps passé et le condamner surplace. Cette expérience de déplaisir est un mélange de souffrances physiques, sociale et de souffrances psychologique. Ces souffrances ne sont pas seulement exprimées sur le plan individuel, mais elles se présentent aussi comme quelque chose qui irradie toute la famille. L'importance accordée l'AVC renvoie à la souffrance, à l'autonomie et à la mort. Les sujets (cas) pour lutter contre l'angoisse élève une fréquence de mécanismes de défense. Les mécanismes de défense visent à protéger le moi en cas d'affects désagréables ou douloureux. Ces mécanismes sont conçus comme des réponses adaptatives, des processus de régulation visant à restaurer l'équilibre psychique. Notre objectif était de permettre aux personnes victimes d'AVC de retrouver une instabilité psychoaffective au sein de leurs familles respectives.

Ce n'est pas le silence froid de la neutralité ou le silence vide de la distraction, mais le silence chaleureux de la/du soignant(e) qui laisse une place au malade, qui lui donne un espace de vie, un pouvoir, et qui lui communique par là son désir d'écouter. Deuxième articulation du conseil psychologique qui consiste à suivre attentivement l'aidé, sans l'interrompre et en

gardant toute fois sa neutralité au sujet de l'écoute ; elle consiste à comment écouter, apprendre à écouter et savoir écouter, l'entretien : moyen de dialogue social et/ou thérapeutique entre l'aidant et l'aidé, l'accompagnement et les techniques d'accompagnement : ensembles de stratégies disponibles et indispensables pour aider une personne avant, pendant et après la situation de vulnérabilité sans oublier la mise à l'aise : ensemble des moyens technique, psychologique et thérapeutique nécessaire pour apporter du réconfort et le bien être aux personnes en situations de détresse. Inspirer confiance et savoir mettre les autres à l'aise est une compétence relationnelle essentielle, elle permet de faciliter les choses au quotidien dans la vie. Au terme de ce travail nous pouvons dire que notre hypothèse générale à savoir : « le vécu des séquelles neurologiques des personnes victimes d'AVC détermine l'instabilité psychosocial de la famille », a été vérifié, car les troubles ou les souffrances qui découlent de l'AVC sont à l'origine des culpabilités, des dépressions et des angoisses que vivent non seulement par les victimes, mais au-delà de la famille, le social en général. Il convient ainsi de souligner que la qualité de la résilience des sujets aussi bien qu'une meilleure prise en charge psychosociale réduit les troubles du sujet et entraîne un gain.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Travaux cités

- Ahlgren, H. D. (1989). Depression among patients with stroke. *Wiley Online Library*. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1989.tb01312.x>
- Appelros P, S. B. (2009). Sex Differences in Stroke Epidemiology: A Systematic Review. *Stroke*, 40(4), 1082–1090.
- Avode D, D. F. (1998). Décès par affection neurologique au CHU de Cotonou au Bénin. *Médecine d'Afrique Noire*, 45 (3).
- Becker, H. (1985). (Traduction française de la version originale de 1963). *Outsiders*. Paris : Métailié, 248.
- Budincevic H, T. C., & Group, C. W. (2015 , Oct 10). Management of ischemic stroke in Central and Eastern Europe. *Int J Stroke*. doi:DOI: 10.1111/ijvs.12575
- Chiumente M, G. M. (2015, Aug). Burden of stroke in Italy: an economic model highlights savings arising from reduced disability following thrombolysis. *Int J Stroke*, 849-55.
- Cossi, M.-J. (2012). *Charge des Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) à Cotonou(Bénin)*.
- D. Mignonsin, Y. T. (1992). Prise un charge des patients victimes d'accidents vasculaires cérébraux en reanimation. *Médecine d'Afrique Noire*, 39 (12).
- de Peretti C, N. J. (2012, May). Acute and post-acute hospitalizations for stroke in France: recent improvements (2007-2009). *Presse Med.*, 41(5), 491-503. doi:DOI: 10.1016/j.lpm.2012.01.032
- Dirk Devroey, V. V. (2005, janvier). Les accidents vasculaires cérébraux en Belgique : surveillance par le réseau des médecins vigies en 1998 et 1999. *La Revue de la Médecine Générale* , n° 219.
- E. M. Lemert. (1967). *Human deviance, social problems and social control* New YorkNew York Prentice Hole. *Social Pathology, New York, Mc Graw-Hill, 1951* .

- Faingold, N. (2011). La formation à l'entretien d'explicitation comme recherche-action sur soi. Dans P.-M. M. Notte, *En quête d'une intelligence de l'agir* », à paraître en 2011. t le journal de l'association GREX Groupe de recherche sur l'explicitation.
- Goffman, E. (1975). (Traduction française de la version originale de 1963). *Stigmate.*, Paris : Éd. de Minuit, 175.
- HAS. (2009). Accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce (alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse) – Recommandations. *Haute Autorité de santé*.
- Inserm. (2017, 09 10). Inserm. AVC - Accident vasculaire cérébral. Récupéré sur <https://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/avc-accident-vasculaire-cerebral>
- Joseph O.G, E. D. (2015). Post-stroke depression among stroke survivors attending two hospitals in Kampala Uganda. *Afr Health Sci*, 1220–1231.
- Kezhen Fei, M. E. (2015). Prevalence of Depression Among Stroke Survivors Racial–Ethnic Differences. *Stroke*, 512–515.
- Kpadonou G, H. D. (2002). Handicap fonctionnel chez les hémiplésiques vasculaires au CNHU de Cotonou-Bénin : mesure et facteurs déterminants. *Le Bénin Médical*, 36–40.
- Lebovici, S.(1999). Le nourrisson, la mère et le psychanalyste les interactions précoces. Paris: Bayard.
- Lenti L, B. M. (2013, Jul 8). Stroke care in Central Eastern Europe: current problems and call for action. *Int J Stroke.*, 5, 365-71. doi:DOI: 10.1111/j.1747-4949.2012.00845.x
- Loumé, L. (2017, Oct 27). *Journée mondiale de l'AVC : 5 manières de réduire son risque de 80 %*. Récupéré sur Science et Avenir: https://www.sciencesetavenir.fr/sante/cerveau-et-psy/journee-mondiale-de-l-avc-5-manieres-de-reduire-son-risque-de-80_117643
- Mathers C.D, L. D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med*.
- Mendis S, P. P. (2011). *Global atlas on cardiovascular disease prevention and control*. Geneva: World Health Organization : World Heart Federation : World Stroke Organization.

- Nabavi SF, T. A. (2014). Post-stroke depression therapy: where are we now? *Curr Neurovasc Res*, 279-89.
- Nougue, Y. (2002). *L'entretien Clinique*. BRuxelles: Economique.
- OMS. (2017). *Les gouvernements font des progrès limités et il faut prendre de nouvelles mesures pour combattre les maladies non transmissibles et atteindre les cibles mondiales fixées pour réduire le nombre de décès prématurés*. Genève/New York: Communiqué de presse.
- Pan Afrique journal medical. (2015, Juin 25). L'émergence des maladies cardiovasculaires (cardiopathies ischémiques, AVC, hypertension artérielle ou HTA) chez les noirs africains, hier indemnes de maladies chroniques. 21 .
- Pana. (2014, sept 26). *35% de la population camerounaise souffrent d'hypertension artérielle*. Récupéré sur Journal du Cameroun.com: <https://www.journalducameroun.com/35-de-la-population-camerounaise-souffrent-dhypertension-arterielle/>
- Paugam, S. (2000). *La Disqualification sociale : essai sur la nouvelle pauvreté* . PUF .
- Peretti, C. d. (2015). Les risques de décès un an après un accident. *DREES*.
- Poussin, G. (1997). *La pratique de l'entretien clinique*. Paris : PUF.
- Proia, N. (2004). *L'entretien en psychologie clinique: une approche multidimensionnelle*. London: IN press.
- Rédaction, L. (2013, Sep 11). *Prévention des AVC au Cameroun : l'ignorance tue !* Récupéré sur Afrikfoot: <http://www.afrik-foot.com/prevention-des-avc-au-cameroun-l-ignorance-tue>
- René, K. (1998). *L'appareil psychique groupal. Vocabulaire de psychanalyse groupale et familiale - Tome 1*.
- Robert, C. (1995). Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat. *Fayard*, 639-542.
- Rostand, T. (2018, août 27). *40% DE LA POPULATION ADULTE EST ATTEINTE D'HYPERTENSION ARTÉRIELLE : CAMEROON*. Récupéré sur Camer.be:

<https://www.camer.be/69845/13:1/cameroun-selon-la-fondation-du-coeur-40-de-la-population-adulte-est-atteinte-dhypertension-arterielle-cameroon.html>

Simon, O. (2007, mai). Dépression après accident vasculaire cérébral. *Sang Thrombose Vaisseaux*, 19(5). doi:doi: 10.1684/stv.2007.0137

SLM, G. (2017, avril 03). *Cameroun : Retour triomphal de Rigobert Song à Yaoundé après son AVC*. Récupéré sur afrique-sur7: <https://www.afrique-sur7.fr/374168-cameroun-retour-triomphal-de-rigobert-song-a-yaounde-apres-son-avc>

SPORTS, M. D. (2010). *Plan d'actions national « accidents vasculaires cérébraux 2010-2014 »*.

Tchimbakala, D. (2015, Mai 12). *Les séquelles après un AVC*. Récupéré sur Allodocteurs: https://www.allodocteurs.fr/maladies/cerveau-et-neurologie/avc-rupture-d-anevrisme/les-sequelles-apres-un-avc_5724.html

Yannick Béjot, E. T.-L. (2009). Épidémiologie des accidents vasculaires cérébraux. *Med Sci (Paris)*, 727–732.

Ashworth, B. (1964). *Liminary trial of carisoprodol in multiple sclerosis*. *The Practitioner* 192, 540–542.Pre

Arnold, M.B. (1960). *Emotion and personality, Vol. I and II*, New York, Columbia, University Press.

André, C. et Légeron, P. (2000), *La peur des autres : trac, timidité et phobie sociale* (3e éd.), Paris, Éditions Odile Jacob

Anderson, A.K., Christoff, K., Stappen, I., Panitz, D., Ghahremani, D.G., Glover, G., Gabrieli, J.D.E. & Sobel, N. (2003). *Dissociated neural representations of intensity and valence in human olfaction*. *Nature Neuroscience*, 6, 196-202.

Alvarado, N., Adams, S.S., & Burbeck, S. (2002). The role of emotion in an architecture of mind. IBM Research.

