REPUBLIQUE DU BENIN

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

------*

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

------*

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

--------*

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MEDECINE

------**

ANNEE : 2023 **N°2624**

REINSERTION SOCIOPROFESSIONNELLE POST ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL CHEZ DES PATIENTS SUIVIS AU CENTRE NATIONAL HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE HUBERT KOUTOUKOU MAGA (CNHU-HKM) DE COTONOU DE 2018 À 2022

THESE

Présentée et soutenue publiquement pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

Par :

Ange Mariella Opportune ALLOSSOGBE

Née le 22 janvier 2000 à Cotonou (République du Bénin)

DIRECTRICE DE THESE

Dr MIKPONHOUE OLOU Rose

MCA en Médecine de travail

CO-DIRECTEUR DE THESE

Dr HOUEZE Richard

Assistant en Neurologie

PRESIDENT DU JURY

Pr HINSON Vikkey Antoine

MEMBRES DU JURY

MCA MIKPONHOUE OLOU Rose

MCA KLIKPO Elvire

Année académique 2022-2023

REPUBLIQUE DU BENIN
*****
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
****

N°1965 /2023/UAC/FSS/VD-Ecoles/VD-UFR Pharma/VD UFR Méd/SGE/CSRH/SA

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

DOYEN : Professeur AVAKOUDJO Josué Dejinnin Georges

VICE-DOYEN U.F.R Médecine : Maître de Conférences Agrégé VODOUHE Ulrich Bidossèssi

VICE-DOYEN U.F.R Pharmacie : Maître de Conférences Agrégé GANFON Medessou Yowel Habib

VICE-DOYENNE /ECOLES : Professeur AZON KOUANOU Angèle

Année : 2023-2024 (version octobre 2023)

PROFESSEURS TITULAIRES

1.	Dr ADJIBABI Wassi	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
2.	Dr MEHINTO Delphin Kuassi	Chirurgie Viscérale
3.	Dr LALEYE Anatole O. A	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
4.	Dr AMOUSSOU-GUENOU Marcellin Kuassi	Biophysique, Médecine Nucléaire
5.	Dr FIOGBE Michel Armand	Chirurgie Pédiatrique
6.	Dr HANS-MOEVI Aristote	Orthopédie -Traumatologie
7.	Dr KPADONOU Toussaint Godonou	Médecine Physique et de Réadaptation
8.	Dr ODOULAMI-YEHOUESSI Lisette	Ophtalmologie
9.	Dr ZOUMENOU Eugène	Anesthésie-Réanimation
10.	Dr DENAKPO Justin Lewis	Gynécologie Obstétrique
11.	Dr DOSSOU Francis Moïse	Chirurgie Générale
12.	Dr ADEGBIDI Hugues Daniel Gbadébo	Dermatologie Vénérologie
13.	Dr AFFOLABI Dissou	Bactériologie-Virologie
14.	Dr ALAO Modjere Ola Maroufou Jules	Pédiatrie et Génétique Médicale
15.	Dr ATADOKPEDE Agbomènou Félix	Dermatologie- Vénérologie
16.	Dr AWEDE Bonaventure Lucien Sévérin	Physiologie
17.	Dr FIOSSI KPADONOU Emilie	Pédopsychiatrie
18.	Dr TONATO BAGNAN Josiane Angéline A	Gynécologie-Obstétrique
19.	Dr ADJIEN Kodjo Constant	Neurologie
20.	Dr OGOUYEMI HOUNTO Aurore Bertille	Parasitologie
21.	Dr SEHONOU Jean	Hépato-Gastro-Entérologie
22.	Dr AGODOKPESSI Gildas	Pneumo-Phtisiologie
23.	Dr ALAMOU Soulé	Ophtalmologie
24.	Dr ALLABI Aurel Constant Eustache	Pharmacologie Clinique
25.	Dr AVAKOUDJO Josué D. Georges	Urologie-Andrologie
26.	Dr AYELO Ahounmènou Paul	Médecine du Travail
27.	Dr GNONLONFOUN Dieu donné	Neurologie
28.	Dr HOUNKPATIN Benjamin I. Bodounrin	Gynécologie Obstétrique
29.	Dr TSHABU AGUEMON Christiane	Gynécologie Obstétrique
30.	Dr ZOMALHETO Zavier Cossi	Rhumatologie
31.	Dr YEKPE AHOUANSOU Hermione Patricia Frida	Imagerie Médicale
32.	Dr AGUEMON Badirou Din	Santé Publique
33.	Dr ALAGNIDE Hountondji Etienne	Médecine Physique et de Réadaptation
34.	Dr AZON KOUANOU Angèle	Médecine Interne

