

Ministère de l'Enseignement

République du Mali

Supérieur, et de la Recherche Scientifique

Un Peuple- Un But- Une Foi

UNIVERSITE DE BAMAKO



Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2009-2010

Thèse N° :...../

TITRE

**EVALUATION PSYCHOSOCIALE ET COMPORTEMENTALE
DES PERSONNES AGEES VICTIMES D'ACCIDENT
VASCULAIRE CEREBRAL DANS LE DISTRICT DE BAMAKO
A PROPOS DE 214 CAS**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 07/08/2010

**Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-
Stomatologie**

Par Mr. Hamidou Bassidy SANGARE

Pour l'obtention de grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

JURY

Président : Professeur Bakoroba Coulibaly

Membre : Dr Souleymane Coulibaly

Dr Siona Traoré

Co-directeur: Dr Cheick Oumar Guinto

Directeur : Professeur Moussa Traoré



Evaluation psycho-sociale et comportementale des personnes âgées victimes d'Accident Vasculaire Cérébral dans le district de Bamako à propos de 214 cas

Je dédie ce travail :

- **A Allah**

Le tout puissant, le tout miséricordieux, le très miséricordieux, qui m'a donné la santé, le temps et les moyens pour mener ce travail

- **A mon père et à ma mère**

Vos conseils et vos bénédictions n'ont cessé de m'accompagner jusqu'à ce moment

- **A mon grand frère Amadou Sangaré**

Ton courage, ta détermination et ton obéissance font de toi un exemple à suivre

- **A feu ma grand-mère Mariam Sangaré**

Que dire, grand-mère si ce n'est que j'aurai tant voulu que tu sois parmi nous aujourd'hui. Ce travail est pour toi.

- **Aux Dr Modibo Sangaré et Guida Landouré**

C'est grâce à vos multiples conseils et encouragements que je suis venu à la Neurologie malgré les exigences de ce service

- **A ma femme Fatoumata Diarra**

Merci pour ta présence à mes côtés, ta patience et ta compréhension. Tu es et resteras toujours la femme de ma vie

Je rends grâce

-Au tout puissant

« Allah ! Point de Divinité à part lui, le vivant, celui qui subsiste par lui-même. Ni somnolence, ni sommeil ne le saisissent. A lui appartient tout ce qui est dans les cieux et sur la terre. Qui peut intercéder auprès de lui sans sa permission? Il connaît leur passé et leur future .Et de sa science ils n'embrassent que ce qu'il veut. Son trône déborde les cieux et la terre, dont la garde ne lui coute aucune peine .Et il est le très haut le très grand »

ALLAH ! Prie sur Mohamed et sa famille comme tu as prié sur Ibrahim et sa famille, béni Mohamed et sa famille comme tu as béni Ibrahim et sa famille.

ALLAH ! Pardonne moi toutes les imperfections que j'aurais fait depuis le début de ce travail de thèse jusqu'à aujourd'hui.

ALLAH ! Fait en sorte que ce travail soit une preuve pour nous et non une preuve contre nous le jour de comptes.

Puis j'adresse mes remerciements

-A mon père et à ma mère

Vous avez enduré mes caprices depuis mes premiers jours sur la terre jusqu'à aujourd'hui. Qu'ALLAH vous accorde son secours dans ce bas-monde et dans l'au-delà.

-A mon tonton Issa Sangaré et sa famille

-A mon tuteur Amadou Aly Niangadou et sa famille

Merci pour tout ce que vous m'avez fait pendant mon séjour dans votre maison.

-A la famille Diarra, plus particulièrement à Bata, Vieux et Mamouni

Pour vos soutiens moral, matériel et financier

-A mes amis : Souleymane Coulibaly et Oumar Diallo

Evaluation psycho-sociale et comportementale des personnes âgées victimes d'Accident Vasculaire Cérébral dans le district de Bamako à propos de 214 cas

Vous avez su diriger mes pas sur le chemin de l'islam. Grâce à vous j'ai appris à aimer le bien, à détester le mal et à reformer le caractère. Qu'Allah vous récompense par le bien

-A mes frères du Makkam et du Markaz

Vous m'avez fait découvrir la douceur de la foi et m'avez initié à l'effort de la religion qui m'ont permis de franchir pas mal d'obstacles dans la réalisation de ce travail. Veuillez trouver ici chers frères l'expression de mes sincères remerciements.

-A Bassetou et Magnama

Vous avez été des secondes mamans pour moi et m'avez soutenu durant les moments difficiles. Qu'allah vous récompense par le bien.

-A tout le personnel du service de Neurologie

Je suis heureux d'avoir connu des personnes comme vous, j'ai beaucoup appris de chacun de vous, et ce que j'ai apprécié le plus, c'est la complicité qui existe entre nous. Parce que nous sommes devenus les uns pour les autres, je vous remercie de m'avoir facilité le passage de cette étape de ma vie.

-Au Dr Toumany

Pour ton coup de main dans la réalisation de la partie épidémiologique et statistique de ce travail. Qu'Allah vous récompense par le bien

-Au Dr Mamadou Karambé

Pour son appui indéniable dans la réalisation de la saisie de mon travail. Recevez ici cher maître l'expression de ma profonde gratitude et mes vœux, les meilleurs d'une carrière longue et enrichissante

-A mes frères et sœurs

Pour vos affections qui m'ont entouré durant mes travaux. Qu'Allah vous récompense par le bien

A NORE MAÎTRE ET PRESIDENT DE JURY

Pr. Bakoroba Coulibaly,

Psychiatre au CHU du Point G,

Maitre de conférences à la FMPOS,

Honorable maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse, malgré vos multiples sollicitations. En plus de vos qualités scientifiques, nous gardons de vous l'image d'un maître aux qualités humaines inestimables. Votre esprit d'ouverture et votre constante disponibilité font de vous un exemple de maître. Soyez assuré, cher maître de notre profonde gratitude

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Dr.Siona Traoré,
Spécialiste en Neurophysiologie,
Praticien au CHU du Point.G,

Cher maître

Nous ne savons pas combien vous remercier pour avoir bien voulu juger ce travail.
Votre constante disponibilité et votre simplicité nous ont beaucoup marqués.
Veuillez accepter nos remerciements les plus sincères.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Dr. Souleymane Coulibaly

Psychologue clinicien au CHU du Point.G

Maître assistant en psychologie médicale

Cher maître,

L'honneur est pour nous de vous avoir dans ce jury dont vous avez accepté d'y siéger avec simplicité et humilité.

Votre grande disponibilité dans la transmission du savoir et votre rigueur pour un travail bien fait ont contribué efficacement à l'amélioration de la qualité de ce travail.

Veillez recevoir ici, cher maître, l'expression de nos meilleurs sentiments de reconnaissance.

A NOTRE MAÎTRE ET CODIRECTEUR DE THESE

Dr Cheick Oumar Guinto,

**Maitre assistant de Neurologie à la Faculté de
Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie
(FMPOS),**

**Chef de service adjoint de la Neurologie du CHU du
Point.G,**

Cher maître

Nous avons été émerveillés par votre grande culture scientifique et votre rigueur pour le travail bien fait dès notre arrivée dans le service. Vous avez été toujours à notre écoute. En devenant notre co-directeur, nous avons pu compter sur un homme de valeur tant sur le plan médical que social.

Recevez ici, cher maître l'expression de notre profonde gratitude pour nous avoir ouvert les sentiers de la connaissance et nos vœux les meilleurs d'une carrière longue et enrichissante

A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THESE

Pr. Moussa Traoré,

**Professeur en Neurologie, chef de service de
Neurologie du CHU du Point.G,**

**Doyen honoraire de la Faculté de Médecine de
Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie (FMPOS),**

**Ancien président de la conférence de Doyens des
facultés de Médecine d'expression française
(CADMEF),**

Secrétaire exécutif de la CADMEF,

Honorable maître

Permettez nous de vous témoigner toute notre satisfaction pour l'honneur et le privilège que vous nous avez accordé en nous acceptant d'être parmi vos étudiants. Malgré vos multiples sollicitations nationales et internationales, vous n'avez pas hésité à donner le meilleur de vous-même.

Ce travail nous a permis une fois de plus, de bénéficier de vos nombreuses expériences, il est aussi le vôtre.

LISTE DES ABREVIATIONS

AVC : Accident vasculaire cérébral

OMS : Organisation mondiale pour la santé

FA : Fibrillation auriculaire

CIVD : Coagulation intraveineuse disséminée

TVC : Thrombose veineuse cérébrale

AIT : Accident ischémique transitoire

AIC : Accident ischémique constitué

HIP : Hémorragie intraparenchymateuse

HTA : Hypertension artérielle

ACA : Artère cérébrale antérieure

HLH : Hémianopsie latérale homonyme

MAV : Malformation artérioveineuse

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS.....	2
1. Objectif général.....	2
2. Objectifs spécifiques.....	2
GENERALITES.....	3
I. Définition	3
II. Classification.....	3
III. Facteurs de risque.....	8
IV. Diagnostic.....	11
V. Aspects sociaux.....	17
1. La famille.....	18
2. La société.....	19
VI. Retentissement sur la qualité de vie.....	20
1. Satisfaction des besoins.....	20
2. Echelles d'évaluation du handicap physique.....	21
VII. Réactions face au handicap.....	24
METHODOLOGIE.....	26
RESULTATS.....	28
COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	45

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....50

REFERENCES BIBLIOGRAPHYQUES.....52

ANNEXES ET RESUME

INTRODUCTION

Première cause de handicap physique acquis non traumatique de l'adulte, deuxième cause de démence et troisième cause de mortalité (après les cardiopathies et les cancers dans les pays industrialisés), l'accident vasculaire cérébral tend à devenir un problème de santé publique tant dans les pays en voie de développement que dans les pays développés. [1,2]

Pour une population d'un million d'habitants, le nombre de cas d'AVC par an est estimé à 2400 dont 1800 seraient des premiers épisodes et 600 des cas de récurrences. [1]

Pour une population de 12 millions d'habitants comme le Mali, nous pouvons estimer le nombre de cas potentiels d'AVC à 28800 [1]. Il s'agit donc d'une pathologie fréquente.

Au delà d'un an, un tiers des patients décède, un tiers reste dépendant et seulement un tiers retrouve leur activité antérieure [2]. Il s'agit donc d'une pathologie grave et invalidante.

Il est par ailleurs établi que l'incidence des AVC augmente avec l'âge. Elle est de 1,7 à 3,6 pour 1000 chez les personnes âgées de 55 à 64 ans ; de 4,9 à 8,9 pour 1000 chez les personnes âgées de 65 à 74 ans et de 13,5 à 17,9 après 74 ans [1]. Les personnes âgées constituent donc la couche la plus touchée par cette pathologie.

L'accroissement de la population des sujets de plus de 60 ans est un phénomène dont le caractère mondial est établi. Notre pays n'échappant pas à ce processus de vieillissement de la population, l'accident vasculaire cérébral constituera un de nos problèmes de santé les plus préoccupants dans les prochaines années. [1]

Les accidents vasculaires cérébraux ne sont-ils pas susceptibles d'entraîner des conséquences sur le fonctionnement psychosocial et sur la qualité de vie à long terme des personnes âgées?

De nombreuses études ont été réalisées sur les accidents vasculaires cérébraux dans notre pays [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7]. Toutefois aucune n'a concerné l'évaluation psychosociale et comportementale des personnes âgées ayant présenté un ou plusieurs AVC. Dans ce travail préliminaire nous tentons d'apporter notre modeste contribution à la compréhension de ces aspects de cette pathologie fréquente et handicapante.

OBJECTIFS

1. Objectif général :

Déterminer l'impact psychosocial et comportemental des accidents vasculaires cérébraux chez les personnes âgées.

2. Objectifs spécifiques :

❖ Déterminer le retentissement de l'accident vasculaire cérébral sur la qualité de vie des personnes âgées.