- Aktouf, O. (1987). *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations. Une introduction à la démarche classique et une critique* : Montréal : les presses Universitaire du Québec.
- Bloch, H., Chenama, R. (1999). *Dictionnaire fondamental de la psychologie*, Paris: Bordas.
- Boisvert, J.-M. et Beaudry, M. (1979), *S'affirmer et communiquer*, Montréal, Éditions de l'Homme.
- Broeks, J.G., Lankhorst, G.J., Rumping, K., Prevo, A.J., 1999. *The long-term outcome of arm function after stroke: results of a follow-up study*. *Disabil. Rehabil.* 21, 357–364.
- Calmels, P., Degache, F., Fayolle-Minon, I., Condemine, A., Courbon, A., Ramas, J., Richard, R., Roche, F., Degache, A., Girardin, N., Gautheron, V., Devillard, X., 2005. *Hémiplégie et tour du Mont Blanc : de l'espoir à la réalité*. *Ann. Réadapt. Médecine Phys.* 48, 180–186.
- Cañamero, L. (2001). Emotions and adaptation in autonomous agents : a design
- Cañamero, L. (2009). *Autonomous agent*. In D. Sander and K.R. Scherer (Eds.). *Oxford Companion to Emotion and the Affective Sciences*. Oxford University Press.
- Cannon, W.B. (1927). *The James-Lange theory of emotions: A critical examination and an alternative theory*. *American Journal of Psychology*, 39, 106-124.
- Cibois, P. (2007). *Les méthodes d'analyse d'enquêtes*. Paris : Presse Universitaire de France
- Clore, G.L., & Palmer, J. (2009). *Affective guidance of intelligent agents: How emotion controls cognition*. *Journal of Cognitive Systems Research*, 10, 21-30.
- Clore, G.L., & Ortony, A. (2000). *Cognition in emotion: always, sometimes or never?* In R.D. Lane, & L. Nadel (Eds.), *Cognitive neuroscience of emotion* (pp. 24-61). Oxford: Oxford University Press.
- .Ekman, P. (1982). *Emotion in human face*. Cambridge: University Press. 1095-1102. 21, 684-713. 23, 625-662. 261-292. 56-77.
- Davidson, R. J., Maxwell, J. S., & Shackman, A. J. (2004). *The privileged status of emotion in the brain*. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 101, 11915-11916.

- De Landsheere, V. (1992). *L'éducation et la formation*. Paris : presse Universitaires de France.
- Debelleix, X., 1997. *La rééducation de l'hémiplégie vasculaire de l'adulte améliore-t-elle la marche?*In: *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*. pp. 121–130.
- Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine* – version 2016-1 page 9
- DIDIER, Anzieu (1985) *Le Moi-peau*Dunod, Paris
- Duffy, E. (1962). *Activation and behavior*. New York: Wiley.
- Ekman, P. (1984). *Expression and the nature of emotion*. In K.R. Scherer & P. Ekman (Eds.), *Approaches to emotion* (pp. 319-344). Hillsdale, N.J.: Erlbaum. Ekman, P. (1989).
- Ekman, P. (1992). *An argument for basic emotions*. *Cognition and Emotion*, 6, 169-200.
- Ekman, P. (2004a). *Emotions revealed: Understanding faces and feelings*. London: Orion books.
- Ekman, P., Sorenson, E.R., & Friesen, W.V. (1969). *Pancultural elements in facial displays of emotion*. *Science*, 164, 86-88.
- electro dermal responses: A case of “preparedness”? *Journal of Personality & Social*
- Ellsworth, P.C. (1994). *William James and emotion: Is a century of fame worth a century of misunderstanding?* *Psychological Review*, 101, 222-229.
- Fehr, B., & Russell, A.J. (1984). *Concept of emotion viewed from a prototype perspective*. *Journal of Experimental Psychology: General*, 113, 464-486.
- Fehr, B., & Stern, J.A. (1970). *Peripheral physiological variables and emotion: The James-Lange theory revisited*. *Psychological Bulletin*, 74, 411-424.
- Feldman Barrett, L. (2006). *Are emotions natural kinds?* *Perspectives on Psychological Science*, 1, 28-58.
- Feldman Barrett, L., & Russell, J. (1998). *Independence and bipolarity in the structure of affect*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 967-984.
- Feldman Barrett, L., & Russell, J. (1999). *The structure of current affect: Controversies and emerging consensus*. *Current Directions in Psychological Science*, 8, 10-14..

- Fery-Lemonnier, E., 2009. *La prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France. Synthèse du rapport au Ministère de la santé et des sports.*
- Fontaine, J. (2009). Dimensionalemotionmodels. In D. Sander and K.R. Scherer (Eds.). *Oxford Companion to Emotion and the Affective Sciences*. Oxford University Press.
- Fortin, M.-F. (1996). *Les processus de la recherche : de la conception à la réalisation*. Québec : Décarie.
- Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge: Cambridge universitypress
and Emotion, 1, 115-143.
- Grandjean, D., & Scherer, K.R. (2009). *Théorie de l'évaluation cognitive et dynamique des processus émotionnels*. In D. Sander & K.R. Scherer, *Traité de psychologie des émotions*
- Grawitz, M. (1997). *Méthologie de la recherche en sciences sociales* (9 édition). Paris : Dalloz
- Hamel, J. (1997). *Etude de cas et sciences sociales*. Paris : Harmattan
- Hamel, J. (1997). *L'enquête sur le terrain en sciences sociales. Monographique et les méthodes qualitatives*. Montréal : Saint-Martin
- Hankey, G.J., Warlow, C.P., 1999. *Treatment and secondary prevention of stroke: evidence, costs, and effects on individuals and populations*. *The Lancet* 354, 1457–1463.
- Harrap,(2001).*French dictionary*(English-French/French-English). Great Britain: Chambers HarrapPublishersltd.
- Igoui, G. (2015). *Pratique et expérience de la pulsion de mort dans le back Bafia: une approche des tradithérapies à efficacité symbolique (Thèse de Doctorat)*. Yaoundé: university de Yaoundé II, C.E. (1971). *The face of emotion*. New York:
- Ivey, F.M., Hafer-Macko, C.E., Macko, R.F., 2006. *Exerciserehabilitationafter stroke*.*NeuroRx* 3, 439–450.
- Izard, C.E., & King, K.A. (2009). *Differential emotions theory*. In D. Sander and K.R.
- James, W. (1894). *The physical basis of emotion*. *PsychologicalReview*.
- James, W. (1892). *Psychology*. New York: Henry Holt and Company.

- James, W. (1890). *The principles of psychology*. Londres: Methuen.
- Journal of Personality and Social Psychology*, 17, 124-129.
- Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 813-838.
- Kellogg, R., & Baron, R.S. (1975). *Attribution theory, insomnia, and the reverse placebo effect: A reversal of Storm's and Nisbett's finding*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 231-236.
- Kleinginna, P.R., & Kleinginna, A.M. (1981). *A categorized list of emotion definitions with suggestions for a consensual definition*. *Motivation and Emotion*, 5, 345-379.
- Korsten, N., Roesch, E. B., Fragopanagos, N., Taylor, J. G., Grandjean, D., & Sander,
- Kuppens, P., & Mechelen. I.V. (2007). *Interactional appraisal models for the anger*.
- Lange, C. (1885). *The emotions*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Larousse, (2003). *Dictionnaire de la langue française*. Paris : Larousse
- Larousse, (1993). *Dictionnaire de la langue française*. Paris : Larousse
- Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York:
- LeDoux, J.E. (1993). *Emotional memory systems in the brain*. *Behavioural Brain*
- LeDoux, J.E. (1996). *The emotional brain*. New York, Simon and Schuster.
- LeDoux, J.E. (1996). *The emotional brain*. New York, Simon and Schuster.
- Loubet Del Bayle, J. L. (2000). *Initiation aux méthodes des sciences sociales*. Montréal :
Harmattan.
- Mandler, G. (1984). *Mind and Body*. New York: Norton.
- Mandler, G. (1984). *Mind and Body*. New York: Norton.
- Mathers, C.D., Loncar, D., 2006. *Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030*. PLoS Med. 3, e442.

- Matsumoto, D., & Ekman, P. (2009). *Basic emotions*. In D. Sander and K.R. Scherer
- Mendis, S., Puska, P., Norrving, B., World Health Organization, World Heart Federation, World Stroke Organization, 2011. *Global atlas on cardiovascular disease prevention and control*. World Health Organization : World Heart Federation : World Stroke Organization,
- Moors, A. (2009). *Theories of emotion causation: A review*. *Cognition and Emotion*,
- Niedenthal, P.M. (2007). *Embodying emotion*. *Science*, 316, 1002-1005.
- Nilsson, L., Carlsson, J., Danielsson, A., Fugl-Meyer, A., Hellström, K., Kristensen, L., Sjölund, B., Sunnerhagen, K.S., Grimby, G., 2001. *Walking training of patients with hemiparesis at an early stage after stroke: a comparison of walking training on a treadmill with body weight support and walking training on the ground*. *Clin. Rehabil.* 15, 515–527.
- NtebeBomba, G. (1991). *L'étudiant, le chercheur, l'enseignant face à la rédaction des travaux académiques*. Yaoundé : Presse Universitaires Scientifiques du Cameroun.
- Oatley, K., & Johnson-Laird, P.N. (1987). *Towards a cognitive theory of emotions*.
- Öhman, A. (1999). Distinguish unconscious from conscious emotional processes: Methodological considerations and theoretical implications. In T. Dalgleish & M.J. Power (Eds.), *Handbook of cognition and emotion* (pp. 321-352). Chichester, England: Wiley.
- Öhman, A., & Mineka, S. (2001). *Fears, phobias, and preparedness: toward an evolved module of fear and fear learning*. *Psychological Review*, 108, 483-522.
- Olsson, A., & Phelps E.A. (2007). *Social learning of fear*. *Nature Neuroscience*, 10,
- Ouellet, A. (1987). *Processus de recherche : une approche systémique*. Québec : Presse Universitaires du Québec.
- Oxford Companion to Emotion and the Affective Sciences*. Oxford University Press.
- Panksepp, J. (1998). *Feeling the pain of social loss*. *Science*, 302, 237-239.

- Patten, C., Lexell, J., Brown, H.E., 2004. *Weakness and strength training in persons with poststroke hemiplegia: Rationale, method, and efficacy*. *J. Rehabil. Res. Dev.* 41, 293–312
- Pelachaud, C. (2009). *Embodied conversational agent E.C.A.* In D. Sander and K.R. *Personality and Social Psychology*, 16, 319-328.
- Petta, P., & Gratch, J. (2009). *Computational models of emotion*. In D. Sander and K.R.
- Robert, (2009). *Dictionnaire français*. Paris: Maury-imprimeur.
- Roseman, I. (1984). *Cognitive determinants of emotion: a structural theory*. In P. Shaver
- Russell, J.A. (2003). *Core affect and the psychological construction of emotion*.
- Sander, D. (2009). *Computational analysis of emotion*. In D. Sander and K.R. Scherer (Eds.). *Oxford Companion to Emotion and the Affective Sciences*. Oxford University Press.
- Sander, D. (2009). *Computational analysis of emotion*. In D. Sander and K.R. Scherer (Eds.). *Oxford Companion to Emotion and the Affective Sciences*. Oxford University Press.
- Sander, D., & Scherer, K.R. (2009a). *La psychologie des émotions : Survol des théories et débats essentiels*. In D. Sander & K.R. Scherer, *Traité de psychologie des émotions* (pp. 1- 39). Paris :Dunod.
- Sander, D., Grandjean, D., Kaiser, S., Wehrle, T., & Scherer, K. R. (2007). Interaction
- Scherer (Eds.), *Les émotions* (pp. 97-134). Neuchâtel-Paris: Delachaux et Niestlé.
- Scherer (Eds.). *Oxford Companion to Emotion and the Affective Sciences*. Oxford University Press.
- Scherer (Eds.). *Oxford Companion to Emotion and the Affective Sciences*. Oxford University
- Scherer (Eds.). *Oxford Companion to Emotion and the Affective Sciences*. Oxford University
- Scherer, K.R. (1984). *Les émotions : Fonctions et composantes*. *Cahiers de Psychologie Cognitive*, 4, 9-39.
- Scherer, K.R. (1989). *Les émotions: Fonctions et composantes*. In B. Rimé & K.R.