Université d'Abomey-Calavi • FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SANTÉ • LE DOYEN

35. Dr GBESSI Dansou Gaspard	Chirurgie Générale
36. Dr HINSON Vikkey Antoine	Médecine du Travail
37. Dr HOUNKPE Pierre Claver	Anesthésie-Réanimation
38. Dr LALYA Francis Honorat	Pédiatrie et Génétique Médicale
39. Dr VIGAN Jacques	Néphrologie
40. Dr CODJO Houétondji Léopold	Cardiologie
41. Dr YEMOA Loconon Y. Achille.	Chimie Analytique-Bromatologie

MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

1. Dr AVAKOUDJO François	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
2. Dr LAWSON AFOUDA Sonia	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3. Dr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande	Parasitologie-Mycologie
4. Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme	Médecine Interne
5. Dr ALIHONOU Thierry	Neurochirurgie
6. Dr BAGNAN TOSSA Léhila	Pédiatrie et Génétique Médicale
7. Dr GANFON M. Yowel Habib	Pharmacognosie
8. Dr KEREKOU Annelie Célestine.	Endocrinologie
9. Dr VODOUHE Ulrich B.	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
10. Dr WANVOEGBE Armand	Médecine Interne
11. Dr ABOUBACAR Moufalilou	Gynécologie-Obstétrique
12. Dr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adoukè	Ophtalmologie
13. Dr ADJADOHOUN Sonia B.M. Gwladys	Radiologie, Radiodiagnostic et Imagerie médicale
14. Dr AKODJENOU Joseph	Anesthésie Réanimation
15. Dr AKPADJAN Gbèmawonmédè Fabrice	Dermatologie-Vénérologie
16. Dr ALIHONOU Florence Nathalie Yacoba	Pédiatrie et Génétique Médicale
17. Dr ANAGONOU LARY Lucrèce	Pédopsychiatrie
18. Dr ATTOLOU Sètondji Roger Gilles	Chirurgie Générale
19. Dr AZONBAKIN Azandégbé Simon	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
20. Dr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait	Médecine Légale
21. Dr BOGNON Gilles Modeste Alain	Pédiatrie et Génétique Médicale
22. Dr CHIGBLO Sègla Pascal Eric	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
23. Dr DEGBOE Kaï Bérénice Esthelle	Dermatologie-Vénérologie
24. Dr GNANGNON Freddy Houehanou Rodrigue	Cancérologie Chirurgicale
25. Dr HODONOU Dètondji Fred Jean-Martin	Urologie-Andrologie
26. Dr IMOROU SOUAÏBOU Yacoubou	Chirurgie Général
27. Dr KLIKPO Tchédié Etdéchié Elvire	Psychiatrie Adulte

Université d'Abomey-Calavi • LE DOYEN • Ministère des Affaires

OCTOBRE 2023

28. Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi ..... Gastroentérologie et Hépathologie
29. Dr LAWANI Ismaïl..... Chirurgie Viscérale
30. Dr MIKPONHOUE OLOU Rose Christelle ..... Médecine du Travail
31. Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu..... Gynécologie-Obstétrique
32. Dr PADONOU Abiodun Adébola Djossè..... Traumatologie-Orthopédie
33. Dr PADONOU Caroline Sourou Clémence..... Pédiatrie et Génétique Médicale
34. Dr PADONOU Sètondji Géraud Roméo..... Santé Publique
35. Dr SEIDOU Falilatou ..... Anatomie et Cytologie Pathologique
36. Dr SONOU Djidjoho Joël Arnaud..... Cardiologie
37. Dr TOGNIFODE Medesse Véronique..... Gynécologie-Obstétrique
38. Dr WACHINOU Ablo Prudence..... Pneumo-Phtisiologie
39. Dr YEVI Dodji Magloire Inès..... Urologie Andrologie
40. Dr ZOHOUN GUIDIGBI Lutécia Myria A..... Pédiatrie et Génétique Médicale