❖ Décrire leurs réactions face au handicap.

❖ Déterminer les Aspects sociaux de cette pathologie.

GENERALITES

I. Définition:

L'accident vasculaire cérébral se définit selon l'OMS par le développement rapide de signes cliniques localisés ou globaux de dysfonction cérébrale avec des symptômes durant plus de 24 heures, pouvant conduire à la mort; sans autre cause apparente qu'une origine vasculaire. [3]

II. Classification:

A. Les infarctus cérébraux :

1. Formes cliniques des infarctus cérébraux : Elles regroupent :

a. Les accidents ischémiques transitoires(AIT) :

L'AIT se définit selon l'OMS par la perte focale de fonction cérébrale ou oculaire, d'installation brusque, d'origine ischémique dont les symptômes durent moins de 24 heures et régressent sans séquelles. Il est un marqueur de l'athérosclérose. [6]

En règle générale, c'est un syndrome qui dure moins de 30 minutes (parfois quelques dizaines de secondes) et doit être considéré comme le signe avant-coureur d'un accident ischémique constitué.

Son diagnostic est difficile du fait de la brièveté du phénomène et dépend de la qualité de l'interrogatoire. [8]

Il correspond à l'occlusion temporaire d'une artère cérébrale par du matériel embolique entraînant une perturbation réversible du métabolisme des neurones, ce qui explique la réversibilité de la symptomatologie clinique.

b. Les accidents ischémiques constitués :

Ils correspondent à un déficit dont la durée dépasse 24 heures. Ce sont des infarctus corticaux .Il peut s'agir de l'occlusion d'une artère cérébrale par du matériel thrombo-embolique, responsable d'une symptomatologie en rapport avec l'atteinte du territoire irrigué par l'artère occluse et/ou d'une thrombose veineuse cérébrale (TVC) qui est relativement rare (3% des AIC) et touche un

ou plusieurs sinus veineux, exceptionnellement une veine corticale [2]. Cette TVC peut provoquer ou non un infarctus cérébral souvent avec une composante hémorragique, dont la topographie ne correspond pas à un territoire artériel [9].

c. Les lacunes :

Ce sont des infarctus profonds par opposition aux infarctus corticaux, qui correspondent à l'occlusion des petites artères ou artérioles perforantes de la base du cerveau. Elles sont de petite taille (2 à 15mm de diamètre) et siègent au niveau des noyaux gris centraux (thalamus, putamen, pallidum, tête du noyau caudé), du territoire médian du pont et de la substance blanche hémisphérique [9].

2. Mécanisme physiopathologique des infarctus cérébraux : [10]

Quatre mécanismes principaux entrent en compte dans la formation d'un infarctus cérébral. Ce sont :

a. Les processus thrombotiques

Ils entraînent surtout les accidents ischémiques transitoires.

b. Les processus emboliques

Ils ont pour origine un thrombus cardiaque et/ou mural. On peut avoir des emboles :

- **plaquettaires**
- **fibrino-cruoriques** (issus de fragmentation d'un thrombus)
- **de cholestérol**
- **calcaires** (rare, pouvant provenir d'un rétrécissement aortique)
- **de matériel tumoral**
- **de matériel septique** (exemple d'endocardite d'OSLER)

c. Les phénomènes hémodynamiques :

Ils sont consécutifs à la baisse du débit sanguin cérébral en dehors de toute artériopathie et entraînent soit une hypo perfusion locale par vasospasme ou

par hémotournement sanguin (malformation artérioveineuse); soit une hypo perfusion globale (par hypo volémie ou par insuffisance cardiaque sévère).

d. la lipohyalinose :

Elle correspond à la surcharge de la paroi des petites artères provoquée par l'HTA. Elle est à l'origine de l'occlusion artérielle conduisant à des lacunes.

3. Etiopathogenie des infarctus cérébraux : [10,11]

a. Accidents artériels :

Plusieurs causes peuvent être incriminées :

- **Athérosclérose** : Elle Touche le plus souvent l'homme de plus de 45ans et est responsable de deux types de lésions artérielles (proximale et distale). Elle est surtout responsable des lacunes.

- **Cardiopathies emboligènes** : Il peut s'agir de

• **troubles du rythme cardiaque** : FA (45% des causes cardiaques)

• **infarctus du myocarde** : (15% des causes cardiaques)

• **endocardite d'OSLER** : suspectée devant toute hémiplegie fébrile

• **valvulopathie** : le rétrécissement mitral

• **anévrisme ventriculaire** : 10% des causes cardiaques

• **cardiomyopathies dilatées.**

• **autres causes** : chirurgie cardiaque, myxome de l'oreillette gauche (exceptionnel)

- **Causes plus rares :**

Elles représentent 2 à 3% des causes d'infarctus et sont surtout responsables d'infarctus chez le sujet jeune (moins de 45 ans). Il peut s'agir de :

- **dissection traumatique ou spontanée de la carotide interne ou de la vertébrale extra crânienne** (rare chez les personnes âgées),

- **dysplasie artérielle fibromusculaire** (responsable d'anévrisme),

- **artérites** : infectieuses, par abus de drogues ou dues à des maladies immunitaires,

- **sténoses radiales des vaisseaux post radiothérapeutiques**

- **Altération du contenu sanguin** : leucémie, polyglobulie, drépanocytose, dysglobulinémie, CIVD.

- **Infarctus cérébraux inexplicables** : Ils sont les plus nombreux, car représentent 30% des AIC

b. Occlusions veineuses:

Elles sont causées par :

- **les traitements oestroprogestatifs,**

- **l'état post opératoire**

- **le post partum**

- **les foyers infectieux de voisinage**

- **les coagulopathies/CIVD, déficits en anti thrombine3, en protéine S ou protéine C**

- **la drépanocytose**

- **les carences martiales.**

B. Les hémorragies cérébrales :

Elles sont consécutives à la rupture spontanée ou traumatique d'un vaisseau cérébral. Elles représentent 15 à 20 % des accidents vasculaires cérébraux.

Elles surviennent surtout dans l'artère cérébrale moyenne, plus souvent à gauche qu'à droite et peuvent être regroupées en hémorragies intra parenchymateuses et en hémorragies méningées [12].

1. Formes cliniques des hémorragies cérébrales : Elles regroupent :

a. Hémorragies intraparenchymateuses (HIP) :

Il s'agit de toutes les hémorragies dont le siège est le parenchyme cérébral.

Elles regroupent :

- l'inondation ventriculaire,
- les hématomes lobaires ou corticaux,
- les hématomes profonds (noyaux gris),
- les hématomes sous tentoriels (protubérance, cervelet).

b. Hémorragies méningées :

C'est l'irruption de sang dans l'espace méningé. Elles relèvent de deux mécanismes :

- Rupture d'un vaisseau dans l'espace méningé
- Irruption de sang à partir d'un hématome cortical : on parle

alors d'hémorragie cérébroméningée [13].

2. Etiologies des hémorragies cérébrales :

a. Hémorragies intraparenchymateuses :

-Hypertension artérielle (HTA) : cause retrouvée dans plus de 50% des cas surtout chez l'adulte à partir de 50 ans.

-Rupture d'une malformation vasculaire : responsable de la plupart des HIP chez le sujet jeune de moins de 50 ans

-Traitements anti thrombotiques : responsable de 10% des HIP

-Tumeurs cérébrales : surtout malignes, elles seraient responsables de 5 à 10% des HIP [13]

-Autres causes : angiopathies amyloïdes isolées alcoolisme chronique et aigu, toxiques (cocaïne), artérites cérébrales. A noté également que l'émotion et l'effort (toux, vomissement, coït) sont des facteurs déclenchant d'hémorragies intraparenchymateuses [13,14].

b. Hémorragies méningées:

Elles sont surtout consécutives à la rupture d'anévrisme artériel. On peut également avoir des hématomes sous duraux sans notion de traumatisme en association avec des troubles de la coagulation, un éthylisme chronique, une déshydratation ou un traitement anticoagulant, ou alors il existe une notion de traumatisme minime (hématomes rencontrés surtout chez la personne âgée). [11]

III. Facteurs de risques des AVC:

1. Facteurs de risques non modifiables :

a. Age: le risque d'AVC augmente proportionnellement avec l'âge. 95% des AVC surviennent après 45 ans. Après 55ans le risque d'AVC est multiplié par deux après chaque décennie [11].

b. Sexe : le risque d'AVC est plus élevé chez l'homme que chez la femme.IL tend à s'égaliser chez les moins de 30ans et les plus de 85 ans. [11]

c. Facteurs familiaux : Il s'agit des facteurs de risque génétique.

2. Facteurs de risques modifiables :

a. Hypertension artérielle. C'est le facteur de risque le plus important en matière d'AVC quelque soit l'âge [10].Elle favorise la fibrillation auriculaire, les plaques d'athéromes et la lipohyalinose des vaisseaux intra cérébraux. Elle est responsable de 56% d'AVC chez l'homme et 66% chez la femme. Elle multiplie par 10 le risque d'hémorragie et par 7 celui d'AIC [15].

b. Diabète.

Le risque est plus élevé chez la femme. C'est un facteur de risque surtout responsable d'infarctus lacunaires.

c. Cardiopathies emboligènes :

Elles multiplient par 3 à 10 le risque d'AVC, la fibrillation auriculaire étant le facteur de risque le plus fréquent (50% des AVC cardioemboliques) [16].

d. Tabac :

Le risque d'AVC est multiplié par deux chez le tabagique et par trois chez le tabagique jeune [15]. L'arrêt du tabac entraînerait une diminution de 50% de risque d'AVC [16].

e. Facteurs favorisants des TVC :

C'est un cas particulier. Ici les causes peuvent être également des facteurs favorisants. On retrouve dans le tableau ci-dessous un récapitulatif de ces causes/facteurs de risque qui s'associent volontiers les uns aux autres chez un même individu [8].

Tableau récapitulatif des facteurs favorisant de thromboses veineuses
cérébrales : [3]

Causes/facteurs généraux <ul style="list-style-type: none">- Période post opératoire- Grossesse et surtout post-partum++, Contraception orale- Affections hématologiques- Troubles congénitaux de l'hémostase (déficit en protéine C et S. antithrombine III) ou acquis (anticoagulant circulant. CIVD)- Infections (septicémies, endocardites)- Cancers, chimiothérapie et Maladies inflammatoires (Behçet++)- Causes diverses (déshydratations sévères, cirrhose ...)
Causes/facteurs locaux infectieux <ul style="list-style-type: none">- Infections de voisinage ++ (otite, mastoïdite, sinusite, infection buccodentaire...)- Infections intracrâniennes (abcès, empyème sous-dural, méningite)
Causes/facteurs locaux non infectieux <ul style="list-style-type: none">- Traumatisme crânien (ouvert ou fermé, avec ou sans fracture)- Intervention neurochirurgicale- Malformation vasculaire (fistule dure-mérienne)- Cathétérisme jugulaire

f. Autres facteurs : la sténose carotidienne asymptomatique, l'alcoolisme chronique, (augmentation progressive du risque au delà de 3 verres standard) [8].

3. Facteurs de risque moins bien documentés :

- Hypocholestérolémie (augmenterait le risque d'HIP),
- Obésité et sédentarité,
- Prise d'oestrogénostatifs,
- Migraine surtout chez la femme jeune, risque potentialisé par le tabac et les contraceptifs oraux,

- Hypercoagulabilité, élévation de l'hématocrite,
- Saisons et climat [8].

IV. Diagnostic des AVC :

A. Sémiologie clinique des accidents ischémiques :

1. Sémiologie clinique des accidents ischémiques transitoires (AIT) :

a. Les AIT du territoire carotidien: Ils peuvent entraîner [8]:

- Cécité mono oculaire transitoire,
- Accidents carotidiens hémisphériques :
 - Déficit sensitif et/ou moteur unilatéral
 - Aphasie.

b. Les AIT du territoire vertébrobasilaire : Ils se manifestent par

- une ataxie aigue,
- un trouble de la vigilance,
- des vertiges vrais, dysarthrie, diplopie, troubles de la déglutition.