- Scherer, K.R. (1992). *What does facial expression express? International Review of*
- Scherer, K.R. (1993). *Neuroscience projections to current debates in emotion psychology. Cognition and Emotion, 7, 1-41.*
- Scherer, K.R. (1993). *Studying the emotion-antecedent appraisal process: An expert system approach. Cognition and Emotion, 7, 1-41.*
- Scherer, K.R. (2000). Emotions as episodes of subsystem synchronisation driven by
- Scherer, K.R. (2001). Appraisal considered as a process of multi-level sequential checking. In K.R. Scherer, A. Schorr, & T. Johnstone (Eds.). *Appraisal processes in emotion: Theory, Methods, Research*(pp. 92-120). New York and Oxford: Oxford University Press.
- Scherer, K.R. (2004). *Feelings integrate the central representation of appraisal-driven response organization in emotion. Feelings and emotions: The Amsterdam Symposium* (pp. 136-157). Cambridge: Cambridge University Press.
- Scherer, K.R. (2004). *Feelings integrate the central representation of appraisal-driven response organization in emotion. Feelings and emotions: The Amsterdam Symposium* (pp. 136-157). Cambridge: Cambridge University Press.
- Schorr, A. (2001). *Subjective measurement in appraisal research. In K.R. Scherer, A. Schorr, & T. Johnstone (Eds.). Appraisal processes in emotion: Theory, Methods, and Research* (pp. 331-349). New York and Oxford: Oxford University Press.
- Schorr, A. (2001). *Subjective measurement in appraisal research. In K.R. Scherer, A. Schorr, & T. Johnstone (Eds.). Appraisal processes in emotion: Theory, Methods, and Research* (pp. 331-349). New York and Oxford: Oxford University Press.
- Self-organization: Dynamic systems approaches to emotional development* (pp. 70-99).
- Selltiz, C., Wrightsman, L. S., Cook, W. S. (1977). *Les methods de recherche en sciences sociales*. Montréal : HRW.
- Sillamy, N. (1980) *Dictionnaire de la psychologie. Montrouge : Larousse.*
- Sillamy, N. (1980) *Dictionnaire encyclopédique de psychologie. Paris : Bordas.*
- Sillamy, N. (1990) *Dictionnaire encyclopédique de psychologie. Paris : Larousse.*

- Smith, C. A., & Scott, H. S. (1997). *A componential approach to the meaning of facial*
- Smith, C.A., & Ellsworth, P.C. (1985). *Patterns of cognitive appraisal in emotion.*
- Stemmler, G., Heldmann, M., Pauls, C.A., & Scherer, T. (2001). Constraints for
- Stinear, C.M., Byblow, W.D., Ward, S.H., 2014. *An update on predicting motor recovery after stroke.* Ann Phys.Rehabil. Med. 57, 489–498.
- Storms, M.D., Nisbett, R.E. (1977). *Insomnia and the attribution process.* *Journal of*
- Strongman, K.T. (1996). *The psychology of emotion: Theories of emotion in perspective* (4th Ed.). New York, NY: John Wiley and Sons.
- Strongman, K.T. (1996). *The psychology of emotion: Theories of emotion in perspective* (4th Ed.). New York, NY: John Wiley and Sons.
- Struijs, J.N., van Genugten, M.L.L., Evers, S.M.A.A., Ament, A.J.H.A., Baan, C.A., van den Bos, G.A.M., 2005. *Modeling the future burden of stroke in The Netherlands: impact of aging, smoking, and hypertension.* Stroke J. Cereb. Circ. 36, 1648–1655.
- Sveen, U., Bautz-Holter, E., Sødning, K.M., Wyller, T.B., Laake, K., 1999. *Association between impairments, self-care ability and social activities 1 year after stroke.* Disabil. Rehabil. 21, 372–377.
- Taylor, J.G., & Korsten, N. (2009). *Connectionist models of emotion.* In D. Sander and K.R. Scherer (Eds.), *Oxford Companion to Emotion and the Affective Sciences.* Oxford University Press.
- Taylor, J.G., & Korsten, N. (2009). *Connectionist models of emotion.* In D. Sander and K.R. Scherer (Eds.), *Oxford Companion to Emotion and the Affective Sciences.* Oxford University Press.
- Terracciano, A., McCrae, R., Hagemann, D., & Costa, P. (2003). *Individual difference*
- Titchener, E.B. (1909). *A text-book of psychology.* New York: Macmillan.
- Titchener, E.B. (1909). *A text-book modifications in theory of psychology.* New York: Macmillan.

- Tomkins, S.S. (1980). *Affect as amplification: Some*. In R. Plutchik, & H. Kellerman (Eds.), *Emotion, theory, research, and experience: Theories of emotions* (pp. 141-165). New York: Academic Press.
- Tremblay, M.-A. (1968) *Initiation à la recherche dans les sciences humaines*. Montréal : McGraw-Hill.
- Vaillant, G. E. (1993). "*Ego Mechanisms of Defense: A Guide for Clinicians and Researchers*". American Psychiatric Publishing. p. 238. ISBN 0-88048-404-7.
- Variables, affective differentiation, and the structures of affect. Journal of Personality, 71, 669-704.*
- Vermette, J. et Cloutier, R. (1992), *La parole en public*, Québec, Les Presses de l'Université Laval.
- Vol. 6, Advances in social cognition* (pp. 1-46). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Watson, D., & Tellegen, A. (1985). *Toward a consensual structure of mood. Psychological Bulletin, 98, 219-235.*
- Watson, D., & Tellegen, A. (1999). *Issues in the dimensional structure of affect – effects of descriptors, measurement error, and response formats: Comment on Russell and Carroll (1999). Psychological Bulletin, 125, 601-610.*
- Wehrle, T., Kaiser, S., Schmidt, S., & Scherer, K.R. (2000). *Studying the dynamics of emotional expression using synthesized facial muscle movements, Journal of Personality and Social Psychology, 78, 105-119.*
- Weiner, B. (1985). *An attributional theory of achievement motivation and emotion.*
- Wierzbicka, A. (1992). *Talking about emotions: Semantics, culture, and cognition.*
- Winston, J.S., Gottfried, J.A., Kilner, J.M., & Dolan, R.J. (2005). *Integrated neural representations of odor intensity and affective valence in human amygdala. Journal of Neuroscience, 25, 8903-8907.*
- Zajonc, R. B. (1984). *On the primacy of affect. American Psychologist, 39, 117-123.*

Sites internet

Loïc CAPRON, « **ATHÉROSCLÉROSE** », *Encyclopædia Universalis* [en ligne], consulté le 4 mai 2018. URL : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/atherosclerose/>

FUTURA SANTE – <http://www.futura-sciences.com/sante/actualites/medecine-infarctus-cerebral-80-avc-22466/> consulté le 13 Novembre 2017

<http://www.franceavc.com/> consulté le 13 Novembre 2017

<https://destinationsante.com/avc-un-drame-familial/> □ **Source** : Interview du Dr France Woimant, 25 mai 2010 – Ministère de la Santé, Plan AVC 2010-2014

<http://www.grex2.com/n%C2%B0-89-mars-2011.html>

6)-AUTRES SOURCES

La charte des nations Unies (1945) San Francisco.

La Déclaration des droits des personnes handicapées (1975), Résolution 3447 adoptée par l'assemblée Générale des Nations Unies.

Les personnes handicapées et la convention des nations unies relative aux droits des personnes handicapées

ANNEXE

1) Cas N°1

1-1) Définition de trouble d'affectivité

Je vendais dans la boutique de mon oncle. La seule fois que mon cousin est venu faire les inventaires il a constaté qu'il a un déficit d'une somme de ... Et mon oncle m'a chassé de sa

boutique et c'est cousin qui appris la relève. Je n'avais plus autre chose à faire. Entant qu'un père ; il n'a dit d'apprendre le conduit et c'est ce que j'ai fait. Il a acheté une voiture mettre en taxi pour donner. On s'est fixé un montant que je dois verser chaque jour pour rembourser son argent qu'il a dépensé et la voiture me revient. Je vivais avec une fille et on avait déjà un enfant. Lorsqu'on m'a enlevé de la boutique elle m'a quitté. J'ai cherché une deuxième et avec elle j'ai eu encore deux enfants. Elle voulait toujours partir. Il fallait à chaque fois lui donner les cadeaux pour la retenir. Une fois pendant que je travaillais je me suis rendu compte que j'ai oublié quelque chose à la maison. Je suis rentré et avais trouvé ma femme dans les bras de mon ami... Je ne continu plus. Ce soir-là on avait réunion familial chez mon oncle j'y suis allé. Pendant la réunion, j'avais besoin d'argent et j'ai demandé un prêt et je n'avais aucun garanti. Mon cousin m'a dit ta femme t'a demandé combien aujourd'hui ? Du coup j'ai revécu la scène que mes yeux venaient de filmer. Les autres ont accepté et mon cousin s'est opposé. Je me suis chamaillé avec lui et c'est quelques 10 minutes après que j'ai eu un coup de foudre et je me faiblissais et j'ai dit à un ami que quelque chose manque et il m'a dit tu es fatigué va te reposer et je suis rentré à la maison et constaté que ma femme n'y est plus. J'ai fait deux jours à la maison. Et les mères de mes enfants ne sont plus jamais revenues me rendre visite.

1-2) Accident vasculaire cérébral (AVC)

Le mot l'AVC est nouveau pour moi. Je n'avais auparavant pas su ce qu'on appelle AVC. J'entendais parfois sans un petit souci. Il a beaucoup causé : l'hypertension ou la tension, les soucis, l'obésité. Et ses conséquences : la mort, séquelles (hémiparésies, faiblesse de certains membres, la perte de parole).

Pendant la réunion, j'avais besoin d'argent et j'ai demandé un prêt et je n'avais aucun garanti. Les autres ont accepté et mon oncle s'est opposé. Je me suis chamaillé avec lui et c'est quelques 10 minutes après que j'ai eu un coup de foudre et je me faiblissais et j'ai dit à un ami que quelque chose manque et il m'a dit tu es fatigué va te reposer et j'ai fait deux jours à la maison. Je me paralysais au fur et à mesure. C'est alors qu'un ami m'a rendu visite et a constaté et m'a amené à l'hôpital.

A l'hôpital de Biyem-Assi on voulait faire le scanner et l'appareil n'était pas en bon état et c'est pour cette raison qu'on m'a transféré à l'hôpital général où j'ai fait le scanner et on a commencé mes soins. J'ai fait deux semaines. Aujourd'hui mon côté droit est faible. Le pied ne réagit pas bien au niveau d'articulations. J'apprends à vivre avec ça. Mais ce n'est pas facile. Et c'est si je le premier à avoir l'AVC dans ma famille.