MAITRES ASSISTANTS

1. Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry ..... Neurochirurgie
2. Dr AGBOTON Bruno Léopold ..... Néphrologie
3. Dr ADJAGBA Mahouna Philippe Dotou ..... Cardiologie
4. Dr AMOSSOU Labissi François..... Traumatologie-Orthopédie
5. Dr BADOU Agnès Oladun Sylvie..... Sociologie et Anthropologie sociale
6. Dr GNINKOUN Comlan Jules..... Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
7. Dr LOKOSSOU Mègnissè S. Houévi Symphorose..... Gynécologie-Obstétrique
8. Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Dénis..... Chimie Organique et Chimie des Substances Naturelles
9. Dr ADJOBIMEY Mênonli..... Santé au Travail
10. Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette A..... Chirurgie Buccale
11. Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban ..... Hématologie
12. Dr AHOUNOU Ernest Stéphane..... Anesthésie-Réanimation
13. Dr AÏGBE Nestor..... Ophtalmologie
14. Dr DANGBEMEY Djima Patrice..... Gynécologie-Odstrétique
15. Dr DO SANTOS ZOUNON Alexis..... OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
16. Dr HOUNKPONOU AMOUSSOU-GUENOU Eliane Kayivi Murielle ..... Cardiologie
17. Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I. .... Anatomie
18. Dr MIZEHOUN Gbèdécon Carmelle..... Nutrition
19. Dr AGBOKPONTO Janvier Engelbert..... Chimie Analytique

Université d'Abomey-Calavi • LE DOYEN • FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

OCTOBRE 2023

20. Dr ASSANHOU Assogba Gabin	Pharmacie Galénique
21. Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard	Psychiatrie
22. Dr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana	Hématologie Biologie
23. Dr GOUKODADJA Oswald	Traumatologie Orthopédie
24. Dr SOSSA Jean	Urologie
25. Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles	Biophysique
26. Dr VIGNON Koffi Rodolphe	Hépato-Gastroentérologie

ASSISTANTS

1. Dr LANKPEKO AFFOLABI Clémence M.	Pédiatrie et Génétique Médicale
2. Dr YAKOUBOU YOBO Annatou	Pédiatrie et Génétique Médicale
3. Dr AMONLES Yves D.	Psychiatrie
4. Dr HOUESSOU ENIANLOKO TCHIAKPE Nicole Zinhoué	Pédiatrie
5. Dr DADJO Kinski Aumar	Traumatologie Orthopédie

ASSISTANTS EN POSITION PROBATOIRE

1. Dr HOUEZE Richard Ghislain Constantin	Neurologie
2. Dr CHABI Yossounon	Pharmacie hospitalière
3. Dr DANSOU Eugénie	Médecine interne
4. Dr DJOSSOU Hontongnon Julien	Rhumatologie
5. Dr AYI MEGNANGLO Codjo Austher	Radiologie et Imagerie médicale
6. Dr DAHOUE Togbédji Richard	Orthopédie Dento-Faciale
7. Dr HOUNSOU Nounagnon René	Chirurgie générale
8. Dr KOGUI DOURO Akim	Urologie-Andrologie

ASSISTANTS DE RECHERCHE DE RANG DOCTORAL

1. Dr TOHON Gbèdolo Honesty	Toxicologie et Analyse du risque

OCTOBRE 2023

Le Doyen,



Professeur Josué Dejinnin Georges AVAKOUDJO

DEDICACE

À DIEU TOUT-PUISSANT

Mon Refuge et ma Force, les mots ne suffiront pas pour T'exprimer ma reconnaissance pour Tes prodiges dans ma vie. Depuis le sein de ma mère, Tu me connaissais et Tu m'avais déjà établie. Oh ! Que Ta fidélité est grande, Tes œuvres sont parfaites pour moi. Mon âme Te bénit et Te loue à jamais.

Merveilleux Saint-Esprit, que Ta lumière illumine mon chemin tout le long de ma carrière.

AMEN !!

- ***À mon Père Marius ALLOSSOGBE***

Très cher père, je te suis infiniment reconnaissante pour ta présence infaillible à mes côtés. Merci de m'avoir inculquée très tôt le sens de la loyauté, de l'amour du travail bien fait et d'en être un exemple palpable. Puisse l'Éternel Dieu te donner une parfaite santé ainsi que la longévité afin de pouvoir admirer la pousse des graines déposées en moi.

- ***À ma Mère A. Mahutin Ella SOKEGBE***

Ma perle rare, je bénis le Seigneur pour cette merveilleuse amie et conseillère que tu représentes pour moi. Tu es la femme la plus valeureuse que je connaisse et je te suis infiniment grée de ton amour incommensurable pour moi ainsi que de tes multiples prières qui d'ailleurs portent leurs fruits. Merci de toujours me montrer le chemin de foi et de grandeur. Que notre Seigneur t'accorde de très beaux et longs jours.