Ces signes pris isolément ne permettent pas de poser le diagnostic d'AIT, ils doivent être associés pour que celui-ci soit évoqué. [8]

2. Sémiologie clinique des accidents ischémiques constitués (AIC) :

a. AIC carotidien [9] :

-AIC sylvien ou cérébral moyen:(70% des cas)

.Sylvien profond : responsable d'une hémiplegie controlatérale proportionnelle avec troubles sensitifs associés et s'il siège du coté dominant (gauche pour le droitier et la plupart des gaucher) aphasie motrice(BROCA).

.Sylvien superficiel : (plus fréquent)

Hémiplegie controlatérale à prédominance brachiofaciale avec aphasie motrice (BROCA) si la lésion est du coté dominant plus troubles sensitifs discrets ; si l'hémisphère mineur est touché, on a un syndrome d'ANTON BABINSKI associant anosognosie (non reconnaissance du trouble) et une hémiasomatognosie (non reconnaissance de l'hémicorps et visuelle de l'hémi champ

controlatéraux).

.Sylvien total : Il associe

* une hémiparésie, une hémianesthésie massive et une HLH

* une aphasie globale si l'hémisphère majeur est touché

Ici les troubles de la conscience initiaux sont fréquents avec déviation conjuguée de la tête et des yeux du côté de la lésion (atteinte de l'aire oculocéphalofrontale).

-AIC cérébral antérieur: (10% des cas)

Peut être associé à un AIC sylvien dans le cadre d'une thrombose de la corticale. On observe :

.une hémiparésie controlatérale à prédominance crurale ou monoparésie crurale avec hémianesthésie, parfois apraxie (lésion du corps calleux),

.un réflexe de préhension si la lésion est du côté de l'hémisphère dominant, les troubles émotifs, l'apathie, la confusion, le mutisme, et la paraparésie spastique peuvent se voir si l'occlusion est bilatérale.

-Infarctus de la choroïdienne antérieure: (rare)

L'atteinte de l'artère choroïdienne est rarement isolée et son occlusion provoque une hémiparésie massive et proportionnelle (atteinte du bras postérieur de la capsule interne) associée à une hémianesthésie partielle et une HLH qui sont inconstantes.

b. AIC vertébro- basilaire: [17]

-AIC de la cérébrale postérieure :

.Territoire superficiel (lobe occipital) :

C'est l'hémianopsie latérale homonyme (HLH) controlatérale souvent isolée ou

associée :

* une atteinte de l'hémisphère majeur pouvant entraîner une alexie, une agnosie visuelle,

* des Troubles de la représentation spatiale et prosopagnosie (incapacité de reconnaître des visages).

.Territoire profond :

C'est le syndrome thalamique : troubles sensitifs de l'hémicorps controlatéral associés parfois à l'hyperpathie avec des douleurs spontanées intenses de l'hémicorps controlatéral à distance variable (syndrome de Déjerine Roussy).

.Si atteinte bilatérale :

Possibilité de cécité corticale, de troubles mnésiques (syndrome de Korsakoff par atteinte bilatérale de la face interne des lobes temporaux) et d'une prosopagnosie.

Il n'existe pas de déficit moteur dans les infarctus de l'artère cérébrale postérieure par contre les troubles sensitifs sont marqués.

-AIC du tronc cérébral :

Ils sont dus à l'atteinte des artères perforantes partant du tronc basilaire (infarctus paramédians ou latéraux) ou des branches d'artères cérébelleuses.

Deux syndromes peuvent être observés ici:

.Le syndrome de Wallenberg : [17]

Il est la conséquence d'un infarctus de la partie latérale du bulbe, (retro-olivaire) irriguée par l'artère dite de la fossette latérale du bulbe (branches de l'artère cérébelleuse postéro inférieure).

On a une symptomatologie initiale marquée par l'apparition brutale d'un grand vertige avec troubles de l'équilibre, associé à des céphalées postérieures plus vomissements.

***Du coté de la lésion :**

Atteinte des nerfs mixtes (IX et X) : trouble de la déglutition et de la phonation

Hémi syndrome cérébelleux (atteinte du pédoncule cérébelleux inférieur)

Atteinte du noyau du VIII : nystagmus rotatoire

Atteinte de la racine descendante du trijumeau(V) : anesthésie thermoalgésique de l'hémiface

Syndrome de Claude Bernard -Horner par atteinte sympathique

*** Du coté opposé :**

Atteinte du faisceau spinothalamique : pouvant entraîner une anesthésie thermoalgésique de l'hémicorps avec respect de la sensibilité profonde.

Ce syndrome de Wallenberg peut être associé à un infarctus cérébelleux inférieur.

.Le locked-in-syndrome :

Il signe une occlusion du tronc basilaire (infarctus bilatéral du pied de la protubérance). Il est responsable:

*d'une tétraplégie associée à une diplégie faciale.

*d'une abolition de l'oculomotricité horizontale du regard, la seule possibilité de communication étant limitée aux mouvements des paupières et la verticalité du regard.

*ici la conscience reste normale.

-AIC cérébelleux: :

Parfois asymptomatiques, ils provoquent le plus souvent une apparition brutale des céphalées postérieures, des vomissements, d'un trouble de l'équilibre et d'un hémisyndrome cérébelleux homolatéral à la lésion.

-AIC lacunaires :

Ces lacunes donnent lieu à quatre tableaux cliniques fréquemment rencontrés :

.Hémiplégie motrice pure (face, membre supérieur et inférieur)
localisation capsulaire.

.Hémianesthésie pure, touchant un hémicorps ou à prédominance cheiroorale: localisation thalamique,

.Dysarthrie-main-malhabile : pied de la protubérance,

.Hémi-parésie associée à une ataxie : atteinte pyramidale.

La multiplication des lacunes peut conduire à «un état lacunaire» responsable d'un syndrome pseudobulbaire associant des troubles de la phonation, de la déglutition, des rires et des pleurs spasmodiques.

c. Thromboses veineuses cérébrales [17]

Le mode d'installation peut être aigu, subaigu (1 à 4 semaines) ou chronique (supérieur à 1 mois).Trois tableaux sont possibles :

-Tableau d'hypertension intracrânienne :les céphalées, l'œdème papillaire (présents dans un cas sur deux) et Parfois trouble de la conscience. Cinq pour cent des TVC se résume à cette symptomatologie,

-Crises épileptiques : Elles peuvent être partielles ou généralisées, hémi corporelles ou à bascule. Elles sont rares mais évocatrices,

-Déficits neurologiques focaux : ils sont inconstants et variables selon la localisation de la TVC.

B. Sémiologie cliniques des accidents hémorragiques cérébraux :

1. Sémiologie clinique des hémorragies intraparenchymateuses : [17]

a. Hémorragies capsulolenticulaires ou putaminocaudées (50%)

Le point de départ est putaminal entraînant une hémiparésie controlatérale, une déviation de la tête et des yeux du côté de la lésion, une aphasie de Broca dans les lésions de l'hémisphère dominant

b. Hémorragies thalamiques.

La symptomatologie est la même qu'en cas d'infarctus thalamique (hémianesthésie controlatérale) dont la mise en évidence dépend de l'état de vigilance; le retentissement sur la capsule interne se traduit par une hémi-parésie ou une hémiparésie franche. Les anomalies oculomotrices sont

fréquentes.

c. Hémorragies lobaires (30%) : Elles se développent dans la substance blanche sous corticale. Il peut s'agir :

-d'hématome frontal : avec hémiparésie et négligence motrice controlatérale, comportement de préhension, aphasie dans les lésions de l'hémisphère dominant.

-d'hématome pariétal : avec hémianesthésie controlatérale souvent associée à une hémianopsie latérale homonyme.

-d'hématome temporal : avec aphasie de Wernicke pour l'hémisphère dominant, état confusionnel pour l'hémisphère mineur.

-d'hématome occipital : avec HLH controlatérale associée à une alexie en cas d'atteinte de l'hémisphère dominant.

-d'hémorragie du tronc cérébral (10%) : La localisation pontique est plus fréquente et classiquement très grave.

-d'hémorragie cérébelleuse (10%) : Le tableau est dominée par des céphalées, des vomissements, des vertiges, des troubles de l'équilibre avec à l'examen un syndrome cérébelleux, un nystagmus et parfois des signes de retentissement sur le tronc cérébral.

2. Sémiologie clinique des hémorragies méningées. [4]

Les ruptures d'anévrismes ou de malformation artérioveineuse(MAV) sont souvent précédées de signes à valeur localisatrice de l'anévrisme en évolution. Il peut s'agir de :

a. Anévrisme de la jonction entre communicante postérieure et carotide interne :

Le tableau réalise une paralysie du troisième nerf crânien avec ophtalmoplégie homolatérale, une mydriase, une abolition de reflexe photo moteur et une douleur sus et retro oculaire. Il se différencie de l'atteinte diabétique du nerf III par l'atteinte de la pupille qui est absente dans cette dernière.

b. Anévrisme du sinus caverneux : Ophtalmoplégie douloureuse unilatérale par compression des nerfs II, IV, VI et de la première division du V.

c. Anévrisme de la carotide supraclébrale ou de l'ACA : altération du champ visuel par compression du nerf ou des voies visuelles.

d. Anévrisme de l'artère cérébelleuse postéro inférieure ou la cérébelleuse antéro inférieure : Douleurs occipitales ou cérébrales postérieures.

e. Anévrisme de l'artère cérébrale moyenne : Douleur oculaire ou retrooculaire ou temporale inférieure.

f. Anévrisme de l'extrémité du tronc basilaire : Atteintes diverses du nerf III et tétra parésie.

En dehors de ces signes, les signes cliniques les plus retrouvés dans les hémorragies méningées sont :

- **Des céphalées intenses** dues à la rupture vasculaire, suivies d'une perte de connaissance due à une élévation brutale de la pression intra crânienne avec hémorragie majeure.

- **Un syndrome méningé** avec raideur cervicale, signes de Brudzinski et/ou de Kernig, coma selon la gravité du saignement.

V. Aspects sociaux des accidents vasculaires cérébraux :

Le caractère soudain et imprévu de l'installation du déficit explique le désarroi et la grande inquiétude qui affectent le patient et ses proches durant l'hospitalisation en phase aiguë. Pour la famille, l'atteinte cérébrale n'est pas visible. Elle se manifeste par des signes corporels divers et variés en fonction de la zone concernée et de l'étendue de la lésion. L'apparition d'un déficit de l'hémicorps, d'une aphasie, d'une désorientation temporospatiale, d'une incontinence, d'un trouble de la déglutition remettent en cause l'image corporelle sublimée.

De plus, la maladie de l'être cher nous renvoie à nos propres angoisses de mort.

Citons à ce sujet Ruzniewski.M [18] : " C'est la peur de la dépendance, de la dégradation physique et de la déchéance projetées dans un avenir qu'il ne peut envisager et qu'il ne saurait affronter.../...Ces pensées, visualisées sous forme d'images associatives, se mettent soudain à vivre et à " prendre corps ", glissant de façon imperceptible vers la concrétisation figurée de la mort du sujet. "

L'anxiété du patient est aussi analysée par l'auteur qui nous dit :

" Certains ne pourront jamais supporter les conséquences directes de l'isolement psychique, affectif et social qu'implique une hospitalisation prolongée engendrant d'inévitables ruptures avec la vie antérieure : rupture avec leur propre image forgée au fil des années et qui, soudain captive de cet univers clos s'estompe et s'amenuise déjà, abolissant d'un coup leur statut de sujet agissant et autonome ; rupture avec une activité professionnelle et un certain investissement dans un schéma social fortement structuré ; altération de leur statut de parent et de conjoint, restreignant alors leur rôle autrefois actif et responsable au sein de la cellule familiale. Ces fractures, soudaines et souvent irrémédiables, vont les précipiter dans le vide et l'inutilité, les laissant désemparés et condamnés à attendre, repliés sur eux-mêmes, un futur sombre et aléatoire, supplantés dans les différents rôles qu'ils ne peuvent plus assumer... " [18]

Dans l'AVC, il n'y a pas de lésion type. Il faut parfois réapprendre les gestes les plus simples de la vie quotidienne. Les relations avec les amis, les proches sont remises en cause. La parole, la pensée, la lecture, la mémoire, l'identité et le caractère peuvent être touchés. Comment vivre sereinement devant de telles difficultés ?

