

Impact Psychosocial Et Comportemental Chez Les Patients Hemiplegiques Post Avc A Mahajanga I.

[Psychosocial And Behavioral Impact In Hemiplegic Patients After Stroke In Mahajanga I.]

Raphaël Fidelis RANDRIANARIVO ¹, Ravonirina Eric ALSON ², Adeline RAHARIVELO ³ Bertille Hortense RAJAONARISON ⁴

¹ Unité de soins de Formation et de Recherche en Psychiatrie CHU PZaGa Androva Mahajanga

⁴ Service de santé mentale, CHUSSPA Analakely, Antananarivo (101), Madagascar

^{2,3} Unité de soins de Formation et de Recherche en Psychiatrie CHU Befelatanana , Antananrivo (101), Madagascar



Abstract – The World Health Organization reports that 5 million stroke patients remain permanently disabled each year, placing a burden. We found it important to conduct a study on stroke in Mahajanga whose objective was to determine the psychosocial and behavioral impact of people with stroke.

This is a cross-sectional, descriptive and analytical study that included all subjects who had had a stroke at least 2 months prior to the survey and did not exceed the 12-month evolution period.

Our study retained 40 patients, 26 of whom stopped their work or 65%. Sadness, moral pain, and sense of worthlessness were the signs most presented by the patient (in 91%, 91.9%, and 92.67%, respectively); and 71.25% did not feel supported. We noticed that patients with an unsatisfactory sex life, and who were still hemiplegics had a poor quality of life score. On the other hand, patients without comorbidities had a better quality of life, which improved from the 7th month of stroke. The more the monthly income increased, the more the score increased. Six patients separated after stroke (15%) and we found that married people had a better quality of life

The management of stroke patients should not be limited to the somatic component. Socio-professional and psychological aspects should not be neglected. Management should be comprehensive and multidisciplinary

Keywords – Stroke, moral pain, hemiplegia, sadness

Résumé – L'Organisation mondiale de la santé signale que 5 millions de patients victimes d'un AVC restent invalides de façon permanente chaque année, faisant peser un fardeau. Nous avons trouvé important de conduire une étude sur l'AVC à Mahajanga dont l'objectif était de déterminer l'impact psychosocial et comportemental des personnes atteintes.

Il s'agit d'une étude transversale, à visée descriptive et analytique ayant inclus tous les sujets qui avaient présenté un AVC au moins 2 mois avant l'enquête et ne dépassait pas la période d'évolution de 12 mois.

Notre étude a retenu 40 patients dont 26 ont arrêté leur travail soit 65%. La tristesse, la douleur morale et le sentiment d'inutilité étaient les signes les plus présentés par le patient (respectivement dans 91%, 91,9%, et 92,67%) ; et 71,25% ne se sentaient pas être soutenus. Nous avons remarqué que les patients avec une vie sexuelle insatisfaisante, et qui étaient

encore hémiplegiques avaient un score de qualité de vie mauvais. Par contre, les patients sans comorbidité avaient une qualité de vie meilleure, qui s'améliorait à partir du 7ème mois de l'AVC. Plus le revenu mensuel augmentait, plus le score augmentait. Six patients se sont séparés après l'AVC (15%) et nous avons retrouvé que les personnes mariées avaient une meilleure qualité de vie.

La prise en charge des patients victimes d'AVC ne devrait pas se limiter sur le volet somatique. Il ne faut pas négliger les volets socio-professionnels et psychologiques. La prise en charge devrait être globale et multidisciplinaire

Mots clés – AVC, douleur morale, hémiplegie , tristesse

I. INTRODUCTION

L'accident vasculaire cérébral (AVC) représente la première cause de handicap physique acquise de l'adulte [1]. Environ la moitié des survivants souffrent de troubles du fonctionnement physique, psychologique et / ou social. Une dépendance accrue dans les activités de la vie quotidienne, des changements d'humeur et une aliénation sociale ont été signalés [2, 3]. Entre 50 et 70% des survivants d'un AVC retrouvent leur indépendance fonctionnelle, mais 15 à 30% sont définitivement invalides et 20% ont besoin de soins institutionnels 3 mois après [4]. Mais malheureusement, l'évaluation des complications psychologiques de l'AVC est souvent sous-estimée au détriment de la maladie en soit et de ses complications physiques. D'où la réalisation de cette étude dont l'objectif est d'évaluer l'impact psychologique et social de l'AVC.