- ***À ma sœur Thania Consuella et à mes frères Maricael et Mael ALLOSSOGBE***

Mes précieux trésors, je vous remercie pour le soutien, la force et le sacrifice de soi que vous n'hésitez pas à m'accorder. Merci pour vos prières, vos mots d'encouragement, vos pas que vous posez dans les miens qui me réconfortent énormément et me poussent à donner le meilleur de moi.

Que cette œuvre puisse vous servir d'exemple et vous amener à mieux faire.

REMERCIEMENTS

- ***À tous les membres des familles ALLOSSOGBE et SOKEGBE***

Les mots ne suffiront pas pour vous manifester ma sincère reconnaissance pour votre soutien à mon égard de quelque manière que ce soit. Seul le Seigneur saura vous en remercier.

- ***À Jean Pierre DJOSSA***

Merci de m'avoir choisie et d'avoir accepté cheminer avec moi. Tu considères mes peines et mes joies comme les tiennes et tu es si bienveillant. Reçois ce travail comme symbole de ma gratitude. Puisse le Tout-Puissant nous accorder la vie que nous avons toujours planifiée et rêvée d'avoir ici-bas et là-haut avec Lui.

- ***À mes amis Bertine EKO, Volonté TOHOUN, Jimmy ASSIONGBON***

Le chemin a été long mais le bout du tunnel se laisse déjà apparaitre. Merci pour votre sincère amitié et pour le chemin parcouru.

Que le Seigneur affermisse l'ouvrage de nos mains et nous accorde la grâce de demeurer unis.

- ***À Spéro ALLOKPE, Moïse ASSOHOUI et les autres membres de mon groupe d'internat***

Merci pour ces merveilleux moments de dur labeur et de convivialité partagés ensemble. Brillante carrière à nous.

- ***À la 45ème promotion des médecins de Cotonou***

Merci pour la fraternité partagée durant toutes ces années.

Puisse l'Éternel nous unir davantage et nous accorder d'être de bons professionnels de la santé.

- ***À mon Père spirituel Révérend Kossi TOSSOUKPE et son épouse***

Merci pour votre assistance et vos innombrables prières. Que Dieu vous élève davantage.

- ***À tous les participants de cette étude***

Infiniment merci. Que la guérison totale soit votre partage par la grâce de Dieu.

- ***À tout le personnel du Centre National Hospitalier et Universitaire-Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM)***

À tout le personnel de la Clinique Universitaire de Neurologie,

À tout le personnel de la clinique Universitaire de Médecine Physique et Réadaptation

- ***À tous ceux qui de près ou de loin qui ont contribué à cette œuvre***
- ***À tous ceux ou celles qui ont lu, et qui liront ce travail***

Ma reconnaissance pour votre esprit critique vis-à-vis de ma modeste contribution au savoir médical.

SINCERES REMERCIEMENTS

HOMMAGES

- ***À tous nos illustres Maîtres de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou***

Chers Maîtres, vous n'avez ménagé aucun effort pour nous transmettre les bases et les fondements de la Médecine durant toutes ces années. Nous vous promettons de ne pas vous décevoir en les mettant en pratique au quotidien.

HOMMAGES RESPECTUEUX

- ***À notre Maître et directrice de thèse, MCA MIKPONHOUE Rose***

Cher Maitre, vos nombreuses qualités professionnelles et humaines font de vous une enseignante hors pair. Nous avons toujours été sidérée par votre savoir-faire ainsi que votre savoir-être. Malgré vos nombreuses occupations , vous avez accepté diriger cette thèse et guider nos pas dans la recherche.
Que ce travail vous rende fière de nous et puisse Dieu vous récompenser.

HOMMAGES RESPECTUEUX

- ***À notre Maître et co-Directeur Dr HOUEZE Richard***

Cher Maitre, vous avez su nous conduire dans chacune des étapes de cette œuvre avec joie et patience. Votre disponibilité a été spontanée à chaque sollicitation. Vos corrections, apports et contributions nous ont largement éclairé et ont permis d'améliorer ce travail. Que Dieu vous récompense.

HOMMAGES RESPECTUEUX

- ***Au président de notre jury***

Vous nous faîtes un immense honneur en acceptant de présider le jury de ce travail malgré vos multiples occupations. Nous restons persuadée que vos conseils et recommandations nous serviront à parfaire ce travail.

Qu'il nous soit permis de vous exprimer notre reconnaissance et notre gratitude.

HOMMAGES RESPECTUEUX

- ***Aux honorables membres du jury***

Grande est notre fierté de savoir notre travail soumis à votre appréciation. Vos remarques, critiques et suggestions contribueront certainement à en améliorer la qualité.