1. La famille

Certains patients ne s'assurant pas lors des contingences inhérentes à la vie journalière (il faudra faire la toilette, couper la viande, lacer la bottine, attendre de façon éternelle), épuisent la patience de leurs proches dont le rythme de vie n'est plus conciliable avec le leur.../... Beaucoup de ces époux vivent sous le même toit suivant le régime de séparation de corps, notamment lorsque le

malade est hémiparétique. Progressivement, le conjoint devant faire face seul aux nécessités vitales de la famille va inéluctablement acquérir une certaine autonomie tentant de concilier la distance, le recul nécessaire avec une attitude vigilante, voire chaleureuse, mais emprunte de pitié et progressivement rationalisée. Les moments d'impatience, d'irritabilité, de désespoir, de tendresse engendrent des attitudes très contradictoires, culpabilisantes, bref une situation très conflictuelle.../...La maladie n'a fait qu'accentuer les difficultés antérieures latentes dès lors décompensées. Dans d'autres cas, au contraire, elle fournit l'occasion de consolider l'union conjugale en renforçant des relations plus ou moins névrotiques essentiellement mère-fils, beaucoup plus rarement père-fille. En effet, les épouses captatrices deviennent hyper protectrices et maternent leur époux qui, de ce fait, s'estime plus aimé qu'avant. "Ducarne de Ribaucourt. B [19], souligne l'influence du handicap sur la relation parent - enfant. " On assiste progressivement à la transformation du mode réactionnel de la personnalité du conjoint (qui ne sera pas sans retentir sur celle des enfants) et qui va compromettre plus ou moins définitivement l'entente conjugale.../... Le problème des enfants est également non moins dramatique. En effet, lorsque ceux-ci parviennent à accepter tant bien que mal l'image d'un père ou d'une mère à laquelle ils ne pourront plus s'identifier, ces derniers ne supportent guère cet état d'infériorité vis-à-vis de leurs fils ou de leurs filles, jeunes ou moins jeunes. Ils deviennent (les pères surtout) intolérants vis-à-vis d'eux sombrant dans des exigences immotivées et les frustrant à la longue non seulement de leur ascendant mais de l'affection nécessaire au point de les négliger et de s'en désintéresser. La grande majorité se plaint de ne plus avoir d'influence sur leurs enfants avec lesquels ils entretiennent des relations très difficiles. A l'inverse, les mères dépressives souffrent de ne plus être à la hauteur. Autrement dit, le seuil de tolérance mutuelle des membres de la famille étant dépassé, l'on assiste à l'installation d'une organisation plus ou moins pathologique du groupe familial. "

2. La société

Même si le handicap peut passer inaperçu, les patients sont exclus de la conversation, gênés par le bruit environnant, la multiplicité des interlocuteurs et

la peur du manque du mot, d'arguments. les patients finissent par prendre de la distance avec leurs anciens collègues et ne gardent contact qu'avec des amis intimes. Ils ne peuvent se projeter dans l'avenir, ne se sentent plus concernés et abandonnent totalement tout lien social. La télévision semble être, par le biais du canal visuel, un moyen de contact avec l'entourage". On minimise toujours l'importance des séquelles affectant les afférences linguistiques auditives chez tous ces anciens patients, alors qu'elles ont une énorme incidence sur leur réhabilitation en société.../...L'émotion est d'ailleurs une source d'inhibition linguistique insoupçonnée, même dans certains cas de récupération maximale. "

Dans les suites d'un AVC, la dépression est, selon Boucand.M [20], le trouble affectif le plus fréquent. Les patients dépressifs auraient une moins bonne qualité de récupération fonctionnelle, cognitive et sociale. Il précise qu'aucune étude spécifique sur la prise en charge psychothérapeutique des patients hémiplésiques n'a été retrouvée.

La nature multidimensionnelle des conséquences directes et indirectes de l'atteinte cérébrale suite à l'accident vasculaire a été confirmée. La prise en charge psychologique prend ici toute sa dimension.

VI. Retentissement sur la qualité de vie : [21,22]

1. Satisfaction des besoins :

a. Besoins physiologiques :

Respirer, se nourrir, éliminer, se mobiliser, maintenir la température de son corps, se reposer, se reproduire, prendre soin de son corps, se vêtir, lutter contre la douleur, sont des besoins tellement indispensables que l'on admettra qu'il paraît difficile pour un patient d'avoir d'autres préoccupations tant qu'ils ne seront pas satisfaits.

b. Besoins de sécurité :

Les besoins de sécurité sont ceux qui sont liés à l'aspiration de chacun d'entre nous à être assuré du lendemain physiquement et moralement. Ils couvrent les besoins d'un abri (logement, maison), la sécurité des revenus et des ressources, la sécurité physique contre la violence (agression), la sécurité morale et

psychologique, la stabilité familiale ou du moins certaine sécurité affective et la sécurité sociale.

c. Besoins d'appartenance :

Appartenir à un groupe familial, social, culturel et être reconnu par ce groupe est facteur d'identité. Les besoins relationnels (amour, amitié) entrent dans cette catégorie, c'est le besoin de savoir que l'on compte pour les autres.

d. Besoin d'estime des autres :

Il ne suffit plus de se sentir intégré dans un groupe, il faut recevoir des signes de reconnaissance, d'approbation, de respect permettant d'acquérir une influence, un pouvoir de décision.

e. Besoin d'estime de soi :

Nous avons tous besoin d'être renvoyés à une image positive de nous-mêmes. C'est le besoin d'affirmer sa personnalité, de se sentir "capable de"

f. Réalisation de soi :

C'est l'ouverture vers l'avenir, les projets : le besoin de réaliser ses potentialités.

2. Echelles d'évaluation du handicap physique :

a. Index de Barthel : Il donne rapidement une indication sur la situation fonctionnelle du malade hémiparétique

L'index de Barthel est fiable, sensible et reproductible, ce qui en fait un outil de référence. Il comporte 10 items (relatant appareil par appareil les activités de la vie quotidienne). Chacune étant cotée de 0, 5, 10 ou 15. Le score final correspond à la somme des nombres obtenus par chaque item.

Evaluation psycho-sociale et comportementale des personnes âgées victimes d'Accident Vasculaire Cérébral dans le district de Bamako à propos de 214 cas

ITEMS	Avec aide	Indépendant
Alimentation (avec aide si nécessaire pour couper les aliments)	5	10
Transfert du fauteuil au lit et retour (peut s'asseoir dans son lit)	5-10	15
Toilette personnelle (se laver le visage, se coiffer, se raser, se laver les dents)	0	5
Transfert eaux et des toilettes (y compris déshabillage, s'essuyer, tirer la chasse)	5	10
Se baigner seul	0	15
Marche en terrain plat(ou si marche impossible, utilisation du fauteuil roulant)	0	5
Monter et descendre les escaliers	5	10
Habillage (y compris nouer les lacets, attacher les fermetures)	5	10
Contrôle intestinal	5	10
Contrôle vésical	5	10
Total		

Indicateurs de retour à domicile à 2 mois :

- ▶ score > 20 les premiers jours,
- ▶ > 40 au moment du transfert en centre de rééducation,
- ▶ > 60 à 3 mois.

Seuils de l'index de Barthel :

- ▶ >60 contrôle sphinctérien, toilette et alimentation seul, déplacement sans aide,
- ▶ > 85 peut s'habiller, transfert lit fauteuil,
- ▶ =100 indépendance complète.

b. Score de Rankin modifié :

Il permet d'évaluer le degré de sévérité du handicap physique. Il va de 0 à 5

0 correspond à la résolution complète du déficit ne laissant aucun symptôme

5 correspond à un handicap majeur, alitement permanent, incontinence et soins de nursing permanent

VALEUR	SYMPTOMES
0	Aucun symptôme
1	Pas d'incapacité en dehors des symptômes : activités et autonomies conservées
2	Handicap faible : incapable d'assurer les activités habituelles mais autonomie
3	Handicap modéré : besoin d'aide mais marche possible sans assistance
4	Handicap modérément sévère : marche et gestes quotidiens impossibles sans aide
5	Handicap majeur alitement permanent, incontinence et soins de nursing permanent

VII. Réactions face au handicap : [18,21]

Depuis les théories freudiennes, la notion de deuil a été reprise par plusieurs auteurs. Dans la confrontation avec son corps, le sujet déficitaire traverse différents stades correspondant à des mécanismes de défenses. Ces phases, identifiées par Kubler-Ross M, citées par Ruzsniewski M portent sur la dénégation, l'irritabilité, le marchandage, la dépression et le deuil.

1. Dénégation :

Elle correspond au refus du handicap. Elle est un amortisseur après le choc de nouvelles brutales. Elle permet au patient de se recueillir et de mettre en place d'autres systèmes de défense moins exclusifs.

2. Irritabilité :

Le patient se trouve confronté à une réalité inacceptable. Pour lui, il n'y a que de l'injustice. Il peut manifester en criant sa révolte, cette phase se traduit, alors par la colère, l'agressivité envers l'entourage, les soignants ou envers lui-même sous forme de culpabilité. Au contraire, il peut démissionner et adopter une attitude régressive. Il passe alors par des périodes de cafard.

3. Marchandage :

Il correspond à la tentative de retarder les évènements. Le handicap est perçu, mais il faut un but, un dernier espoir. C'est l'attente d'un miracle. La maladie est investie d'une dimension religieuse ou magique. Le patient est demandeur pour avoir recours à d'autres approches, d'autres thérapeutiques, d'autres équipes de soins. Il est à la recherche d'un "comme avant" inaccessible.

4. Dépression :

Elle est définie comme une perturbation pathologique de l'humeur, dans le sens de la tristesse et de la souffrance intérieure. Certains vont ainsi développer un comportement suicidaire ou s'isoler du monde extérieur, refusant aide et soutien car ils se sentent comme une charge pour l'entourage.

5. deuil :

Il correspond à l'acceptation du handicap, c'est à dire à l'épanouissement du patient dans sa vie de tous les jours. Le deuil signifie que le patient a mis de côté son handicap et qu'il s'est investi dans l'avenir.

Ces troubles ne représentent que quelques exemples parmi d'autres troubles psychiatriques et psychologiques rencontrés chez ces patients victimes d'accident vasculaire cérébral ainsi que les membres de leur famille. Les troubles psychiatriques influencent la qualité de la récupération neurologique et neuropsychologique et ne sont pas sans conséquences sur le fonctionnement psychosocial et sur la qualité de vie à long terme de ces malades. Les patients ayant présenté un ou plusieurs AVC apparaissent comme vulnérables et particulièrement sujets à développer des troubles psychologiques en réponse à des situations de stress.

METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le District de Bamako et dans les services de Neurologie et de Cardiologie A et B du CHU du Pont G

2. Type d'étude:

Il s'agit d'une étude transversale et prospective

3. Population d'étude:

L'étude a concerné 214 patients âgés de 60 ans ou plus victimes d'accident vasculaire cérébral et résidant dans le district de Bamako

4. Période d'étude :

Notre étude s'est déroulée sur une période de 12 mois allant de juillet 2008 à juin 2009.

5. Echantillonnage :

Il a été aléatoire

• Critères d'inclusion

Etait inclus dans cette étude tout sujet âgé de 60ans au moins ayant fait un AVC confirmé quelque soit le temps de recul et remplissant les conditions suivantes :

- Etre dans le district de Bamako,
- Avoir donné son consentement éclairé.