1-3) Le vécu des séquelles neurologiques de L'AVC

Je ne répondais pas bien au téléphone ce qui a permis à m'a sœur d'envoyer mon ami voir quel est le problème. C'est alors qu'il est venu constater que j''étais malade et paralysé. Je sais mon cousin a aussi contribué à mon parce qu'il a demandé à la réunion de me refuser le prêt d'argent, sans oublier ma femme. Pourtant je fais tout pour la mettre à l'aise. J'ai les enfants et je dois me battre pour les élever. Ce n'est plus possible. J'ai un peu arrêté de prendre les médicaments faute de moyens. J'ai comment aussi la rééducation et on faisait la marche (on marque le pas) tiré au ballon marché dans un cadre sans tomber en essayant de mettre le pied droit et monter les escaliers. Pour la main il y'a avait une échelle où on attachait les bras et on demandait de faire des mouvements. J'avais de très bonnes relations puis que je parvenais à exécuter tous ces mouvements. Maintenant j'ai arrêté faute des moyens. Même la marche ne dépasse. Je suis sur place.

2) Cas N°2

2-1) Définition de trouble d'affectivité

Dans notre famille nous souffrons le plus souvent des pathologies suivantes : le paludisme, la typhoïde, le rhume la toux la grippe l'hypertension artériel, ladysenterie amibienne ...Particulièrement, j'ai souvent des maux de tête, le paludisme, le rhume, la toux, de la grippe. Ce dernier moment voici ce qui me dérangerait qui me faisait souffrir : Je suis jumeau et on m'a séparé avec mon frère. En plus, je venais de perdre ma maman qui était encore très jeune. Enfin, le fait que ma petite amie est tombée enceinte. Comme d'habitude je vendais dans notre boutique et je ne sais pas ce qui s'est passe. On m'adit que j'étais en train de servir et j'étais trop lent au point où les clients se plaignaient déjà. A cause des plaintes des clients le mari de ma grande sœur a voulu m'aider et a constaté que ça n'allait pas. J'étais en train de perdre l'équilibre d'un côté du corps. C'est à ce moment qu'il m'soutenu pour ne faire assoir sur un tabouret. Je leur ai dit que je voulais uriner et ils m'ont dit d'uriner et j'ai convulse. On m'a amené à l'hôpital. Mon entourage adit que c'est le mari de ma grande sœur avec qui je vie et travaille qui veut ne vendre dans la sorcellerie. Ainsi le départ de ma mère dû à l'hypertension et asthme, le fait que ma petite amie enceinte, sans oublier cette maladie l'AVC dont je souffre maintenant.

2-2) Accident vasculaire cérébral (AVC)

Quand je leur ai dit que je voulais uriner et ils m'ont dit d'uriner, j'ai convulse. On m'a amené à l'hôpital. Dès que je suis arrivé à l'hôpital j'ai sombré dans le coma. On m'a transféré à curie dans l'hôpital central de Yaoundé. J'ai fait trois jours dans le coma. Quand je suis sorti du coma, je ne reconnaissais pas où j'étais. Quand j'ai demandé là où je suis et pourquoi ? On m'a répondu que j'ai fait l'AVC. C'était ma première fois d'entendre ce mot. Je ne connais ni ses causes ni ses conséquences. Mes examens n'ont pas aussi révélé la cause de ma souffrance.

2-3) Le vécu des séquelles neurologiques de L'AVC

C'est à l'hôpital qu'on m'a dit que j'ai fait l'AVC. Jusqu'à ce jour, Je suis très gêné, triste car, je suis constamment fatigué. La force me manque pour faire ce que je désire. A cause de l'hémiplégie. Les examens n'ayant rien révélé. Je pense parfois que les dires de mon entourage peuvent être vrais. J'ai maintenant trop peur de mon entourage. Je me méfie, je n'ai plus confiance à mon entourage. Je pense qu'on devait me soigner à l'indigent. Mais personne n'y songe. Je ne prends plus les médicaments car je ne sais pas ce que je soigne. Je travaillais avec un kiné. Maintenant je ne veux plus. On ne s'entend pas bien, parce qu'il y a des exercices que je n'arrive pas à exécuter et il pense Que c'est moi qui veux. Je demande à mes frères de me masser, en attendant avoir un peu de force pour apprendre à marcher. Je suis diabétique et hypertendu depuis

OBSERVATION PENDANT L'ENTRETIEN

Il était assis adossé au mur et soutenu par la table. Il m'a fixé du regard deux fois .la première au début de l'entretien, et le second à la fin. Il baisse sa tête, ou regardait ailleurs. Même la main du côté qui n'était pas malade bougeait à peine. Il était très inquiet et voulait savoir si réellement à son âge il pouvait faire l'AVC.

3) Cas N°3

3-1) Définition Trouble D'affectivité

Je sors d'une famille religieuse et dont mon père était un pasteur. Dans notre maison il y avait toujours beaucoup des gens. Ce qui fait que la prise en charge scolaire de tous ceux qui partaient encore à l'école n'était pas facile. Ma mère est tombée malade et subie une intervention chirurgicale, ce qui l'a beaucoup diminué et la situation est devenue plus compliquée. Et mon père aussi étant hypertendu régulièrement était malade. J'avais seulement le BEPC et j'avais

abandonné l'école. J'avais commencé à vendre dans au bar pour secourir mes petits frères et sœurs puisque j'étais l'aîné. On était très malheureux, les autres pasteurs et responsable de l'église ne pensaient ni à mon père ni à ses enfants. Je me débrouillais ainsi avec mon frère et régulièrement on était stressé. Dans toute situation j'ai enceinté une fille et comme je faisais tout comme je voulais, je l'ai prise pour épouse. Après un bon bout de temps, j'eu un concours et après ma formation, on m'a affecté à Obala. Pendant que j'étais à Obala, mon petit est venu me rendre visite. On nous a emballés dans un problème et on a été interpellé par la gendarmerie et on s'est retrouvé à deux en cellule où on a passé trois jours avant que le problème s'est calmé. Pendant que j'étais en cellule, ma femme a déménagé et laissé la maison vide. Le temps que j'ai passé en cellule et problème dont on m'accusait a été la raison suffisante pour qu'on me déshabille. Dans un intervalle de trois jours je ne suis retrouvé sans travail, sans femme, avec une maison vide et éloigné de mes enfants.

Le problème a refait surface un mois plus tard où j'avais été incarcéré de Juin à Décembre par une sentence bidon. Et c'est en prison que je revoyais l'histoire de ma vie : la séparation avec la mère de mes enfants, la perte de mon emploi, la mort démon père puisque mon père était mort avant que j'ai commencé de vendre au bar. Tout cela me rendait furieux au point. A l'intérieur de la prison j'ai lutté avec les gardiens. Je n'écoutais plus personne quel que soit la punition qu'on m'affligeait après. Avec le départ de ma femme, j'avais développé la phobie des Hommes. Et quand je suis sorti de la prison, la phobie des hommes a augmenté car j'étais et je suis constamment déçu. Je prends les décisions que beaucoup ne valide pas. J'avais coupé tous mes contacts. Je n'allais plus nulle part, et je mangeais mal. J'ai décidé de rentrer passer la fête de nouvel an dans la famille. Mon malheur résulte de la perte d'un être cher, les déceptions amoureuses, la pauvreté...être pauvre est une malédiction, car elle ferme tous les portes. L'absence d'amour. La perte d'un être cher est un fléau : car malgré les difficultés de mon père, je ne devrais pas me retrouver en prison. Et comme cela n'était pas suffisant, dès mon arrivée chez nous, la mère de mes enfants est venue m'abandonnée les enfants. Je l'avais supplié de les garder avec elle pour qu'ils finissent l'année scolaire, elle n'a pas accepté. Et dans cela elle m'avait qualifié de tout ce qui existe de négatif. Pour elle je bon à rien. J'ai pleuré toute la nuit-là en revoyant la mort de mon père, la séparation avec la mère de mes enfants, l'abandon de mes enfants par leur maman, la perte de mon emploi. Ma mère malade et pauvre me pouvant m'aider et comme je ne parle avec personne, l'idée m'est venue d'allée supplier ma belle de garder mes enfants avec elle pour qu'ils terminent l'année scolaire. Elle m'a un peu raconté ce que les gens disent de moi ; les gens ont dit tellement de chose jusqu'à dire que je suis entre dans la secte. Du retour de chez ma belle-mère, au niveau du bar qui est devant notre

entré j'ai certain de mes amis qui m'avaient invité à boire. Comme j'avais la phobie des hommes et pour ne pas leur donner l'occasion de me déranger, je leur avais dit d'attendre que j'aie déposé mes effets à la maison et je suis parti. Ils m'avaient attendu longtemps, et l'un d'entre eux est descendu voir ce qui m'empêchait d'arriver et il avait dit qu'il m'avait trouvé couché au sol. Il avait appelé mes voisins on m'avait transporté dans un centre de santé où ils avaient dit qu'ils ne peuvent rien. Ils m'avaient amené à Bethesda et lui aussi m'a transféré à l'hôpital Centrale où j'ai fait cinq jours dans le coma. J'ai rechuté une seconde fois pour deux jours de coma. On m'avait hospitalisé en neurologie.

3-2) Accident vasculaire cérébral(AVC)

On en parle de l'AVC dans les médias. Je ne sais pas, clairement quelles sont ses causes, mais je pense que c'est l'hypertension artérielle. Ses conséquences sont L'hémiplégie, la perte de la parole, l'inconvenance urinaire et fécale, les écarts

J'ai fait l'AVC à la maison c'était en Janvier deux mille dix-sept. C'était pour ma première fois. Je sortais de la prison où j'ai fait trois mois. J'étais rentre me réinstaller chez mes parents, trouble par le problème qui m'a conduit en prison. De manière imprévisible, la mère de mes enfants est venue m'abandonner mes deux enfants. Pire encore à la fin du premier trimestre. Quel que soit ce que j'ai dit' elle n'a rien compris. Le lendemain je suis allé chez mes beaux-parents. Après un entretien avec ma belle-mère, elle a accepté de garder mes enfants chez elle pour finir l'année scolaire. Du retour j'ai vu certains de mes amis à notre entrée. Ils m'ont proposé à boire. Je leur ai dit de m'excuser pour que j'aie me mettre à l'aise avant de revenir. Je suis descendu. J'ai ouvert la porte et je me suis écroulé. Quand ils m'ont longtemps attendu, l'un d'eux est descendu me voir et j'étais étalé au sol' à l'entrée de ma chambre. On m'a amené dans un centre de santé. Là-bas, on m'a placé une perfusion. Et m'a transféré à l'hôpital Bethesda. Là aussi ils n'ont pu rien faire et n'ont envoyé directement à curie de l'hôpital central où ma prise en charge a eu lieu. J'ai constamment les violent maux de tête, les vertiges et ce côté du corps qui refuse de m'accompagner. Je ne le ressens pas jusqu'aujourd'hui. C'est très difficile pour moi. J'ai pitié de ma pauvre mère qui doit encore prendre soin de moi et même de mes enfants. Je dois rester constamment avec les remèdes parce que je dois les prendre dès que je sente les symptômes des maux de tête. C'est l'AVC qui a tué mon père et c'est le seul cas que je connais dans ma famille.