II. MÉTHODOLOGIE

Il s'agit d'une étude transversale et descriptive qui a été réalisée au sein du service de Neuropsychiatrie et de Rééducation fonctionnelle du CHUPZAGa Androva Mahajanga, durant une période de 15 mois. Sont inclus dans cette étude tous les patients hémiplegiques post-AVC non hospitalisés (documentés ou non) ayant acceptés de répondre aux questionnaires et la maladie a déjà évoluée entre 6 à 12 mois. Ont été non inclus dans cette étude tous les patients hémiplegiques post-AVC encore hospitalisés et dont la maladie a évolué moins de 2 mois et ou plus de 12 mois. Plusieurs paramètres ont été étudiés au cours de cette étude dont :

- Les paramètres sociodémographiques : âge, genre, situation matrimoniale et professionnelle, niveau d'étude, aide au quotidien
- Etat psycho-comportemental : dépression, qualité de vie, vie sexuelle.
- Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS version 26.0, le test statistique de Chi carré de Pearson (p) a été utilisé pour évaluer la corrélation entre deux variables, avec un seuil de significativité $p < 0,05$. Le score de Rankin est utilisé pour évaluer la sévérité de l'handicap et le score SF-12 est utilisé pour l'évaluation de la qualité de vie.

Cette étude a des limites car elle a été réalisée dans un seul centre et la véracité des informations dépend de la sincérité des patients et leurs familles.

III. RÉSULTATS

3.1. Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des patients

Les caractéristiques cliniques et sociodémographiques des patients inclus dans cette sont résumés dans le tableau I. La majorité de la population d'étude appartient à la tranche d'âge comprise entre 60 -69 ans et le genre masculin était le plus représenté dans cette étude (57,50%). Soixante-douze virgule cinquante pourcent des patients inclus dans cette étude sont mariés et 45 % d'entre eux ont un niveau lycéen. Concernant le revenu mensuel de la famille, plus de la moitié (55%) ont un revenu compris entre 400 000 – 800 000 ariary par mois. La maladie a déjà évolué environ 5 mois lors de la réalisation de cette étude (Tableau I).

Tableau I : Caractéristiques cliniques et sociodémographiques des patients

Caractéristiques socio-démographiques		Effectif (n=40)	Proportion (%)
Genre	Homme	23	57,50
	Femme	17	42,50
Tranche d'âge	40-49	7	17,5
	50-59	13	32,5
	60-69	20	50
Situation matrimoniale	Marié	29	72,50
	Séparé	6	15
	Célibataire	1	2,5
	Veuf	4	10
Niveau d'étude	Illettré	1	2,5
	Primaire	2	5
	Collégien	5	12,5
	Lycéen	18	45
	Universitaire	14	35
Revenu mensuel de la famille (ar)	<400.000	8	20
	400.000 -600.000	11	27,5
	600.000-800.000	11	27,5
	800.000	7	17,5
	—		
	>1.000.000	3	7,5
Durée d'évolution de la maladie	3	5	12,50
	4	8	20
	5	10	25
	6	9	22,50
	7	2	5
	8	2	5
	9	2	5
	11	2	5

3.2. Relation entre qualité de vie et caractéristiques sociodémographique des patients

3.2.1. Qualité de vie et situation matrimoniale

Le rapport entre situation matrimoniale et qualité de vie est résumé dans le tableau suivant. En effet les patients mariés ont un meilleur score de qualité de vie, mais il n'y a pas de lien significatif entre ces deux variables (Tableau II).

Tableau II : Qualité de vie et situation matrimoniale

Score de qualité de vie	Effectif (n=40°)		
	MCS	PCS	
Marié	30,37	23,79	29
Séparé	28,66	22,32	6
Célibataire	33	19	1
Veuf	26	20	1
Veuf après AVC	28,92	18	3

p = 0,342 (non significative)

3.2.2. Qualité de vie et niveau d'étude

Le score de la qualité de vie semble augmenter avec le niveau scolaire sans ce n'est pas pour autant qu'il y ait un lien significatif (Tableau III).