• Critères de non inclusion

Etait exclus de cette étude :

- Tout patient âgé de moins de 60ans
- Tout patient n'ayant pas donné son consentement éclairé
- Tout patient se trouvant hors du district de Bamako

-Tout patient présentant un trouble de la conscience

-Tout patient dont l'accident vasculaire cérébral n'est pas confirmé

6. Collecte des données

Six enquêteurs formés au préalable se sont rendus sur les sites pour récolter les données avec une grille d'entretien conçue à cet effet.

Les sites étaient les suivants :

- **Service de Neurologie et de Cardiologie A et B du CHU du Point.G :**

Le questionnaire était soumis aux malades lors de leurs rendez-vous dans les dit-services.

- **Domiciles des malades dans le district de Bamako :** Avec les contacts des malades notés sur les fiches d'observations, les enquêteurs se déplaçaient pour rejoindre les patients à domicile.

7. Variables étudiées :

Les variables étudiées étaient :Age, sexe, résidence, besoins physiologiques, besoins de sécurité, besoins d'appartenance, besoins d'estime des autres, besoins d'estime de soi, réalisation de soi, dénégarion, irritabilité, culpabilité, marchandage, dépression, deuil, soutien social, index de BARTHEL, score de RANKIN modifié.

8. Plan d'analyse

L'analyse de nos données a été faite à partir du logiciel SAS version 9.1

La saisie a été faite à partir du logiciel WORD version 2003.

RESULTATS

Tableau I : Répartition des patients selon l'âge.

Age (ans)	Effectif(n)	Pourcentage(%)
60-69	128	59,81
70-79	70	32,71
≥80	16	7,48
Total	214	100,00

Plus de la moitié de nos patients (**59,81%**) se trouvait dans la tranche d'âge de 60-69 ans.

Tableau II : Répartition des patients selon le sexe.

Sexe	Effectif(n)	Pourcentage(%)
Masculin	129	60,28
Féminin	85	39,72
Total	214	100,00

Le sexe masculin représentait **60,28%** de nos patients.

Tableau III : Répartition des patients selon les besoins physiologiques et les tranches d'âge.

		Tranches d'âge (ans)			
		60-69 n=128	70-79 n=70	≥80 n=16	TOTAL N=214
Respirer	Satisfaisant	92,97%	87,14%	100,00%	91,59%
	non satisfaisant	07,03%	12,85%	00,00%	8,41%
Se nourrir	Satisfaisant	89,06%	71,42%	81,25%	82,71%
	non satisfaisant	10,94%	28,58%	18,75%	17,29%
Eliminer (selle, urine)	Satisfaisant	88,28%	68,57%	75,00%	81,31%
	non satisfaisant	11,72%	31,43%	25,00%	18,69%
Se mobiliser	Satisfaisant	40,63%	25,71%	18,75%	34,11%
	non satisfaisant	59,37%	74,29%	81,25%	65,89%
Se reposer	Satisfaisant	69,53%	54,29%	50,00%	63,08%
	non satisfaisant	30,47%	45,71%	50,00%	36,92%
Se reproduire	Satisfaisant	26,56%	20,00%	06,25%	22,90%
	non satisfaisant	73,44%	80,00%	93,75%	77,10%
Prendre soins de son corps	Satisfaisant	32,03%	12,86%	12,50%	24,30%
	non satisfaisant	67,97%	87,14%	87,50%	75,70%
Se vêtir	Satisfaisant	39,06%	18,57%	12,50%	30,37%
	non satisfaisant	60,94%	81,43%	87,50%	69,63%
Lutter contre la douleur	Satisfaisant	78,18%	55,71%	50,00%	68,69%
	non satisfaisant	21,88%	44,29%	50,00%	31,31%

Les besoins physiologiques les plus souvent perturbés étaient :

- **Se reproduire (77,10%),**

- **Prendre soin de son corps (75,70%),**
- **Se mobiliser (65,89%),**
- **Se Vêtir (69,63%).**

L'altération de ces besoins physiologiques semblait directement proportionnelle à l'âge.

Tableau IV : Répartition des patients selon les besoins de sécurité et les tranches d'âge.

		Tranches d'âge (ans)			
		60-69 n=128	70-79 n=70	≥80 n=16	TOTAL N=214
Sécurité physique	Satisfaisant	29,69%	14,29%	00,00%	22,43%
	Non satisfaisant	70,31%	85,71%	100,00%	77,57%
Sécurité psychologique	Satisfaisant	50,78%	35,71%	25,00%	43,93%
	Non satisfaisant	49,22%	64,29%	75,00%	56,07%
Sécurité économique	Satisfaisant	32,81%	11,43%	06,25%	23,83%
	Non satisfaisant	67,19%	88,57%	93,75%	76,17%
Sécurité financière	Satisfaisant	33,59%	12,86%	06,25%	24,77%
	Non satisfaisant	68,41%	87,14%	93,75%	75,23%

Plus les patients étaient âgés, plus les différents besoins étaient insatisfaisants.

Pour la sécurité physique, **77,57%** des malades ont signalé leur insatisfaction.

Tableau V : Répartition des patients selon les besoins d'appartenance et les tranches d'âge.

		Tranches d'âge (ans)			
		60-69 n=128	70-79 n=70	≥80 n=16	TOTAL N=214
Famille	Reconnue	96,09%	100,00%	100,00%	97,66%
	Non reconnue	03,91%	00,00%	00,00%	02,34%
Sociale	Reconnue	96,88%	98,57%	100,00%	97,66%
	Non reconnue	03,12%	01,43%	00,00%	02,34%
Culturelle	Reconnue	94,53%	100,00%	100,00%	96,71%
	Non reconnue	05,47%	00,00%	00,00%	03,27%

Sur tous les plans (**familial, social et culturel**), près de **97%** de nos patients se sentaient bien intégrés.

Tous les patients (**100%**) de **80 ans et plus** avaient ce besoin satisfait.

Tableau VI : Répartition des patients selon le besoin d'estime des autres et les tranches d'âge.

		Tranches d'âge (ans)			
		60-69 n=128	70-79 n=70	≥80 n=16	TOTAL N=214
Signes de reconnaissance	Satisfaisant	93,75%	10,00%	100,00%	96,26%
	Non satisfaisant	06,25%	00,00%	00,00%	03,74%
Signes d'approbation	Satisfaisant	92,97%	100,00%	100,00%	95,70%
	Non satisfaisant	07,03%	00,00%	00,00%	04,21%
Signes de respect	Satisfaisant	94,53%	100,00%	100,00%	96,73%
	Non satisfaisant	05,47%	00,00%	00,00%	03,27%
Signes d'amour	Satisfaisant	94,53%	100,00%	100,00%	96,73%
	Non satisfaisant	05,47%	00,00%	00,00%	03,27%
Signes d'amitié	Satisfaisant	95,31%	100,00%	100,00%	97,20%
	Non satisfaisant	04,69%	00,00%	00,00%	02,80%

Le besoin d'estime des autres était satisfait chez au moins **95%** de nos patients.

Tous les patients (**100%**) de **70 ans et plus** avaient ce besoin satisfait.

Tableau VII : Répartition des patients selon les besoins d'estime de soi et les tranches d'âge.

		Tranches d'âge (ans)			
		60-69 n=128	70-79 n=70	≥80 n=16	TOTAL N=214
Affirmer sa personnalité	Satisfaisant	47,66%	24,29%	12,50%	37,38%
	Non satisfaisant	52,34%	75,71%	87,50%	62,62%
Se sentir capable de	Satisfaisant	40,63%	12,86%	06,25%	28,97%
	Non satisfaisant	59,37%	87,14%	93,75%	71,03%

Plus de la moitié de nos patients (**71,03% et 62,62%**) n'avaient pas une image positive d'eux-mêmes.

Ces sentiments de **sous estimation** s'accroissaient avec **l'âge**.

Tableau VIII : Répartition des patients selon la réalisation de soi et les tranches d'âge.

		Tranche d'âge (ans)			
		60-69 n=128	70-79 n=70	≥80 n=16	TOTAL N=214
Besoins de réalisation (projets)					
Individuels	Oui	40,63%	11,43%	06,25%	28,50%
	Non	50,37%	88,57%	93,75%	75,50%
Famille	Oui	33,59%	10,00%	06,25%	23,83%
	Non	66,41%	90,00%	93,75%	72,10%
Amis	Oui	32,03%	11,43%	06,25%	23,36%
	Non	67,97%	88,57%	93,75%	76,64%
Société civile	Oui	27,34%	10,00%	06,25%	20,09%
	Non	72,66%	90,00%	93,75%	79,91%

Plus de **72%** de nos malades n'avaient aucun projet (**individuels, famille, amis, société civile**).

Plus les malades étaient âgés, moins ils se projetaient dans l'avenir.

Tableau IX : Répartition des patients selon la dénégation et les tranches.

	Tranches d'âge (ans)			
Dénégation	60-69 n=128	70-79 n=70	≥80 n=16	TOTAL N=214
Oui	10,16%	07,14%	06,25%	08,88%
Non	89,84%	92,86%	93,75%	91,12%

Près de **9%** de nos patients déniaient leur handicap.

Plus les patients étaient âgés, moins ils déniaient leur handicap.

Tableau X : Répartition selon l'irritabilité et la tranche d'âge.

Irritabilité		Tranches d'âge (ans)			
		60-69 n=128	70-79 n=70	≥80 n=16	TOTAL N=214
Handicap inacceptable	Oui	34,38%	42,86%	50,00%	38,32%
	Non	65,62%	57,14%	50,00%	61,68%
Handicap injuste	Oui	11,72%	04,29%	00,00%	08,41%
	Non	88,28%	95,71%	100,00%	91,59%
Handicap révoltant	Oui	25,00%	22,86%	12,50%	23,36%
	Non	75,00%	77,14%	87,50%	76,64%
Colère	Oui	48,44%	60,00%	50,00%	52,34%
	Non	51,56%	40,00%	50,00%	47,66%
Agressivité envers le conjoint	Oui	14,84%	17,14%	18,75%	15,89%
	Non	85,16%	82,86%	81,25%	84,11%
Agressivité envers les enfants	Oui	16,41%	17,14%	18,75%	16,82%
	Non	83,59%	82,86%	81,25%	83,18%
Agressivité envers les amis	Oui	15,62%	17,14%	18,75%	16,36%
	Non	84,38%	82,86%	81,25%	83,64%
Agressivité envers la société	Oui	16,41%	17,14%	18,75%	16,82%
	Non	83,59%	82,86%	81,25%	83,18%
Agressivité envers les soignants	Oui	14,84%	17,14%	18,75%	15,89%
	Non	85,16%	82,86%	81,25%	84,11%
Agressivité envers soi-même (auto-agressivité)	Oui	15,62%	17,14%	18,75%	16,36%
	Non	84,38%	82,86%	81,25%	03,64%

Dans leur ensemble, plus de la moitié des patients (**52,34%**), manifestaient de la colère devant leur handicap.

Cette irritabilité ne semblait pas avoir de relation avec l'âge.

Tableau XI : Répartition des patients selon la culpabilité et les tranches d'âge.

		Tranches d'âge (ans)			
		60-69 n=128	70-79 n=70	≥80 n=16	TOTAL N=214
Démission	Oui	48,44%	80,00%	62,50%	59,81%
	Non	51,56%	20,00%	37,50%	40,19%
Attitude régressive	Oui	66,41%	87,14%	87,50%	74,77%
	Non	33,59%	12,86%	12,50%	25,23%
Période de cafard	Oui	64,06%	88,57%	75,00%	72,90%
	Non	35,94%	11,43%	25,00%	27,10%

Près de **75%** de nos patients adoptaient une **attitude régressive**.

Cette culpabilité ne semblait pas être liée à l'âge.

Tableau XII : Répartition des patients selon la recherche de miracle et les tranches d'âge.