3-3) Le vécu des séquelles neurologiques de L'AVC

J'avais su que suis victime d'un AVC à l'hôpital. Mon état de santé me plonge dans un bon nombre de difficultés : Je suis confronté a beaucoup de problèmes ; l'oisiveté, le chômage, les soucis de savoir si je ne suis pas prédisposé à une rechute. Trop d'inquiétudes pour l'avenir de mes enfants et de moi-même. Je suis aussi responsable de ma souffrance d'un côté et Pourquoi ? Sans importance, je ne parle pas. Il s'est mis à pleurer. la conversation a été interrompu pour lui permettre de se défouler complètement et après on 'a relancé la conversation. Et autres personnes de l'autre. Entre autre ; la mère de mes enfants, les chrétiens, amis de mon père. Car les pasteurs, amis de mon père ont une doctrine très rigide qui parfois ne cadre plus avec les paroles de la bible. Je vis très mal parce que je ne suis plus moi-même. J'ai travaillé et maintenant je ne travaille plus. Je suis une charge pour ma famille qui n'a rien. Je ne prends jamais mes médicaments temps. Il toujours un temps pour cotiser avant de m'en acheter. Mes médicaments sont très chers et il n'y a pas d'argent. Mon sport c'est la marche, et je me débrouille avec mes frères. Nous n'avons pas d'argent pour chercher un kinésithérapeute. Si j'avais pouvais les béquilles, je me débrouillerais seul.

4) Cas N°4

4-1) Définition du trouble d'affectivité

Je suis orpheline, j'ai perdu mon père quand j'étais en quatrième année à l'école de médecine. Ma mère retraitée tout fait pour que je finisse ma formation. A la fin de ma formation j'ai attrapé le VIH. C'était une honte pour moi enfant que médecin et une honte pour ma famille qui se dise chrétienne engagée. A cause de tout cela j'ai pensé mourir. J'ai décidé de ne suivre aucun traitement. En deux ans ma santé s'est détériorisé. Je ne disais à personne de quoi je souffre exactement. Etant médecin on savait que j'étais en train de ne soigner et je disais à ceux qui s'inquiétaient de mon état que je prends les médicaments et tous me croyaient. Pendant tout ce temps je mentais à ma famille que je me porte bien. Puisque ça n'allait toujours pas on m'a rapatrié dans mon pays parce que j'étais au Gabon. Ma famille m'accueillir en larme. Elle conduit directement à l'hôpital général. Grace au soin, aux exhortations et prières, j'ai retrouvé un peu la santé. Après quelques mois de récupération, j'ai commencé à travailler dans un centre de santé je pouvais déjà subvenir à tous mes besoins et apportais aussi ma contribution à certains besoins de sa famille aussi. Après un bon bout de temps, j'ai pensé retourner au Gabon et avais fait part à ma famille. Cette idée a été rejetée par chaque membre de ma famille. Lorsque j'ai voulu faire mes dossiers pour y retourner, je ne les ai pas trouvés. J'ai pleuré fatigue. J'étais

troublée, déçue et découragée, car que va devenir sans ces diplômes ? C'était très difficile pour moi. Ayant déjà ma santé, ma virginité, il ne restait que mes diplômes.

Mon entourage m'a beaucoup soutenu. Elle a amené un équilibre affectif de temps en temps mais le découragement est en train de faire sa route.

4-2) Accident vasculaire cérébral(AVC)

Je connais l'AVC, ses causes, et les facteurs de risque sont multiples. De ses conséquences sont entre autre la désocialisation, le suicide... suite à la douleur de perte de mes documents, je me suis réveillé un matin et constaté que j'ai encore fait l'AVC.

Le premier Novembre 2015 et c'était la troisième fois puisque j'ai eu deux AIT avant l'épisode ischémique. Au réveil, au petit matin, j'ai perdu la parole. Je me suis mis à crier ne sentant plus mon corps à gauche

Ma prise en charge médicale et socio-familial a été prompte et effective dont ma récupération devait suivre et de manière progressive. Rien n'évolue, il n'y a aucun changement. J'ai une hémiplégie gauche avec une atteinte partielle à droite, je ne vois plus du côté droit, ne parle pas, ne se mouche pas, la salive coule permanemment de ma bouche. Je ne peux pas mâcher les aliments. Je ne peux pas m'habiller seule, j'ai aussi une incontinence urinaire et fécale. Je suis patient optimiste par moment que ça ira avec la grâce de Dieu accordant mais de temps en temps je perds l'espoir. C'est difficile.

Cette maladie a déjà frappé en dehors de mois d'autres personnes au sein de notre famille. Et plusieurs fois. Et même y a eu des cas de mort ayant pour étiologie l'AVC dans la famille.

4-3) Le vécu des séquelles neurologiques de L'AVC

J'ai su que je suis victime d'un AVC à la maison. Je suis depuis le jour-là muet aveugle et hémiparésie gauche avec une atteinte partielle à droite, et vivant avec une incontinence urinaire et fécale. Dans cette souffrance je ne reproche personne ; je suis responsable de tout ce qui n'arrive. Il est vrai qu'avant j'étais très désordonné et je souffre aujourd'hui, des conséquences des erreurs. Je suis séropositif et c'est une honte pour moi. J'ai déçu ma famille. Et je vis dans un stress de façon permanente. J'avais un peu AVC est venu tout enlevé

La gestion mon état actuel se fait progressivement avec beaucoup de patience en espérant que tout se passera pour le mieux. Même comme je doute moi-même en voyant l'évolution des choses. Il m'arrive par moment de refuser de prendre mes médicaments. Et ma famille passe un bon bout de temps à me supplier. Je loue l'engagement de ma famille. Mais je m'ai plus l'espoir parce que les résultats ne sont pas ceux escomptés, *c'est* très difficile, chaque jour qui passe est une victoire. Je vis dans le désespoir. Dans une attente sans suite. Je ne m'accroche à rien seul que le bon Dieu décide. La vie me dégoûte pourtant je n'ai même pas encore commencé à vivre, à réaliser mes projets et surtout à mon âge je n'ai ni mari, ni enfant. Je suis devenu dépendant à tous les niveaux. Je ne peux plus de moi-même pratiquer un sport. Je travaille avec un kinésithérapeute. Il souvent les exercices à faire en l'absence. et je n'ai jamais pu le faire de moi-même. Je n'aime pas souvent mon kiné parce qu'il augmente ma fatigue avec ses exercices.

Observation pendant l'entretien

J'ai trouvé Mlle. L couchée sur le canapé au salon. Puis qu'on savait que je devais travailler avec elle, on le lui a rappelé et soulevé. Elle voit d'un seul œil. Elle a soulevé sa tête, m'a regardé et la baissé. On était assis face à face mais nos regards ne se croisaient pas. Quand je lui posais une question elle prenait le stylo et le cahier entre mes mains, répondait. Pour savoir qu'elle a fini je constatais qu'elle n'écrivait plus. C'est à ce moment que je lui posais la question de savoir s'il a fini ? Et elle faisait un signe d'affirmation. Les larmes et la salive coulaient de ses yeux et narine et c'est quelqu'un d'autre qui essayait puis qu'elle n'essayait pas bien. Quelque temps après, son kinésiste est venu on l'a soulevé de la chaise. Elle ne peut pas se tenir debout seul. Ne cherche même pas à bouger son pied. Et le kinésiste et les membres de sa famille de dire qu'elle a trop peur et l'encourageait de ne plus avoir peur. Et d'essayer de marcher. Quand on lui a dit qu'elle ne veut fournir aucun effort elle s'est mis en colère. Quand elle était debout elle avait la bouche, ne regardant toujours personne.

5) Cas N°5

5-1) Trouble d'affectivité

J'étais mariée, mère de six enfants vivant en location avec mon mari. Mon mari m'abandonné en location avec les enfants pour aller vivre avec une autre femme. Il ne s'était plus retourné pour voir comment je vis avec ses enfants. Je souffrais seul pour leur nutrition, leur éducation, leur santé, la location de la maison ... J'ai eu un enfant très malade et sa maladie m'a ruinée au point que mes enfants n'ont pas fréquenté toute l'année. Et je vivais cette situation avec beaucoup de douleur, beaucoup de résignation au point où j'ai pensé me suicider. Certains de mes enfants ont abandonné l'école pour se lancer dans la débauche. Ce qui m'a augmenté la charge avec l'arrivée des petits fils. Les autres ont eu les diplômes mais personne ne travaille. N'ayant pas assez de moyens pour subvenir à mes besoins, j'ai décidé de retourner vivre avec mes enfants dans la maison familiale. La vie n'étant pas toujours facile en famille, j'ai pensé qu'il était mieux pour moi de construire ma propre maison. Je me suis endettée pour me procurer un terrain. J'ai cherché un technicien qui m'a aussi beaucoup dérangé. Je me suis demandé où est-ce que je peux trouver la paix, la joie ? Quand est-ce que je vais vivre sans douleur ? Je ne peux plus ne rappeler tous les troubles de ma vie. J'ai commencé à détester tous les hommes parce j'ai tout fait pour vivre heureux avec mon mari mais, cela ne l'a pas empêché de chercher les femmes au point de déménager. Les hommes ont tellement courir derrière moi et je les détestais eux tous. J'ai même honte de ce que les gens disent. : Tu as refusé l'amour des gens : et te voilà coucher, bon à rien.

J'allais oublier : je suis hypertendu, il y a de cela trois ans une tension qui de trop est 13 Mon père et mon petit frère étaient aussi hypertendu. Et c'est l'hypertension qui a tué mon père. Mon petit se demande toujours comment je souffre lorsque ma tension est à 13 ? Un jour j'ai eu un malais sur la route. Je me suis étalée ; on m'a donné de l'eau à boire. Ce malais était la fatigue suivie de vertige.

5-2) Accident Vasculaire Cérébral (AVC)

L'AVC est quelque chose qui touche le cœur, la tête, le cerveau car quand je suis réveillée on a accidentellement tes troubles. Ses conséquences : Je suis clouée au lit, paralysée du côté gauche. J'oublie beaucoup. Je suis extrêmes fatiguée. J'ai perdu la parole quelques jours. Je sais que j'ai fait un AVC deux fois. La deuxième fois je rentrais de la réunion à Nkolmetou. Le taxi m'a laissé à Madagascar. Je devais traverser la route, à peine amorcé la route mes chaussures se sont enlevés. J'ai ramassé et arrêté en main. J'ai senti que quelque chose m'arrive

et du coup j'ai appelé l'enfant pour venir me chercher. A la maison, on a pris ma tension et elle était à 15/10. J'ai pris mes médicaments et en voulant ne pas couler, j'ai eu peur et demandé à ma fille de venir dormir avec moi. Elle est venue plutôt me prendre pour aller dans sa chambre et c'est au niveau du salon que je me suis écroulée. Du coup on m'a amené à l'hôpital (à l'époque) où j'ai fait deux jours dans le coma. Ma famille s'est bien battue. On m'a demandé d'être positive en tout, je chasse les mauvaises pensées qui viennent de temps en temps et pour éviter, la récurrence ; je prie avec mon chapelet. Mais ce n'est pas facile. Dès que j'arrête de prier tout revient dans ma pensée. Je veux bien avoir les pensées positives mais je n'arrive pas. C'est aujourd'hui que je comprends que c'est l'AVC qui l'a tué quoiqu'il était hypertendu.

5-3) Le vécu des séquelles neurologiques de L'AVC

C'est à l'hôpital, et à la sortie du coma qu'on m'a fait savoir que j'ai fait l'AVC.

Je suis clouée à la maison et dans une chambre serrée, j'aime que la porte soit ouverte afin que je puisse voir le dehors. Si je savais je ne devais pas me fâcher du technicien et même des enfants qui m'ont dérangé et du fait qu'ils buvaient trop d'alcool.