Tableau III : Qualité de vie et niveau d'étude

Score de qualité de vie	Fréquence N=40		
	MCS	PCS	
Illettré	26	20	01
Primaire	30,5	16	02
Collégien	28,4	26,8	05
Lycéen	28,66	21,5	18
Universitaire	31,21	26,35	14

p = 0,370 (non significative)

3.2.3. Qualité de vie et revenu mensuel

D'après le tableau IV, on constate que le score de la qualité de vie augmente parallèlement avec le revenu mensuel de la famille, mais il n'y pas de lien significatif.

Tableau IV : Qualité de vie et revenu mensuelle

Score de qualité de vie	Fréquence (n=40)		
	MCS	PCS	
< 400 000 ar	27,62	22	8
400 000 – 600 000 ar	27,9	22,18	11
600 000 – 800 000 ar	28	24,36	11
800 000 – 1 000 000 ar	31,71	25,85	7
>1 000 000 ar	3	27,33	3

p = 0,057 (non significative)

3.2.4. Qualité de vie et durée d'évolution de maladie

La qualité de vie est significativement liée à la durée d'évolution de la maladie, en effet le score de la qualité de vie s'améliore avec le temps (Tableau V).

Tableau V : Qualité de vie et durée d'évolution de maladie

Durée d'évolution de la maladie	Score de qualité de vie		Fréquence (n=40)
	MCS	PCS	
3 mois	25,8	16,8	5
4 mois	27,62	21,5	8
5 mois	27,9	24,13	10
6 mois	30,01	23,88	9
7 mois	32,08	30,04	2
8 mois	37,5	30,05	2
9 mois	36	30	2
11 mois	45	40,5	2

p = 0,005 (significatif)

3.3. Impact psycho-social de l'AVC

3.3.1. Impact social de l'AVC

La période post -AVC est longue et lourde que ce soit financièrement et psychologiquement. Les impacts sociaux de cette maladie sont résumés dans le tableau VI. En moyenne, la famille dépense entre 100.000 à 150.000 ariary par mois rien que pour le traitement, alors que d'un autre coté 65 % des patients ont été obligés d'arrêter leurs travail à cause de l'handicap qui est classé en Rankin 4 (handicap modérément sévère : marche et gestes quotidiens impossibles sans aide) dans la majorité des cas (57,50%). Ces patients souffrent d'un manque de soutien car 55 % d'entre eux se sentent abandonnés par leur famille. Sur le plan conjugal, la majorité des patients (62,5%) ne sont plus satisfait par leur vie sexuelle (Tableau VI).

Tableau VI : Impact social de l'AVC

Impact social de l'AVC		Effectif (n=40)	Proportion (%)
Situation professionnelle après AVC	Arrêt de travail	26	65
	Change de travail	4	10
	Garde même travail	10	25
Dépense mensuelle pour le traitement (ar)	50.000 – 100.000	11	27
	100.000 – 150.000	19	47,5
	150.000 – 200.000	10	25
Soutien de la famille	Oui	18	45
	Non	22	55
Degré d'handicap selon le score de Rankin	Rankin 1	0	0
	Rankin 2	2	5
	Rankin 3	9	22,5
	Rankin 4	23	57,50
	Rankin 5	6	15
Vie sexuelle après AVC	Très satisfait	0	0
	Satisfait	5	12,5
	Ni satisfait ni insatisfait	10	25
	Pas satisfait	11	27,5
	Pas du tout satisfait	14	35

3.3.2. Impacts psychologiques selon la tranche d'âge

Les impacts psychologiques de l'AVC sont résumés dans le tableau VII. La grande majorité des patients inclus dans cette étude souffrent d'une tristesse de l'humeur (91%), douleur morale (91,90 %), sentiment d'inutilité (92,67 %).