		Tranches d'âge (ans)			
		60-69 n=128	70-79 n=70	≥80 n=16	TOTAL N=214
Recherche de miracle					
Religieux	Oui	26,56%	48,56%	31,25%	34,11%
	Non	73,44%	51,43%	68,75%	65,89%
Magique	Oui	22,66%	47,34%	31,25%	31,31%
	Non	77,34%	52,66%	68,75%	68,69%
Autres approches	Oui	39,06%	52,66%	43,75%	43,93%
	Non	60,94%	47,34%	56,25%	56,07%
Autres thérapeutiques (traditionnel)	Oui	48,44%	61,43%	43,75%	52,34%
	Non	51,56%	38,57%	56,25%	47,66%
Autres équipes de soins	Oui	53,12%	71,43%	43,70%	50,41%
	Non	46,88%	28,57%	56,25%	41,59%

Un patient sur deux de l'ensemble de nos malades pensait que le miracle était possible avec un changement d'équipe de soins (**50,41%**) ou de thérapeutiques (**52,34%**).

Cette recherche de miracle ne semblait pas avoir de relation avec l'âge.

Tableau XIII : Répartition des patients selon l'état affectif (dépression) et les tranches d'âge.

		Tranches d'âge (ans)			
		60-69 n=128	70-79 n=70	≥80 n=16	TOTAL N=214
Signes de dépression					
Tristesse	Oui	78,12%	87,50%	91,43%	83,18%
	Non	21,88%	12,50%	08,57%	16,82%
Douleur morale	Oui	75,78%	87,50%	88,57%	80,84%
	Non	24,22%	12,50%	11,43%	19,16%
Idées suicidaires	Oui	03,91%	02,86%	00,00%	03,27%
	Non	96,09%	97,14%	100,00%	96,73%
Isolement	Oui	21,09%	15,72%	12,50%	18,69%
	Non	78,91%	84,28%	87,50%	81,31%
Refus d'aide	Oui	14,84%	30,00%	37,50%	21,03%
	Non	85,16%	70,00%	62,50%	78,50%
Sentiment d'inutilité	Oui	71,61%	81,25%	87,14%	80,00%
	Non	28,39%	18,75%	12,86%	20,00%

Environ **80%** de nos malades manifestaient leur dépression par **la tristesse, la douleur morale et le sentiment d'inutilité.**

La dépression augmentait avec l'âge.

Tableau XIV : Répartition des patients selon la qualité du deuil et les tranches d'âge.

		Tranches d'âge (ans)			
		60-69 n=128	70-79 n=70	≥80 n=16	TOTAL N=214
Accepte le handicap	Oui	58,59%	38,57%	31,25%	50,00%
	Non	41,41%	61,43%	68,75%	50,00%
Epanoui	Oui	40,62%	17,14%	12,50%	30,84%
	Non	59,38%	82,84%	87,50%	69,16%
S'est investi dans l'avenir	Oui	35,06%	11,43%	06,25%	25,23%
	Non	64,94%	88,56%	93,75%	94,77%

Nos patients n'acceptaient pas le handicap (**50%**), ne s'épanouissaient pas (**69,16%**), et ne s'investissaient pas dans l'avenir (**94,77%**).

Plus les sujets étaient âgés moins ils faisaient le deuil de leur handicap.

Tableau XV: Répartition des patients selon Le soutien social et les tranches d'âge.

		Tranches d'âge (ans)			
		60-69 n=128	70-79 n=70	≥80 n=16	TOTAL N=214
Origine du soutien social	Oui	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
	Non	00,00%	00,00%	00,00%	00,00%
Famille	Oui	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
	Non	00,00%	00,00%	00,00%	00,00%
Voisinage immédiat	Oui	99,22%	98,57%	100,00%	99,07%
	Non	00,78%	01,43%	00,00%	00,93%
Les parents résidant dans même ville, village, commune	Oui	98,44%	98,57%	100,00%	98,60%
	Non	01,56%	01,43%	00,00%	01,40%
Dans le cadre professionnel	Oui	97,66%	98,57%	100,00%	98,13%
	Non	02,34%	01,43%	00,00%	01,87%
Dans le cadre de la communauté religieuse	Oui	100,00%	98,57%	100,00%	99,53%
	Non	00,00%	01,43%	00,00%	00,47%

Plus de **99%** de nos patients se sentaient soutenus socialement (**famille, voisin immédiat, communauté religieuse**).

Le soutien social n'était pas lié à l'âge.

Tableau XVI: Répartition des patients selon la nature du soutien social et les tranches d'âge.

Nature		Tranches d'âge (ans)			
		60-69 n=128	70-79 n=70	≥80 n=16	TOTAL N=214
Visite régulière	Oui	93,75%	95,71%	93,75%	94,39%
	Non	06,25%	04,29%	06,25%	05,61%
Remise de cadeau	Oui	85,94%	94,29%	93,75%	89,25%
	Non	14,06%	05,71%	06,25%	10,71%

Dans plus de **80%** des cas la nature du soutien social était la visite régulière et la remise de cadeau.

Tableau XVII: Répartition des patients selon l'index de BARTHEL et les tranches d'âge.

Score	Tranches d'âge (ans)			
	60-69 n=128	70-79 n=70	≥80 n=16	TOTAL N=214
40	06,25%	28,57%	31,25%	15,42%
45	04,69%	05,71%	12,50%	05,61%
50	12,50%	12,86%	12,50%	12,62%
55	14,06%	15,71%	6,25%	14,02%
60	11,72%	15,71%	18,75%	13,55%
65	10,94%	10,00%	06,25%	10,28%
70	05,47%	01,43%	06,25%	04,21%
75	03,91%	04,29%	06,25%	04,21%
80	04,69%	00,00%	00,00%	02,80%
85	01,56%	00,00%	00,00%	00,93%
90	01,56%	00,00%	00,00%	00,93%
95	04,69%	00,00%	00,00%	02,80%
100	17,97%	05,71%	00,00%	12,62%

Une récupération complète est retrouvée dans **12,62%** des cas (Score de Barthel=100) ; **26,16%** ont gardé des séquelles légères (Score de Barthel entre 60 et 100) ; **61,22%** ont gardé des séquelles lourdes (Score de Barthel entre 40 et 60).

Plus les sujets étaient âgés plus les séquelles étaient graves.

Tableau XVIII: Répartition des patients selon le score de RANKIN modifié et les tranches d'âge.

Score	Tranches d'âge (ans)			
	60-69 n=128	70-79 n=70	≥80 n=16	TOTAL N=214
0	03,91%	00,00%	00,00%	02,34%
1	19,53%	04,29%	06,25%	16,55%
2	13,28%	08,53%	12,50%	11,68%
3	16,41%	14,29%	06,25%	14,95%
4	32,81%	40,00%	02,00%	34,59%
5	14,06%	32,00%	50,00%	29,90%

Près de **65%** de nos patients avaient un score de **RANKIN modifié** entre **4** et **5** c'est à dire handicap modérément sévère ou handicap majeur.

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1. Difficultés de l'étude.

Au cours de notre étude nous avons été confrontés aux difficultés suivantes:

- Insuffisance des moyens financiers,
- Limitation de la période d'étude,
- Taux de décès élevé au cours de la première année d'évolution.

2. Aspects épidémiologiques.

2.1. Age.

Notre étude concernait uniquement les personnes âgées. Donc les extrêmes étaient 60 et 92 ans avec une moyenne d'âge de 68,17 ans. La tranche d'âge de 60 à 69ans représentait 59,81%. Ce résultat est identique à celui trouvé par NGO MAHOB [4], mais différent de ceux de BILONGO Manene [2] et Elisée Théra [7] qui ont trouvé respectivement 60-74ans et 50-69ans. Cette différence pourrait s'expliquer par la variation de population

2.2. Sexe.

Dans notre série le sex-ratio était de 1,5 en faveur des hommes, qui représentaient 60,28% des cas. Cette prédominance masculine apparaît aussi chez BILONGO Manene B [2], GAKOU [5], Elysée T [7], Toumany C et al [6], Thomas D [1], Woimant F [23]. Par contre Keutchaffut [3], NGO MAHOB [4], Ahmad A et Al [24] ont trouvé une prédominance féminine. Colomb et coll. [25] rapportent une prédominance masculine significative pour les AVC ischémiques et féminine pour les hémorragies. Une étude faite par B.A Koffi et Al au Togo [26] confirme ce dernier résultat. Le sexe semble donc être un facteur déterminant.

3. Retentissement sur la qualité de vie.

3.1. Besoins physiologiques :

Plus de 60% de nos malades avaient un déficit neurologique lourd. Ce taux est supérieur à celui de Toumany C et al [6] qui ont trouvé 19%. Cette différence pourrait s'expliquer par la méthodologie (différence entre les populations d'étude), Toumany C et Al ayant travaillé sur une population plus jeune (moins de 45ans). Notre résultat est également supérieur à celui de Ducarne de Ribaucourt.B [19] (étude réalisée sur une population âgée en France) qui a trouvé 24% de séquelles graves après un suivi de 3 mois à 7 ans. Cette différence pourrait s'expliquer par le retard dans la prise en charge de nos patients et la faiblesse de notre plateau technique.

3.2. Besoins d'appartenance et d'estime des autres:

Nos patients se sentaient bien intégrer dans le groupe familial, social et culturel et étaient reconnus par ce groupe (Près de 96%). En revanche ils avaient une bonne estime des autres (95%). Par contre Patrick N en France [21] a trouvé 65% de cas d'inadaptation familiale après plusieurs années de suivi (3 mois à 7ans). Cette différence pourrait s'expliquer par la solidité de liens dans nos familles qui sont encore de type élargi par rapport à la famille nucléaire qui est par excellence le type de famille occidental.

3.3. Besoins de sécurité :

Plus de 75% de nos patients étaient insatisfaits sur le plan de la sécurité physique, économique et financière. Ce résultat pourrait être lié non seulement à l'importance du handicap physique (hémiplégié) empêchant ou réduisant les activités professionnelles et génératrices de revenu, mais aussi à l'âge. Toutefois même en France (pays développé) Patrick N [21] a trouvé que seulement 7% des patients de plus de 65ans pourraient prétendre à la reprise de l'activité professionnelle.

3.4. Besoins d'estime de soi et de réalisation de soi :

Notre étude a révélé que près de 72% de nos patients n'ont aucun projet et 62,62% se sous-estiment. Une étude française portant sur des sujets relativement plus jeunes (20 à 55ans) [27] rapporte 56% de non réalisation

de soi et 44,12% de sentiment de sous-estimation de soi. Cette proportion élevée de non satisfaction de ces besoins dans notre série peut être due à l'âge.

3.5. Evaluation du déficit physique :

Dans notre étude, 12,62% seulement des patients ont eu une récupération complète (Barthel=100) contre 61,22% des sujets qui ont gardé séquelles graves (Barthel entre 40 et 60).

Ces résultats sont nettement moins performants que ceux rapportés par Patrick N [21] en France (24% de séquelles graves contre 27% de récupération complète). Ils sont encore beaucoup moins performants que ceux rapportés au Japon par Goto O et al [28] (jusqu'à 62% de récupération complète contre seulement 8% de séquelles graves).

La moindre autonomie des sujets observée dans notre étude pourrait s'expliquer par l'insuffisance de la prise en charge médicale et paramédicale de notre pays par rapport aux pays développés.

4. Réactions face au handicap.

4.1. Irritabilité : Plus de la moitié de nos patients (52,34%) manifestent de la colère devant leur handicap. Ce résultat est conforme à celui de Deloche et al [29] qui trouvent un taux d'irritabilité entre 39% et 61%, mais supérieur à celui d'[Antonio Carota](#) et al [30] qui rapportent un taux de 32%. Cette différence pourrait s'expliquer par la variation de la population.