Parmi mes enfants, un des garçons qui a épousé une fille qui n'a même fréquenté, l'autre a déjà jusqu'à deux enfants avec un homme qui n'arrive pas à la nourrir. Si j'oublie la déception du technicien et la désobéissance de mes enfants et la séparation avec le père de mes enfants, comment ferai-je pour oublier la paralysie ? Une femme très active que j'étais, je suis enfermée dans une chambre et clouée au lit. Personne ne me veut me faire sortir pour voir le dehors. Je continue à prendre mes remèdes mais pas normalement par insuffisance des moyens. J'ai l'amie de la femme de mon petit frère qui est kiné. Elle vient de temps en temps faire au moins un exercice avec moi. Par exemple elle me demande souvent de soulever ma main malade pour toucher ma tête. Les mouvements des pieds et des mains surtout du côté malade sont faits par lui-même. J'ai de bonnes relations avec eux cette femme parce qu'elles m'expliquent bien les mouvements que je dois faire avec douceur et amour même comme je parviens toujours par exécution. Quand j'oublie ce que je dois faire exactement elle me rappelle sans trop me gronder.

6) Cas N°6

6-1) Définition du trouble d'affectivité

Dans ma famille il existe des personnes qui souffrent des maladies comme le Diabète, l'hypertension artérielle..., Des gens consomment abusivement du tabac et/ou de l'alcool. Je ne peux rien vous dire puisque je ne pars jamais à l'hôpital. Je me rappelle qu'il y a de cela longtemps j'avais le panaris sur mon doigt. C'est ma voisine infirmière qui m'a fait le pansement. Pendant ce moment, elle m'a fait le test de glycémie et m'a dit que le taux n'était pas bien. Elle m'a mis sous un régime. J'ai fait l'effort jusqu'à la fin la cicatrisation de sa blessure. Aussitôt le régime a été abandonné par manque des moyens. PA'A EMMA : Il y a ma mère qui a eu l'hypertension juste avant sa mort. Son départ a été un grand choc pour moi. La situation que je vis aujourd'hui comme l'incapacité de me déplacer, d'agir, de faire ce que je veux et comme je veux me plonge dans les troubles. Les gens m'encouragent de les oublier. Je ne sais comment faire pour en pas être troublé

La vie de l'un ne correspond plus à la vie de l'autre. Tout peut être considéré comme trouble. Le trouble dépend de la nature de chacun puis qu'on n'a pas la même vision, la même compréhension de vie. De façon permanente maintenant je suis stressé. Cette incapacité de faire ce que je veux créer en moi un dégoût de vivre. Et ceci de façon régulière Car c'est tout un côté qui pèse et tout le corps n'est pas tranquille, pour dire que le dégoût est permanent. Je refuse d'écouter ce que disent les gens me concernant. Je me remets à Dieu. Je vis au-delà des pensées humaines ? Je ne veux rien savoir de ce qu'ils pensent et disent de mon état.

6-2) Accident Vasculaire Cérébral (AVC)

Il avait avant une maladie qui attaquait les animaux et ressembler au crampe. Ces animaux n'arrivaient plus à marcher et ressembler aux crampes. Mais ceci est plus fort.

Tout aliment qui entre dans le corps c'est chaque être qui la prend de sa main et la consomme. Et tout excès nuit. Fatigue violent maux de tête avec des « étoiles, les vertiges, paralysies du pied gauche. Je peux avouer que je suis moi-même l'auteur : parce qu'à la veille j'ai mangé deux boules de couscous et bu deux bouteilles de jus. Tout ceci après un dur labeur. J'étais à Bouda, je ne suis pas reposé, j'ai voyagé la toute la nuit pour retourner à Yaoundé. Je suis arrivé étant très fatigué et je suis couché ; mais toute la journée couchée, je sentais toujours l'extrême fatigue. Vers quinze heures, je me suis dit qu'il faut que je m'étende un peu. Mon esprit me dit d'éviter le soleil. Arrive au carrefour. Je ressentais toujours la fatigue et du coup je suis rentré. Je ne suis arrêté un instant à mon portail juste pour saluer mon voisin et à ce

moment j'ai sentir comme si j'avais les vertiges et les violents maux de tête. Je le lui ai signifié et suis entre me recouche. Apres quelques instants j'ai eu l'envie de me mettre à l'aise, et j'ai réalisé que tout mon côté gauche devient de plus en plus lourd. Etant seul à la maison j'ai force et je suis allé me mettre à l'aise. Du retour je n'ai pas pu soulever moi-même mon pied gauche pour mettre au lit. C'est à ce moment que j'ai appelé ma femme pour lui dire que j'ai un début d'AVC conduit moi à l'hôpital. Les conséquences sont la division du corps de la tête jusqu'au pied (paralysé) alors. Le coté malade. L'œil gauche est affecté. C'est la toute première fois. Sauf si les malaises que j'ai souvent étaient des formes d'AVC. Si oui c'est la troisième fois. Cette fois ci, j'étais couché au lit et voulait porter l'enfant qui pleurait autour de moi. J'ai senti une lourde qui m'empêchait de mouvoir. Du coup j'ai appelé ma femme pour lui dire et c'est comme si je suis en train de faire un AVC. Elle m'a amené à l'hôpital ou on a fait le scanner, la glycémie à jeun qui était 4.8 g/l et la tension 15 et les médicaments étaient achetés et j'ai commencé le traitement A l'hôpital, les tests ont montré que ma glycémie était à quatre gramme /mètre cube de sang et l'hypertension quinze. On m'a prescrit le scanner qui n'a rien révélé. J'ai une semaine à l'hôpital et je suis sorti. On m'a envoyé au Centre des handicapes pour le massage. Tout le temps que j'ai mis je ne voyais pas de changement. On m'a conseillé un naturopathe qui s'occupe de moi jusqu'à présent. J'ai abandonné l'hôpital et c'est qui fait mes massages. Et je sens un léger changement. Je n'ai aucune douleur seul mon côté gauche qui ne fonctionne plus bien depuis un an six mois. Mais je suis paralysé jusqu'aujourd'hui que dans la famille, il y a beaucoup des hypertendus.

6-3) Le vécu des séquelles neurologiques de L'AVC

La situation de mon mal m'a mis dans difficultés je ne me bouger pas le coté malade. Je ne contribue à rien dans ma famille, ni pour moi-même ni pour ma femme et mes enfants.

Ma mère est morte étant hypertendu. Et on a dit au moins une fois que mon taux de glycémie était élevé et j'ai négligé. Certaines personnes autour de moi (enfants et parfois ma femme) m'énervent. Ma femme n'aime pas que je parle beaucoup, elle dit que ma tension monte quand je parle beaucoup. Les enfants n'obéissent pas promptement à ce que je leur demande parfois. Je remets tout à Dieu pour éviter de ne pas trop penser, de faire les calculs rapides. Quelques soient les déceptions de tout un chacun. Je prends mes médicaments pour réguler ma glycémie et ma tension ainsi pour le problème des crampes car les articulations de ce côté malade se sont rétrécies. Mon sport est la marche et l'étirement des articulations. Par manque d'argent, je me fais masser par un herboriste. C'est une personne qu'il a soigné qui ne la recommandé et je lui ai fait confiance.

OBSERVATION PENDANT L'ENTRETIEN

Il était assis adosse au mur et soutenu par la table. Il m'a fixé du regard deux fois .la première au début de l'entretien, et le second à la fin. Il baisse sa tête, ou regardait ailleurs. Même la main du coté qui n'était pas malade bougeait à peine.

7) LE Cas N°7

7-1) Définition de trouble d'affectivité

Ma vie a été jonchée de beaucoup de problèmes. Je sors d'une famille pauvre. A peine que je me suis marié et accouchée nom premier il est mort. La mort de mon premier enfant m'a fait très mal. Après mon deuxième accouchement, j'ai perdu ma mère pour devenir orpheline complète. J'ai été contraint d'amener tous mes frères chez moi puisque j'étais l'aînée. Ce qui fait que la vie n'a pas été facile pour moi. Ma petite sœur à son tour a fait plusieurs mariages sans succès au point de rester célibataire. Je suis devenue malade ce qui a aggravé notre situation financière qui n'était d'abord pas passable (bonne). On a tout fait : hôpitaux, marabouts puisqu' on accusait aussi la sorcellerie. Ce qui fait que ma a connu beaucoup de difficultés. Je suis devenue une femme fragile du fait de la maladie. La douleur la plus ressentie est la mort de ma petite fille de 26 ans, morte de suite d'une opération chirurgicale puisque souffrant d'une appendicite. De mes deux filles ; l'une souffrant du cancer et l'autre du SIDA et de mon arrière petite violée par un garçon dont le père est rebuté dans la sorcellerie. Les moments de joie sont très réduits comme je l'ai dit dès le début. Je rêvais à un changement qui n'arrivera jamais. Toi-même regarde mon état. Dans quel domaine puis-je encore être utile dans ma famille. Si Dieu pouvait m'exhausser saurait été mieux de me prendre. Que de souffrir et de faire souffrir nom entourage. Et même cette sorcellerie refuse de me prendre. Autant des situations difficiles dont j'endure.

7-2) Accident vasculaire cérébral(AVC)

L'AVC fait partir des nouvelles maladies. J'entends en parler souvent. On nous a raconté beaucoup des cas de mort ayant pour cause l'AVC. Je ne sais pas ce qui est l'origine de cette maladie. Mais je sais que les personnes qui ont fait sont paralysées d'un coté de leur corps. Je n'avais pas encore été victime de l'AVC. C'est ma première fois. Voici ce qui s'est passé : elle s'est réveillée apparemment sans problème. Répondant à la salutation juste en tendant sa main sans parler. C'est la voisine qui a dépisté que la MA'ARE est malade. Ceci parce qu'elle

n'a pas réagi a aux blagues qu'elles font souvent. Elle a appelé sa fille pour lui demande si elle s'est rendu compte que sa mère était malade avant de quitter la maison. Elle a dit non : « je pensais qu'elle était en train de me bouder ». Du coup elle est rentrée. A ce moment on a réalisé qu'elle a urine sur elle, alors qu'elle est allée à la toilette elle-même quand sa fille était encore là.

On l'a amené au CHU Sa tension artérielle était très élevée. On nous envoyer faire les examens à la « le Jourdain ». Les examens ont montré qu'une veine a été bloquée au niveau du cerveau. On nous a transférée aux urgences de l'hôpital central de Yaoundé (Mésa) ou on a commencé son traitement. Après trois à quatre jours de traitement, on a commencé les massages. Pendant la troisième séance de massage, elle a convulsé et ainsi deux fois de suite. On a demandé d'arrêter. Pendant qu'elle était internée elle a fait deux mélénas sévères. N'ayant pas recouvert totalement la santé on les a sortis de l'hôpital pour continuer les soins à la maison. Et les infirmiers passaient à la maison pour lui administrer les soins jusqu'à épuiser le montant qu'on a versé à cet effet.

Voici des séquelles neurologiques dont elle souffre : Des difficultés ; à mâcher les aliments, à se moucher 'incontinence fécale et urinaire, une hémiplegie gauche, et la perte de la parole.

Cette maladie n'a pas encore en dehors de moi frappé d'autres personnes au sein de ma famille. Mais je sais son grand frère est mort de l'hypertension et du diabète. ET que dans sa souffrance il avait beaucoup de problème par exemple il arrivait parfois que sa bouche se déformait. Je ne peux pas savoir s'il Ya déjà eu des cas de mort suite à l'AVC dans notre famille.