Tableau VII : Impact psychologique selon la tranche d'âge

Tranche d'âge					Total (n=40)
Impact psychologique selon la tranche d'âge		40-49 (n=7)	50-59 (n=13)	60-69 (n=20)	
Tristesse	Oui	85,71%	92,3%	95%	91%
	Non	14,28%	7,69%	5%	8,99%
Douleur morale	Oui	85,71%	100%	90%	91,9%
	Non	14,28%	0	10%	8,09%
Idée suicidaire	Oui	14,28%	23,07%	45%	45%
	Non	85,71%	76,92%	55%	72,55%
Isolement	Oui	42,85%	15,38%	15%	19,65%
	Non	57,14%	84,61%	95%	80,35%
Refus de l'aide	Oui	28,57%	15,38%	15%	19,65%
	Non	71,42%	84,38%	95%	80,35%
Sentiment d'inutilité	Oui	85,71 %	92,3 %	100 %	92,67 %
	Non	14,28%	7,69%	0	7,33%

IV. DISCUSSION

L'accident vasculaire cérébral est une pathologie qui touche essentiellement les adultes d'âge un peu avancé, au cours de cette étude la majorité des patients avait entre 60 – 69 ans avec un âge moyen estimé à 57,92 ans. Ce résultat est similaire aux résultats des plusieurs littératures qui ont tous confirmés que l'AVC touche principalement les adultes [5,6]. Il a été aussi trouvé lors de cette étude que cette pathologie prédomine chez les genres masculins. Cette prédominance masculine est aussi retrouvée dans plusieurs études, comme celle qui a été menée par Bilango M [7], ou encore celle menée par Coulibaly [8] ou celle menée par Woimant et ses collaborateurs [9]. En effet, les hommes font moins attention à leurs santé physiques car la consommation d'alcool, cigarette font parties des facteurs de risques cardiovasculaire. La majorité des patients inclus dans cette étude sont mariés et ils ont un meilleur score de qualité de vie. Ce résultat est similaire à celui retrouvé dans la littérature comme

celle qui a été menée par Sagu E [10]. En effet avoir quelqu'un à ses coté permet aux patients de se sentir moins seul et de soutien d'où l'amélioration du score de qualité de vie.

Concernant le niveau d'étude, il n'y avait pas une association directe entre le score de la qualité de vie et le niveau scolaire des patients. Mais d'après une étude menée en Brésil, la qualité de vie s'altère chez les patients ayant un niveau scolaire faible [11]. Le fait d'avoir un niveau scolaire élevé permet de bien comprendre la maladie ainsi que les différentes modalités du traitement.

Le revenu mensuel de la famille est estimé entre 400.000 – 800.000 ariary par mois dans la majorité des cas (55%). La dépense mensuelle en traitement est estimée entre

100.000 – 150.000 ariary en moyenne. Situation d'autant plus difficile en sachant que plus de la moitié des patients (65%) ont dû arrêter leurs travaux à cause de l'handicap. Ainsi l'AVC est une pathologie lourde tant à cause de l'handicap qu'à cause du coût de traitement.

Par rapport à la durée d'évolution de la maladie, elle a un lien significatif avec la qualité de vie, car que ce soit dans notre étude dans la littérature, la qualité de vie des patients atteints d'AVC s'améliore avec le temps [12, 13].

La prévalence de la dépression dans cette étude est supérieure à celle retrouvée dans la littérature, car plus de 90% des patients inclus dans cette étude présentent un syndrome dépressif contre 87 % pour l'étude menée par Houinato [14], 56 % pour celle menée par Sautereau [15] et 34-40 % pour celle menée par Caputo [16]. Cette différence est dû aux faites que la prise en charge psychologique des patients atteints d'AVC est encore sous-estimée chez nous.

Cette haute prévalence de la dépression est aussi probablement liée au manque de soutien dont souffrent ces patients car 71,25 % d'entre eux se plaignent d'une maque de soutien de la part de leur famille, et d'un autre coté il y a aussi l'insatisfaction dans leur vie de couple car 62,5 % des patients disent être insatisfait de leur vie sexuelle. Une étude menée en Chine a

trouvé que 55% des patients atteints d'AVC se plaignent d'une baisse de libido [17]. Cette situation est probablement liée à l'handicap physique et aux lésions nerveuses.

Le score de Rankin est utilisé pour évaluer la sévérité de l'handicap lors de cette étude, ainsi la majorité des patients est classé Rankin 4 (57,50%). Dans une étude menée par Mohamed la majorité de ses patients ont aussi un score de Rankin supérieur à 3 [18].

V. CONCLUSION

L'accident vasculaire cérébral est une pathologie lourde est qui peut être à l'origine des nombreuses conséquences dont la plus fréquente est l'hémiplégie. Nombreux sont les patients qui sont obligés de quitter leur travail à cause de ce handicap alors que le coût du traitement est quand même assez élevé.