4.2. Dépression.

Selon Antonio Carota [30] environ la moitié des patients ayant fait un accident vasculaire cérébral, connaissent une dépression à un moment donné des suites de leur accident. Cette dépression peut se manifester par de la tristesse une tendance solitaire, une irritabilité, des troubles du sommeil, une indifférence, une aboulie avec apragmatisme. La confiance en soi et l'estime de soi peuvent être altérées, comme c'est le cas dans les dépressions classiques quelles que soient leurs causes.

Dans notre étude au moins 80% des patients ont présenté des éléments de dépression (tristesse, douleur morale, sentiment d'inutilité). Notre résultat est proche de celui de Houinato D qui a trouvé 87% de dépression au Bénin. Mais il est supérieur à celui d'Arnaud S [27] et largement supérieur à celui de Patrick N [21] qui ont respectivement rapporté en France, 56% et 35 à 40% dans leur étude. La forte proportion de la dépression constatée chez nos patients pourrait s'expliquer par l'âge et par l'absence d'une psychothérapie

4.3. Autres troubles du comportement

Près de 60% de nos patients avaient une attitude de démission, 75% une attitude régressive et au moins la moitié d'entre eux pensait à la possibilité d'un miracle à travers un changement de traitement (52,53%) ou l'équipe de soins (50,41%). Un malade sur deux (50%) n'acceptait pas son handicap, 69,16% d'entre eux ne s'épanouissaient pas dans la vie de tous les jours et près de 75% ne s'investissaient pas dans l'avenir. C'est dire qu'une grande majorité de nos malades ne faisaient pas le deuil de leur handicap. Cela pourrait être lié à l'absence d'une prise en charge psychothérapique qui aurait pu les aider à remonter leurs difficultés

Une enquête sur les besoins et attentes des personnes victimes d'AVC et de leur entourage (2005-2006) en France par Christine C et al [33] nous rapporte que parmi les patients et les proches (142 personnes) qui ont répondu aux questions ouvertes, près de 90% des personnes rapportent des changements de comportement négatifs tels que de l'agressivité, de l'anxiété, de la colère des difficultés dans l'expression des émotions, de l'attitude régressive, d'apathie, de démission, de brusques changements d'humeur ou une humeur plus triste, de l'impulsivité, de l'égoïsme, ...

Dans notre série nous avons trouvé ces troubles de comportement chez 50% à 80% de nos malades à l'exception de l'agressivité (16%). Ce moindre taux d'agressivité observé dans notre étude, pourrait s'expliquer par l'importance de la dépression chez nos patients.

5. Aspects sociaux.

Les changements de comportement amènent souvent les malades à avoir un cercle social très réduit. Ainsi Ducarne de Ribaucourt.B [19] signale que 95% des victimes d'AVC reconnaissent ne plus avoir la même présence au sein du groupe social et 65% figurent dans les cas de mauvaise adaptation familiale. Par contre, nous avons trouvé dans notre série que plus de 98% des patients sont soutenus socialement (famille, voisin immédiat, communauté religieuse, cadre professionnel) et plus de 95% se sentent bien intégrés et sont satisfaits de leur entourage. La différence entre les deux résultats pourrait s'expliquer par le fait que la place et le rôle des individus au sein de la famille sont fluctuants d'une société à une autre.

En dépit de ce soutien social nous avons trouvé un taux de dépression à 80% La dépression ne semble donc pas être due au manque de soutien social comme le suggèrent certaines études [18,29, 31] mais plutôt aux incapacités des patients.

CONCLUSION

Les accidents vasculaires cérébraux constituent une affection grave dont les conséquences psychosociale et comportementale restent lourdes malgré les progrès de l'imagerie médicale. Nous avons effectué une étude transversale et prospective sur l'évaluation psychosociale et comportementale de 214 personnes de 60ans ou plus victimes d'accident vasculaire cérébral dans le district de Bamako.

Il en ressort que la majorité des patients avait un âge compris entre 60 et 69 ans et il y avait plus d'hommes que de femmes. Les besoins altérés étaient quelques besoins physiologiques (se reproduire, prendre soin de son corps, se vêtir, se mobiliser) et tous les besoins de sécurité, d'estime de soi, de réalisation de soi. Par contre les besoins d'estime des autres et d'appartenance étaient satisfaisants et bien reconnus. Les troubles de comportement observés étaient en rapport avec la dépression, l'irritabilité, la culpabilité et le marchandage (autres thérapeutique, autres équipes de soins).La dénégarion et le deuil étaient rares. L'handicap physique était modérément sévère dans plus de 60% des cas avec un score de RANKIN MODIFIE entre 4 et 5 et un score de l'INDEX de BARTHEL entre 40 et 60.Le soutien social se résumait à des visites régulières et à des remises de cadeaux. Nous avons trouvé que ces conséquences psychosociale et comportementale étaient plus accentuées chez les personnes âgées.

RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude nous formulons les recommandations suivantes.

— Aux autorités.

- Formations des neurologues, des psychologues et des kinésithérapeutes afin d'améliorer la prise en charge des personnes victimes d'accidents vasculaires cérébraux
- Création des centres de kinésithérapie et psychothérapie gratuits aux personnes âgées victimes d'AVC.
- Création des centres de consultations gratuites des personnes âgées pour détecter les facteurs de risque et faire leur prise en charge précoce.

— Aux personnels soignants.

- Mettre au point des outils permettant de diagnostiquer de façon précoce la dépression post- AVC et faire leur prise en charge.
- Associer psychologues et kinésithérapeutes à la prise en charge des victimes d'AVC.

— Aux agents de santé publique.

- Sensibilisation des populations sur la pathologie(AVC), ses facteurs de risque et ses conséquences.

— A l'entourage.

- Plus de patience, de tolérance et beaucoup d'amour aux patients victimes d'AVC
- Intégrer les personnes victimes d'AVC dans les activités sociales en dépit de leur impuissance pour briser l'isolement

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. DIALLO T.

Accidents vasculaires cérébraux et variations saisonnières :

Etude de 219 cas au CHU du point G

Thèse-Méd., Bamako, 08- M - 292

2. BILONGO- MANENE B.

Mortalité et Morbidité des accidents vasculaires cérébraux dans le service d'Anesthésie Réanimation de l'hôpital Gabriel Touré

Thèse-Méd., Bamako, 07-M-137

3. Keutchaffüt Nkvidjev Judith Tersftia

Complications respiratoires des accidents vasculaires cérébraux dans le service d'Anesthésie-Réanimation de l'hôpital Gabriel Touré

Thèse-Méd., Bamako, 08- M -333

4 .NGO MAHOB.

Prise en charge des accidents vasculaires cérébraux dans le service d'Anesthésie Réanimation de l'hôpital Gabriel Touré.

Thèse-Méd., Bamako, 04- M- 108

5. GAKOU Y.

Prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en unités de soins intensifs à l'hôpital du point G

Thèse-Méd., Bamako, 01- M -78

6. COULIBALY T., Pr. M. M. TOURE, Pr. M. TRAORE

Etude des accidents vasculaires cérébraux du sujet jeune dans les services de cardiologie et de neurologie au Mali.

Thèse-Méd., Bamako, 01-M-132

7. Elisée Théra.

Accidents vasculaires cérébraux en Réanimation au CHU du Point G : Profil épidémiologique et évolutif.

Thèse-Med., Bamako, 07-M-247

8. ZABSONRE P., YAMEOGO A., MILLOGO A., DYENKOUMA Fx., DURAND G.

Etude des facteurs de risque et de gravité des AVC chez les noirs Ouest africains au Burkina Faso.

Médecine tropicale ,1997 ; 57 : 147-152

9. ISABELLE M. , DIDIER M.

Prise en charge initiale des accidents vasculaires cérébraux

Service de neurologie A, hôpital GUI de Chauliac 2, Avenue Bertin Sans - 34295 Montpellier cedex 5.

Document électronique.

[www.urgence-pratique.com/2 articles/medic/art-medical-9.htm](http://www.urgence-pratique.com/2_articles/medic/art-medical-9.htm)(consulté le 21/04/2009)

10. Pierre AMARENCO

Accidents vasculaires cérébraux ; service de neurologie hôpital Lariboisière, Revu. Prat (Paris) 1998, 48. P 1939 - 1952

11. LAMOUCHE T, GRIRA M, BENSLAMIA L, HARZALLAH MS, NAAS A, BENAMMOU S.

Les accidents vasculaires cérébraux, étude prospective à propos de 300 cas.

Médecine du Maghreb n° 108 - Juillet/Août 2003 - pages 5-8

12. FATTORUSSO V. , RITTER O.

Vadémécum clinique, 16ième Edition, Masson, Paris, 2001.

13. Brass L M, Fayad P B, Levine S R

Accidents vasculaires cérébraux ischémiques transitoires chez le sujet âgé : Diagnostic et Traitement.

Praticien et 3^{ième} âge :Gériatrie contemporaine. Mars1993; XII- 3 - 120. 6 - 68

14. VITTE E. , CHEVALIER J.

Le cerveau: Neuroanatomie, 1^{ère} Edition Flammarion, Paris 1997

15. BILECKOT R., BASSOUMBA P., OKONINDE R., ZOLA J.M.et AL

Rééducation fonctionnelle de l'hémiplégie vasculaire à Brazzaville (Congo) à propos de 109 cas.

Médecine d'Afrique noire, 1993 ; 40 ; 8/9.

16. M. FREYSZ, F. LENFANT, M. GIROUD, E. KAMP

Prise en charge pré hospitalière, Filière de soins. L'accident vasculaire en phase préhospitalière

Médecine d'urgence 2000, P 47- 56

© 2000 Editions scientifiques et médicales Elsevier SAS et SFAR

17. HASSAN H.

La collection Hippocrate, NEUROLOGIE-REANIMATION-URGENCES : Accidents vasculaires cérébraux ; I-9-133, ©2003-2005.

Document électronique. www.laconférencehippocrate.com(consulté le 11 février 2009).

18. Ruszniewski M. (1995),

Face à la maladie grave - Patients, familles, soignants, Dunod, Paris, 206p.

19. Ducarne de Ribaucourt.B (1986),

Rééducation sémiologique de l'aphasie, Masson, Paris, 236p.

20. Boucand M. H. (1997),

" La dépression et les troubles de l'affectivité ont-ils un retentissement sur la rééducation de l'hémiplégique et faut-il les traiter ? ",
Annales de Réadaptation et de Médecine Physique, 40(7) : 481-501.

21. Patrick N


De l'accident vasculaire cérébral à la qualité de vie : Quel type de soin, à quel moment ?

Membre.lycos.fr/patrical/avc.htm(consulté le 08/03/2009

22. Texte Item 49 : 2/3

Principes d'évaluation et de compensation du handicap.

Document électronique

©  30 décembre 2007 (consulté le 10 février 2009)

23. Woimant F., T de Brouker., Vassel P.

Prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France Métropolitaine.

Résultats de 3 enquêtes nationales. Revue de Neurologie, Paris, 2003,159 :543-551

24. Ahmad.A. Randrianantoandro, Tehindrazanarivelo AD. , Andriambo DS

Types anatomiques et facteurs de risques des accidents vasculaires cérébraux à Madagascar.

Médecine d'Afrique Noire, 2002 ; 49 :429-434

25. Colomb. (H), Dumas. (M) et Girard. (PL)

Accidents vasculaires cérébraux au Sénégal. Afr. Med 1970, 84,805-812

26. BALOGOU A Koffi, GRUNITZKY Eric G, ASSOGBA K, APETSE K AMOUZOUVI D

Accidents vasculaires cérébraux chez le sujet jeune (15-45ans) dans le service de Neurologie du CHU CAMPUS DE LOME

© 2002 African journal of Neurological Sciences [ISSN: 1992-2647](https://doi.org/10.1016/S1992-2647)

27. Arnaud SAUTEREAU

Accident vasculaire cérébral de la personne âgée

Particularités et facteurs pronostiques

Thèse. Méd. 2009, Paris, 09-M-2009PA06GO48

28. Goto, Okuda et al.

Locomotion outcome in hemiplegic patients with middle cerebral artery infarction: the difference between right- and left-sided lesions, J Stroke Cerebrovasc Dis, 2009, 18(1), pp. 60-67

29. Deloche G., Dellatolas G. (1997),

Appréciations subjectives des difficultés des patients cérébrolésés - (TC et AVC), Les Cahiers du CTNERHI - Handicaps et Inadaptations, 75-76 : 101-115.