7-3) Le vécu des séquelles neurologiques de L'AVC

J'ai su que je suis victime d'un AVC de la bouche du personnel soignant à l'hôpital quoique tout ait débuté à la maison. Nous état actuel me fait trop souffrir. Je disais souvent que je souffre mais je n'entraînais pas tout le monde (ma famille, mon entourage, mes connaissances) dans mes peines, mes douleurs. La souffrance est à plusieurs niveaux : l'assistance physique il faut par jour ou moins trois personnes autour moi afin de pourvoir me nourrir, me changer de vêtement et m'administrer les médicaments qui sont à leur porté ; en plus de tout cela il faut des contributions financières. J'ai pitié de mes enfants et de mois même. Dans cette situation, je me reproche du fait que je n'avais jamais pensé vérifier régulièrement ma tension artérielle. Je me reproche d'autres personnes (ma famille, mon entourage, mes connaissances) qui eux aussi ne m'avait jamais pensé vérifier ma tension artérielle. C'est pour cette raison que je suis régulièrement triste, tout le monde autour de moi m'énerve. Aussi parce

qu'il discute au sujet des contributions financières me concernant. Je ne suis pas aussi contente d'entendre les gens se plaindre ou se quereller parce qu'ils sont fatigués de prendre soin de moi. Je prends plus régulièrement mes médicaments par manque d'argent. Ceux qui viennent pour faire le sport avec moi me plongent davantage dans la fatigue, raison pour laquelle je n'aime pas les voir. J'ai plutôt les gens viennent n'encourager et me reconforter et prier pour moi. A chaque fois qu'on finisse la prière je ferme yeux en priant dans mon cœur que Dieu me prenne.

Observation pendant l'entretien

Elle est toujours couchée, ne parle pas, mais écrit. Pour la nourrir il faut au moins deux personnes l'un pour le soutenir et l'autre pour lui donner les remèdes ou la nourriture. La meilleure façon de la nourrir, c'est rendre tout liquide et utiliser une seringue, forcé au point que la seringue traverse ses dents. Car elle serre ses dents quand on veut lui donner à manger. De temps en temps, elle renvoie le remède et parfois la nourriture. Lorsqu'on lui parle, elle essaye de répondre et lorsqu'elle constate que personne ne la comprend ses larmes coulent. Elle a l'air très fatiguée. Il fallait la tourner de temps. Parfois elle a des besoins, elle fait des signes et personnes ne parvenait à interpréter ses signes. On voit juste ses larmes qui coulent.

8) Cas N°8

8-1) Définition de trouble d'affectivité

Je suis responsable d'une très grande famille. Mes frères m'accablent de beaucoup de problèmes. Entre autre la séparation avec les gens que tu aimes bien, sur qui je pouvais. Les maladies chroniques, la pauvreté. Dans laquelle je ne trouve avec ma famille. Ce qui fait que je traverse. Les périodes très compliquées. Plusieurs fois. Je ne peux pas les énumérer. Certains de mes frères me qualifie de sorcier, méchant ... Cela dépend de tout un chacun. Soit on vous accuse, soit vous été victime.

8-2) Accident Vasculaire Cérébral(AVC)

Je sais que l'AVC a pour causes l'hypertension artérielle, le diabète, le manque de sport. Ses Conséquences sont l'hémiplégie, la fatigue, les violents maux de tête. Du moins c'est mon cas. Je ne peux pas en savoir plus car c'est ma première fois d'être victime de l'AVC. Je suis un très grand sportif, comme je l'ai dit tantôt. J'ai bien dormi. Et tôt le matin à la maison, comme d'habitude, je faisais mon sport dans la cour. Mon fils qui était assis dans à la véranda a constaté que je ne courais pas bien que mes mouvements ne sont rythmés. L'enfant m'a dit

d'arrêter et je me sentais fatigué et je m'affaiblissais. Du coup il m'a conduit l'hôpital de Biyem-Assis ou on m'a directement placé trois perfusions. J'ai demandé qu'on m'amène au CHU parce que j'y étais interne avec mon cousin qui lui aussi a été victime d'un AVC. Et de plus j'ai beaucoup des relations au CHU. Le docteur a fait une note qu'il a signée en précisant que c'est à la demande du patient. Dès que nous y sommes arrivés on m'a envoyé faire le scanner. Cet examen a révélé qu'une de mes veines a été bouchée, et on ne m'a pas précisé dans quel niveau du corps. Ils ont continué mon traitement. Mon côté gauche se paralysait au fur et à mesure. Après deux semaines de traitement hôpital, je suis sorti pour continuer les massages avec le kinésiste thérapeute. On m'a prescrit un produit qui coûte pour le moment 30000f (trente mille francs CFA). Et je dois l'acheter chaque mois. Quel que soit le traitement, il reste toujours paralysé et est constamment fatigué. Je suis devenu diabétique.

8-3) Le vécu des séquelles neurologiques de L'AVC

Je suis de nos jours diabétiques, paralysé. Etant un grand sportif comme je l'ai dit tantôt, je suis devenu handicapé, cloué sur place, constamment fatigué. Les gens autour de moi me dérangent beaucoup. Tout cela me met constamment en colère. On me demande d'éviter la colère et ce n'est pas facile. Le médecin m'a autorisé de boire le beaufort light. Pour m'acheter une bouteille, il faut que je bavarde jusqu'à ce que la salive finisse de ma bouche, alors que c'est avec mon argent qu'ils doivent en acheter. D'habitude, détesté le fait d'aller à l'hôpital lors qu'on ne souffre sérieusement. Après chaque deux jours j'ai un rendez-vous à l'hôpital et les souffrent pour m'y conduire. Ce qui ne fait le plus mal c'est l'hémiplégie. Tu deviens prisonnier chez toi, incapable de mouvoir dans ta propre maison.

OBSERVATION PENDANT L'ENTRETIEN

Chaque ou j'étais chez lui, on toujours dit de patienter et est allé l'appeler dans sa chambre. Et du retour on ne dit de patienter, il s'habille. On m'a donné une place autour de la grande table et il est venu s'asseoir à ma droite. Je le regardais de profil, il regardait devant lui bougeait librement la main saine, et la reposait sur qui sortait petit à petit de la paralysie. Il ne regrettait rien. Il était capable de se prendre en charge seul.

l.

9) Cas N°9

9.1) Définition de trouble d'affectivité

Je vendais dans la boutique de mon oncle. La seule fois que mon cousin est venu faire les inventaires il a constaté qu'il a un déficit d'une somme de ... Et mon oncle m'a chassé de sa boutique et c'est cousin qui appris la relève. Je n'avais plus autre chose à faire. Entant qu'un père ; il n'a dit d'apprendre le conduit et c'est ce que j'ai fait. Il a acheté une voiture mettre en taxi pour donner. On s'est fixé un montant que je dois verser chaque jour pour rembourser son argent qu'il a dépensé et la voiture me revient. Je vivais avec une fille et on avait déjà un enfant. Lorsqu'on m'a enlevé de la boutique elle m'a quitté. J'ai cherché une deuxième et avec elle j'ai eu encore deux enfants. Elle voulait toujours partir. Il fallait à chaque fois lui donner les cadeaux pour la retenir. Une fois pendant que je travaillais je me suis rendu compte que j'ai oublié quelque chose à la maison. Je suis rentré et avais trouvé ma femme dans les bras de mon ami... Je ne continu plus. Ce soir-là on avait réunion familial chez mon oncle j'y suis allé. Pendant la réunion, j'avais besoin d'argent et j'ai demandé un prêt et je n'avais aucun garanti. Mon cousin m'a dit ta femme t'a demandé combien aujourd'hui ? Du coup j'ai revécu la seine que mes yeux venaient de filmer. Les autres ont accepté et mon cousin s'est opposé. Je me suis chamaillé avec lui et c'est quelques 10 minutes après que j'ai eu un coup de foudre et je me faiblissais et j'ai dit à un ami que quelque chose manque et il m'a dit tu es fatigué va te reposer et je suis rentré à la maison et constaté que ma femme n'y est plus. J'ai fait deux jours à la maison. Et les mères de mes enfants ne sont plus jamais revenues me rendre visite.

9-2) Accident Vasculaire Cérébral (AVC)

Le mot l'AVC est nouveau pour moi. Je n'avais auparavant pas su ce qu'on appelle AVC. J'entendais parfois sans un petit souci. Il a beaucoup causé : l'hypertension ou la tension, les soucis, l'obésité. Et ses conséquences : la mort, séquelles (hémiparésies, faiblesse de certains membres, la perte de parole).

Pendant la réunion, j'avais besoin d'argent et j'ai demandé un prêt et je n'avais aucun garanti. Les autres ont accepté et mon oncle s'est opposé. Je me suis chamaillé avec lui et c'est quelques 10 minutes après que j'ai eu un coup de foudre et je me faiblissais et j'ai dit à un ami que quelque chose manque et il m'a dit tu es fatigué va te reposer et j'ai fait deux jours à la maison. Je me paralysais au fur et à mesure. C'est alors qu'un ami m'a rendu visite et a constaté et m'a amené à l'hôpital.

A l'hôpital de Biyem-Assi on voulait faire le scanner et l'appareil n'était pas en bon état et c'est pour cette raison qu'on m'a transféré à l'hôpital général où j'ai fait le scanner et on a commencé mes soins. J'ai fait deux semaines. Aujourd'hui, mon côté droit est faible. Le pied

ne réagit pas bien au niveau d'articulations. J'apprends à vivre avec ça. Mais ce n'est pas facile. Et c'est si je le premier à avoir l'AVC dans ma famille.

9-3) Le vécu des séquelles neurologiques de L'AVC

Je ne répondais pas bien au téléphone ce qui a permis à m'a sœur d'envoyer mon ami voir quel est le problème. C'est alors qu'il est venu constater que j''tais malade et paralysé. Je sais mon cousin a aussi contribué à mon parce qu'il a demandé à la réunion de me refuser le prêt d'argent, sans oublier ma femme. Pourtant je fais tout pour la mettre à l'aise. J'ai les enfants et je dois me battre pour les élever. Ce n'est plus possible. J'ai un peu arrêté de prendre les médicaments faute de moyens. J'ai comment aussi la rééducation et on faisait la marche (on marque le pas) tiré au ballon marché dans un cadre sans tomber en essayant de mettre le pied droit et monter les escaliers. Pour la main il y'a avait une échelle où on attachait les bras et on demandait de faire des mouvements. J'avais de très bonnes relations puis que je parvenais à exécuter tous ces mouvements. Maintenant j'ai arrêté faute des moyens. Même la marche ne dépasse. Je suis sur place.