Outre la conséquence physique de l'AVC, cette pathologie est aussi l'origine d'une souffrance psychologique car la prévalence du syndrome dépressif dans cette étude est nettement élevée par rapport celle retrouvée dans les autres pays, alors que la santé mentale du patient peut influencer l'observance thérapeutique.

Ainsi le suivi d'un patient atteint d'AVC ne se limite pas sur la prise en charge somatique, mais il faut aussi prendre en charge le volet psychologique, social et professionnel car tous ces éléments jouent et joueront un rôle essentiel dans l'observance thérapeutique.

REFERENCES

- [1] Hordé P. AVC : des facteurs de risques mieux identifiés. *Impact Med* 2010;1(1):1-12
- [2] De Wit L. Long-Term Impact of Stroke on Patients' Health-Related Quality of Life. *Disabil Rehabil* 2017;39(14):1435- 40.
- [3] Bonita R, Solomon N, Broad J. Prevalence of stroke and stroke-related disability: Estimates from the Auckland Stroke Studies. *Stroke* 1997;28:1898-902.
- [4] Rosamond W, Flegal K, Furie K, Go A, Greenlund K, Haase N et al. American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee: Heart Disease and Stroke Statistics – 2008 Update. A report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation* 2008;117:e25– e146.

- [5] Shahreyar M, Bob-Manuel T, Khouzam RN. Trends, predictors and outcomes of ischemic stroke and intracranial hemorrhage in patients with a left ventricular assist device. *Ann Transl Med* 2018;6:5.
- [6] Bouffouly E, Arnould C, Thonnard JL. Satis-stroke: a satisfaction measure of activities and participation in the actual environment experienced by patients with chronic stroke. *J Rehabil Med* 2008;40:836-43.
- [7] Bilongo-Manene B. Mortalité et Morbidité des accidents vasculaires cérébraux dans le service d'Anesthésie Réanimation de l'hôpital Gabriel Touré. [Thèse : Med]. Université de Bamako ; 2007.
- [8] Coulibaly T. Etude des accidents vasculaires cérébraux du sujet jeune dans les services de cardiologie et de neurologie au Mali. [Thèse : Méd]. Université de Bamako ; 2001.
- [9] Woimant F, De Brouker T, Vassel P. Prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France Métropolitaine. Résultats de 3 enquêtes nationales. *Rev Neurol* 2003;159:543-51.
- [10] Sagui E. les accidents vasculaires cérébraux en Afrique subsaharienne. *Méd Trop* 2007;67(6):596-600.
- [11] 122. Panicio MI, Mateus L, Ricarte IF, Figueiredo MM, Fukuda TG, Seixas JC et al. The influence of patient's knowledge about stroke in Brazil: a cross sectional study. *Arq Neuropsiquiatr* 2014;72(12):938-41
- [12] Kossi O, Thonnard J-L. Tracking Changes in Participation With Participation Measurement Scale in Community-Dwelling Stroke Survivors in Africa. *Arch Phys Med Rehabil* 2018;99(11):2238-43.
- [13] Viscogliosi C, Belleville S, Desrosiers J, Caron CD, Ska B. Participation after a stroke: Changes over time as a function of cognitive deficits. *Arch Gerontol Geriatr* 2011;52(3):336-43.
- [14] Houinato D, Adjien C, N'Goran A, Avode DG. Accident vasculaire cérébral et dépression en milieu hospitalier à Cotonou (Bénin). *Rev Neurol* 2007;163(4):23-35.
- [15] Sautereau A. Accident vasculaire cérébral de la personne âgée : Particularités et facteurs pronostiques. [Thèse : Méd]. Université Paris VI ; 2009.
- [16] Caputo A. Étude de la qualité de vie des patients, et de leurs aidants naturels, après un accident vasculaire cérébral hospitalisés en unité neurovasculaire au centre hospitalier d'Annecy. [Thèse : Med]. Grenoble : Université Joseph Fourier ; 2011.
- [17] Cheung RTF. Sexual Functioning in Chinese Stroke Patients with Mild or No Disability. *Cerebrovasc Dis* 2002; 14(2):122-8.
- [18] Mohamed C. la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux ischémiques [Thèse : Med]. Université de Marrakech ; 2010.