30. [Antonio Carota](#), Sebastian Dieguez, Julien Bogousslavsky

Psychologie et Neuropsychiatrie du vieillissement, Revue thématique Décembre 2005 ; 3 : 423-49

31. D. Houinato· C. Adjien· A. N'Goran, D.G. Avode

Accident vasculaire cérébral et dépression en milieu hospitalier à Cotonou (Bénin)

Revue Neurologique Vol 163, N° SUP4 - avril 2007p. 35

32. LAUNOIS R., GIROUD M., MEGNIGBETO C.A., GAUDIN A.F, SCARTGRES C.,

Suivi d'une cohorte de 213 accidents vasculaires cérébraux pendant un an.

Document électronique.

www.rees-france.com/IGM/pdf/ART-9004_suivi_cohorte_213_AVC.pdf

(consulté le 14/03/2009)

33. Christine C, Sophie C, Fanny De Reuck, Dominique D, Ravi K, Marie-Claude P, Delphine S

Etude sur les besoins liés à la solitude après l'accident cérébral

La Braise asbl Centre de Jour Rue de Neerpede, 1651070 BRUXELLES ;

2006 P 7-8

34. CAMBRIER J., MASSON M., DEHEN

Pathologies vasculaires cérébrales

Abrégé de neurologie, 10^{ième} Edition Flammarion, Paris ,2007

35. ELAINE N. MARIEB

Anatomie et physiologie humaine 2^{ième} Edition

ERPI © 1999 P (726 - 727)

36. DIALLO A D, TICOLAT R, ADOM A. H, NIAMKEY E.K., BEDA B.Y.

Etude de la mortalité et des facteurs de létalité dans l'HTA de l'adulte noir africain.

Médecine d'Afrique Noire, 1998 ; 45 :11

37. HASSAN HOUSSEINI

Accidents vasculaires cérébraux

Neurologie, Laboratoire Servier, Paris, 1998

38. PINAUD M. , LE LAUSQUE J.N.

Physiologie de la circulation cérébrale

Anesthésie Réanimation chirurgicale 2^{ième} Edition Flammarion, Paris, 1995.

39. HAKIN A.

Physiologie et pathologie de l'ischémie cérébrale

Revue neurologique(Paris) 1999 ; n° 155 : 631- 637

40. NGUYEN S., BACHALAT N., CERVANTES N., PERILLIAT J.G.

Évolution et devenir des accidents vasculaires cérébraux dans un service de gériatrie.

REV. GENERALISTE ET GERONTOLOGIE, septembre 2001, Tome VIII, N° 77.

41. BERTRAND B

Les accidents vasculaires cérébraux (Référence :Association des paralysés de France. Déficiences motrices et handicaps, Aspects sociaux psychologiques, médicaux, techniques et législatifs, troubles associés. Paris Association des paralysés de France 1996, 505 P. , P (156- 161)

42. NGUYEN S. , BACHALAT N. , CERVANTES N. , PERILLIAT J .G.

Evolution et devenir des accidents vasculaires cérébraux dans un service de gériatrie

Revu. GENERALISTE ET GERONTOLOGIE, septembre 2001, tome VII n° 77

43. BONI KB.

Nosographie des affections neurologiques en cote d'ivoire.

These-Med., Abidjan, 1979-M-176

44. WILLIAM A., PULSINELLI

Maladies cérébro-vasculaires

CECIL, Traité de médecine interne, 1^{ère} Edition, Flammarion, Paris, 1997

45. C. PELLERIN, Y. MAUGET, A. BOUJU, F.ROUANET, M.E.PETITJEAN, P.DABADIE

Accident vasculaire cérébral

Médecine d'urgence 2003, P 107-117

© 2003 Elsevier SAS.

ANNEXES ET RESUME

Grille D'entretien

A -SATISFATION DES BESOINS

1^{er} NIVEAU : BESOINS PHYSIOLOGIQUES

BESOINS	SATISFAIT	NON SATISFAIT
Respirer		
Se Nourrir		
Eliminer (selles, urines)		
Se Mobiliser		
Se Reposer		
Se Reproduire		
Prendre Soin de son Corps		
Se Vêtir		
Lutter contre la douleur		
AUTRES		

Evaluation psycho-sociale et comportementale des personnes âgées victimes d'Accident Vasculaire Cérébral dans le district de Bamako à propos de 214 cas

2^e NIVEAU : SECURITE

SECURITE	SATISFAIT	NON SATISFAIT
PHYSIQUE		
PSYCOLOGIQUE		
ECONOMIQUE		
FINANCIERE		

3^e NIVEAU : D'APPARTENANCE

APPARTENANCE	RECONNUE	NON RECONNUE
Famille		
Sociale		
Culturelle		

4^e NIVEAU : BESOIN D'ESTIME DES AUTRES

BESOINS D'ESTIME	SATISFAISANT	NON SATISFAISANT
Signes de reconnaissance		
Signes d'approbation		
Signes de respect		
Signes de respect		
Signes d'amour		
Signes d'amour		

Evaluation psycho-sociale et comportementale des personnes âgées victimes d'Accident Vasculaire Cérébral dans le district de Bamako à propos de 214 cas

Signes d'amitié		
-----------------	--	--

5^e NIVEAU : BESOINS D'ESTIME DE SOI

BESOIN D'ESTIME DE SOI	SATISFAISANT	NON SATISFAISANT
AFFIRMER SA PERSONNALITE		
SE SENTIR CAPABLE DE		

6^e NIVEAU : La REALISATION DE SOI

C'est l'ouverture vers l'avenir.

PROJETS	OUI	NON
INDIVIDUELS		
FAMILLE		
AMIS		
SOCIETE CIVILE		

B. PATIENT FACE AU HANDICAP.

1. LA DENEGATION

OUI

NON.....

2. IRRITABILITE

IRRITABILITE	OUI	NON
H.INACCEPTABLE		
H.INJUSTE		
H.REVOLTANT		
COLERE		
AGRESSIVITE		
Envers le conjoint		
Envers les enfants		
Envers les amis		
Envers la société		
Envers le soignant		
Envers soi-même		

3. CULPABILITE

CULPABILITE	OUI	NON
DEMISSION		
ATTITUDE REGRESSIVE		
PERIODE DE CAFARD		

4. MARCHANDAGE

C'est la tentative de retarder les événements. Le Patient recherche un miracle

RECHERCHE DE MIRACLE	OUI	NON
RELIGIEUX		
MAGIQUE		
AUTRES APPROCHES		
AUTRES THERAPEUTIQUES (traditionnelles)		
AUTRES EQUIPES DE SOINS		

5. DEPRESSION

C'est une perturbation pathologique de l'humeur dans le sens de la tristesse et de la souffrance intérieure

SIGNES DE DEPRESSION	OUI	NON
TRISTESSE		
DOULEUR MORALE		
IDEES SUICIDAIRES		
ISOLEMENT		
REFUS D'AIDE		
SENTIMENT D'INUTILITE		

6. DEUIL

Le patient a mis de coté le handicap. Il est épanoui dans sa vie de tous les jours

ACCEPTATION DU HANDICAP	OUI	NON
Accepte le handicap		
Epanoui		
S'est investi dans l'avenir		

C. SOUTIEN SOCIAL.

- | | | |
|--|-----|-----|
| 1. La famille | OUI | NON |
| 2. Le voisinage immédiat | OUI | NON |
| 3. Les parents qui résident dans la même ville, village, commune | OUI | NON |

Evaluation psycho-sociale et comportementale des personnes âgées victimes d'Accident Vasculaire Cérébral dans le district de Bamako à propos de 214 cas

4. Dans le cadre professionnel OUI NON

5. Dans le cadre de la communauté religieuse OUI NON

6. AUTRES : A PRECISER

C1 SOUS QUELLE FORME SE MANIFESTE LE SOUTIEN SOCIAL.

VISITE REGULIERE

REMISE DE CADEAU

AUTRE A PRECISER

Evaluation psycho-sociale et comportementale des personnes âgées victimes d'Accident Vasculaire Cérébral dans le district de Bamako à propos de 214 cas

INDEX de BARTHEL

ITEMS	Avec aide	Indépendant
Alimentation (avec aide si nécessaire pour couper les aliments)	5	10
Transfert du fauteuil au lit et retour (peut s'asseoir dans son lit)	5-10	15
Toilette personnelle (se laver le visage, se coiffer, se raser, se laver les dents)	0	5
Transfert eaux et des toilettes (y compris déshabillage, s'essuyer, tirer la chasse)	5	10
Se baigner seul	0	15
Marche en terrain plat(ou si marche impossible, utilisation du fauteuil roulant	0	5
Monter et descendre les escaliers	5	10
Habillage (y compris nouer les lacets, attacher les fermetures	5	10
Contrôle intestinal	5	10
Contrôle vésical	5	10
Total		

Indicateur de retour à domicile à 2 mois :

Score>20 les premiers jours

Evaluation psycho-sociale et comportementale des personnes âgées victimes d'Accident Vasculaire Cérébral dans le district de Bamako à propos de 214 cas

Score > 40 au moment de transfert au centre de rééducation
Score > 60 à 3 mois.

Seuils de l'index de Barthel :

> 60 contrôles sphinctériens, toilette et alimentation seul, déplacement sans aide

> 85 peut s'habiller, transfert lit fauteuil,

= 100 indépendance complète

SCORE de RANKIN MODIFIE

VALEUR	SYMPTOMES
0	Aucun symptôme
1	Pas d'incapacité en dehors des symptômes : activités et autonomies conservées
2	Handicap faible : incapable d'assurer les activités habituelles mais autonomie
3	Handicap modéré : besoin d'aide mais marche possible sans assistance
4	Handicap modérément sévère : marche et gestes quotidiens impossibles sans aide
5	Handicap majeur alitement permanent, incontinence et soins de nursing permanent

FICHE SIGNALETIQUE

Auteur : Hamidou Bassidy Sangaré

Adresse : Missira rue 6 porte 449 Bamako .Cel =75471198

Titre : Evaluation psychosociale et comportementale des personnes âgées victimes d'accident vasculaire cérébral dans le District de Bamako à propos de 214 cas

Année de soutenance : 2010

Pays d'origine : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Secteur d'intérêt : Neurologie

Résumé : Il s'agit d'une étude transversale et prospective menée dans le district de Bamako pendant une période de 12 mois, de juillet 2008 à juin 2009 et portant sur l'évaluation psychosociale et comportementale des personnes âgées victimes d'accident vasculaire cérébral à propos de 214 cas. Notre étude a montré que la majorité des patients avait un âge compris entre 60 et 69ans. Le sexe masculin a été le plus représenté. Un handicap modérément sévère ou sévère (RANKIN MODIFIE à 4 ; BARTHEL entre 40 et 60) est retrouvé chez la plupart de nos patients. Les besoins physiologiques, besoins de sécurité, besoins d'estime de soi et de réalisation de soi sont dégradés. Le besoin d'estime des autres et le besoin d'appartenance sont satisfaisants et bien reconnus.

La dépression, l'irritabilité, la culpabilité et le marchandage étaient fréquents alors que la dénégation et le deuil étaient rares. Le soutien social était représenté par des visites régulières et des remises de cadeaux. Ces conséquences psychosociale et comportementale étaient majorées par l'âge.

MOTS CLES : AVC, IMPACT PSYCHOSOCIAL, COMPORTEMENT

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maitres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de partie ou de clan social viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderais le secret absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maitres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.