10Cas N°10

10-1) Définition de trouble d'affectivité

Dans notre famille nous souffrons le plus souvent des pathologies suivantes : le paludisme, la typhoïde, le rhume la toux la grippe l'hypertension artériel, ladysenterie amibienne ...Particulièrement, j'ai souvent des maux de tête, le paludisme, le rhume, la toux, de la grippe. Ce dernier moment voici ce qui me dérangeait qui me faisait souffrir : Je suis jumeau et on m'a séparé avec mon frère. En plus, je venais de perdre ma maman qui était encore très jeune. Enfin, le fait que ma petite amie est tombée enceinte. Comme d'habitude je vendais dans notre boutique et je ne sais pas ce qui s'est passe. On m'adit que j'étais en train de servir et j'étais trop lent au point où les clients se plaignaient déjà. A cause des plaintes des clients le mari de ma grande sœur a voulu m'aider et a constaté que ça n'allait pas. J'étais en train de perdre l'équilibre d'un côté du corps. C'est à ce moment qu'il m'soutenu pour ne faire assoir sur un tabouret. Je leur ai dit que je voulais uriner et ils m'ont dit d'uriner et j'ai convulse. On m'a amené à l'hôpital. Mon entourage adit que c'est le mari de ma grande sœur avec qui je vie et travaille qui veut ne vendre dans la sorcellerie. Ainsi le départ de ma mère dû à l'hypertension et asthme, le fait que ma petite amie enceinte, sans oublier cette maladie l'AVC dont je souffre maintenant.

10-2) Accident vasculaire cérébral (AVC)

Quand je leur ai dit que je voulais uriner et ils m'ont dit d'uriner, j'ai convulse. On m'a amené à l'hôpital. Dès que je suis arrivé à l'hôpital j'ai sombré dans le coma. On m'a transféré à l'hôpital central de Yaoundé. J'ai fait trois jours dans le coma. Quand je suis sorti du coma, je ne reconnaissais pas où j'étais. Quand j'ai demandé là où je suis et pourquoi ? On m'a répondu que j'ai fait l'AVC. C'était ma première fois d'entendre ce mot. Je ne connais ni ses causes ni ses conséquences. Mes examens n'ont pas aussi révélé la cause de ma souffrance.

10-3) Le vécu des séquelles neurologiques de L'AVC

C'est à l'hôpital qu'on m'a dit que j'ai fait l'AVC. Jusqu'à ce jour, Je suis très gêné, triste car, je suis constamment fatigué. La force me manque pour faire ce que je désire. A cause de l'hémiplégie. Les examens n'ayant rien révélé. Je pense parfois que les dires de mon entourage peuvent être vrais. J'ai maintenant trop peur de mon entourage. Je me méfie, je n'ai plus confiance en mon entourage. Je pense qu'on devait me soigner à l'indigent. Mais personne n'y songe. Je ne prends plus les médicaments car je ne sais pas ce que je soigne. Je travaillais avec un kiné. Maintenant je ne veux plus. On ne s'entend pas bien, parce qu'il y a des exercices que je n'arrive pas à exécuter et il pense Que c'est moi qui veux. Je demande à mes frères de me masser, en attendant avoir un peu de force pour apprendre à marcher. Je suis diabétique et hypertendu depuis

OBSERVATION PENDANT L'ENTRETIEN

Il était assis adossé au mur et soutenu par la table. Il m'a fixé du regard deux fois .la première au début de l'entretien, et le second à la fin. Il baisse sa tête, ou regardait ailleurs. Même la main du côté qui n'était pas malade bougeait à peine. Il était très inquiet et voulait savoir si réellement à son âge il pouvait faire l'AVC.

11) Cas N°11

11-1) Définition de trouble d'affectivité

Je me suis marié très jeune. Ayant abandonné l'école au CMI. Ma famille est très pauvre. Les maladies qu'on y trouve sont entre autre, le paludisme, la typhoïde, le rhume la toux la grippe le diabétique et hypertension artériel, la dysenterie amibienne ... J'ai eu trop de problèmes dans enfanter. Ce qui fait que je suis constamment triste, déprimée. J'ai perdu mon premier enfant âge de 13ans, il y a de cela 18ans de façon subite et la mort de ma mère. J'ai fait beaucoup d'avortement. Pour mon dernier avortement, la grossesse a duré cinq ans. Un coup de vol armé. Pour ce vol les gens ont dit que je mentais puisqu'on avait pris tout l'argent de tontine que je gardais. On a tout fait pour rembourser cet argent à la réunion. Je n'ai jamais été heureuse dans mon mariage. Je suis diabétique et hypertendu depuis environ cinq ans. Avant d'être victime d'AVC, je sortais d'une hospitalisation dont l'étiologie était le diabète, l'hypertension et la typhoïde.

11-2) Accident vasculaire cérébral (AVC)

J'entendais souvent parler de l'AVC et j'ai vu certaines personnes qui en ont été victime On dit que les causes de l'AVC sont : l'oppression, le rejet de l'autre les difficultés ou les problèmes, le surmenage dans le travail, le manque de sommeil ou le sommeil insuffisant, la maladie d'une personne que tu aimes, les coups de vol armé, la perte ou le vol d'une grande somme d'argent. Pour ce qui m'est arrivé ; tôt le lundi matin, ma fille avant d'aller à l'école s'arrange à ce que je me lave, prend son petit déjeuner et mes remèdes. Quand elle m'a appelé pour me doucher, je lui airetrouvé dans la douche et elle a constaté que j'étais en train de perdre mon équilibre. Elle l'a arrêté et comme elle ne pouvait pas supporter mon poids, elle m'a fait coucher doucement au sol. Et est appelée appeler les voisins et les proches pour me conduire à l'hôpital. A l'hôpital les examens ont montré qu'une veine a été bloquée au niveau du cerveau par un caillot de sang. On a commencé son traitement. Après trois à quatre jours de traitement, on a commencé les massages. Pendant la troisième séance de massage, elle a convulsé et ainsi deux fois de suite. On a demandé d'arrêter. Pendant qu'elle était internée elle a fait deux mélénas sévères. N'ayant pas recouvert totalement la santé on les a sortis de l'hôpital pour continuer les soins à la maison.

11-3) Le vécu des séquelles neurologiques de L'AVC

Je suis toujours couchée, bougeant mes membres du côté droit seulement et l'autre côté pas de mouvement. J'ai une incontinence urinaire et fécale et je voir flou On utiliser une seringue pour lui donner les remèdes et/ou la nourriture, Car je n'arrive pas à ouvrir ma bouche. Et les dents y sont serrées. La plupart des gens autour de ne font que fondre de temps en temps en larmes. L'atmosphère autour d'elle est triste. Lorsqu'il n'y'a personne autour de moi, je revoie tous les circonstances douloureuses de ma vie. C'est vraiment paisible. Mieux vaut mourir que de souffrir de la sorte.

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	i
DEDICACE	ii
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES ABREVIATIONS.....	v
RESUME	vi
ABSTRACT.....	vii
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL.....	2
CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE.....	3
I. PROBLEMATIQUE	3
1.1. Contexte et Justifications.....	3
1.1.1. Contexte.....	3
1.1.2. Justifications	6
1.2. Constat.....	7
1.3. Formulation du problème	10
1.4. Question recherche	11
1.5. Hypothèse de recherche.....	11
1.5.1. Hypothèse Générale	11
1.5.2. Hypothèses Spécifiques.....	12
1.6. Objectifs de la recherche	12
1.6.1. Objectif général de la recherche.....	12
1.6.2. Objectifs spécifiques	12
1.7. Intérêt et pertinence de la recherche.....	13
1.7.1. Intérêt de la recherche	13
1.7.2. Pertinence de la recherche	13
1.8. Limite de la recherche	14
CHAPITRE 2 : DEFINITION DES CONCEPTS CLES	17
2.1. Troubles psychologiques	17
2.2. Le vécu	17
CHAPITRE 3 : VECU DES PERTES D'AUTONOMIE ET INSTABILITE PSYCHOSOCIALE DE LA FAMILLE.....	19
3.1. La perte de l'autonomie.....	19
3.1.1. Les causes.....	19
3.1.2. La perte des repères en cas d'entrée en institution.....	20
3.1.3. La maltraitance.....	20
3.1.4. La Maladie	20
3.1.4.1. Maladie sur Le plan biologique.....	21
3.1.4.2. Maladie sur Le plan Sociologique	21
3.1.4.3. Maladie sur le plan psychologique	22
CHAPITRE 4 : LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES	24
4.1. Insuffisance cardiaque	25

4.2.	Arythmie	25
4.3.	Cardiopathie congénitale	26
4.4.	L'hypertension artérielle (HTA)	26
4.5.	Accident vasculaire cérébral (AVC)	27
4.5.1.	Définition.....	27
4.5.2.	Les catégories et types D'AVC.....	28
4.5.2.1.	L'AVC Ischémique.....	28
4.5.2.2.	L'AVC ischémique	28
4.5.2.3.	L'AVC « embolique »	28
4.5.2.4.	L'AIT	29
4.5.2.5.	L'AVC hémorragique	29
4.5.3.	Les causes de l'AVC	30
4.5.4.	Les Facteurs de risque au Cameroun.....	31
4.5.4.1.	Causes sociales des accidents vasculaires cérébrales (AVC)	31
4.5.4.2.	Causes professionnelles accidents vasculaires cérébrales (AVC).....	33
4.5.5.	Symptomatologies et Sémiologies	36
4.5.6.	Les prises en charges	36
4.5.6.1.	Les prises en charges médicales	37
4.5.6.2.	Les prises en charges psycho-familiale	37
4.5.6.3.	Les prises en charges familiales	38
4.5.6.4.	Les prises en charges éducative.....	38
4.5.7.	Conséquences et séquelles d'un AVC.....	40
4.5.8.	Méthodes préventives.....	41
CHAPITRE 5 : THEORIES EXPLICATIVES DU SUJET		43
5.1.	Théories psychanalytiques.....	43
5.2.	Théorie de la résilience Boris Cyrulnik.....	45
5.2.1.	Comment devient-on résilient ?.....	46
5.2.2.	Les facteurs extérieurs et environnementaux	49
5.2.3.	Les tuteurs de résilience	50
5.2.4.	Les limites du concept de résilience.....	50
DEUXIEME PARTIE : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE		56
CHAPITRE 6 : METHODOLOGIE DE L'ETUDE		57
6.1.	Rappel de la question de recherche	57
6.2.	Rappel des hypothèses de recherche	57
6.2.1.	Hypothèse Générale Elle est une réponse apriori à la question principale..	57
6.2.2.	Hypothèses Spécifiques (HR).....	58
6.3.	Cadre d'étude	58
6.4.	La population de l'étude	59
6.4.1.	La population cible.....	59
6.4.2.	La population accessible.....	59
6.5.	Les instruments de collecte des données	60
6.5.1.	L'entretien.....	60
6.5.2.	Justification de l'usage de l'instrument.....	62
6.5.3.	La grille d'entretien.....	62
6.5.4.	Les conditions de passage nos entretiens	64
CHAPITRE 6 : ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS		65

6.1.	Présentation des sujets	65
6.1.1.	L'âge.....	65
6.1.2.	Situation matrimoniale et sociale	66
6.2.	Analyse des récits des patients.....	67
6.2.1.	Les organisations psychopathologiques dans l'AVC.....	67
6.2.2.	La mimique et la gestuelle	69
CHAPITRE 7 : INTERPRETATION DES RESULTATS, ET SUGGESTIONS.....		72
7.1.	Interprétation des résultats	72
7.2.	Les suggestions du travail.....	74
7.2.1.	Aux patients	74
7.2.2.	La famille et a tout le monde	74
7.2.3.	Les enseignants	75
7.2.4.	Les éducateurs spécialisés	76
CONCLUSION.....		77
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....		79
ANNEXE		92
TABLE DES MATIERES		114