HOMMAGES RESPECTUEUX

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ACFA	:	Arythmie Complète par Fibrillation Auriculaire
ACSOS	:	Agression Cérébrale Secondaire d'Origine Systémique
AIC	:	Accident Ischémique Constitué
AIT	:	Accident Ischémique Transitoire
AVC	:	Accident Vasculaire Cérébral
AVK	:	Antivitamine K
CNHU-HKM	:	Centre National Hospitalier et Universitaire-Hubert Koutoukou MAGA
CUMPR	:	Clinique Universitaire de Médecine Physique et Réadaptation
CUN	:	Clinique Universitaire de Neurologie
EEG	:	Electroencéphalogramme
EFR	:	Exploration Fonctionnelle Respiratoire
EMG	:	Electromyographie
FAS	:	Fatigue Assessment Scale
HAD	:	Hospital Anxiety and Depression
HAS	:	Haute Autorité de la Santé
HTA	:	Hypertension Artérielle
INR	:	International Normalized Ratio
IRM	:	Imagerie par Résonance Magnétique
MCV	:	Maladies Cardiovasculaires
MMSE	:	Mini Mental State Examination
MPR	:	Médecine Physique et Réadaptation
mRS	:	modified Rankin Scale
NFS	:	Numération Formule Sanguine
NIHSS	:	National Institutes of Health Stroke Scale
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé

PAD/PAS	:	Pression Artérielle Diastolique /Pression Artérielle Systolique
PEA	:	Potentiels Evoqués Auditifs
PEV	:	Potentiels Evoqués Visuels
PEM	:	Potentiels Evoqués Moteurs
RA	:	Risque Attribuable
RMI	:	Rivermead Mobility Index
RR	:	Risque Relatif
TDM	:	Tomodensitométrie
UNV	:	Unité Neurovasculaire
USINV	:	Unité de Soins Intensifs Neurovasculaires

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des enquêtés en fonction des données sociodémographiques. n=326 ; 2023.....42

Tableau II : Répartition des enquêtés en fonction des données professionnelles n=326 ; 2023.....43

Tableau III: Répartition des enquêtés en fonction des données cliniques au moment de l'AVC. n=326 ; 2023.....45

Tableau IV: Répartition des enquêtés en fonction des troubles de langage, visuels, sphinctériens, moteurs, cognitifs, anxieux ,dépressifs, de signes de fatigue. n=326 ; 2023. 49

Tableau V: Répartition des enquêtés en fonction de la reprise des activités professionnelles et paramètres associés. n=326 ; 2023.....52

Tableau VI: Lien entre la réinsertion socioprofessionnelle et les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles. n=326 ; 2023.....55

Tableau VII: Lien entre la réinsertion socioprofessionnelle et les caractéristiques cliniques. n=326 ; 2023 58

Tableau VIII: Facteurs les plus associés à la réinsertion socioprofessionnelle après analyse multivariée. n=326 ; 2023. 64

LISTE DES FIGURES

Figure 1:Vascularisation cérébrale par le réseau artériel 11
Figure 2: Les Types d'Accident vasculaire d'origine artérielle..... 12
Figure 3: Diagramme de flux pour l'inclusion des enquêtés de l'étude 40
Figure 4: Répartition des enquêtés en fonction de la gravité des lésions au moment de l'AVC et après l'AVC n=326 ; 2023..... 47
Figure 5: Répartition des enquêtés en fonction du degré de handicap au moment de l'étude selon le score mRS n=326 ; 2023..... 50
Figure 6: Répartition des enquêtés en fonction du degré de dépendance pour les activités de la vie quotidienne selon l'index de Barthel n=326 ; 2023. 51
Figure 7: Répartition des enquêtés en fonction des relations au travail après l'AVC n=326 ; 2023..... 53

Par délibération, la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou a arrêté que les opinions émises dans cette thèse n'engagent que son auteur

SOMMAIRE

INTRODUCTION 1
1. GENERALITES 4
2. CADRE ET METHODES D'ETUDE 26
3. RESULTATS 39
4. DISCUSSION 65
CONCLUSION 77
SUGGESTIONS 78
REFERENCES 79
ANNEXES ..... A
TABLE DES MATIERES ..... Y

INTRODUCTION

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) considère l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) comme un problème majeur de santé publique, parlant même de pandémie en projetant l'incidence des AVC dans le monde à 23 millions en 2030. En effet, actuellement, 16 millions de victimes d'AVC sont enregistrées chaque année dans le monde et 5,7 millions en décèdent [1]. Ainsi on estime que dans le monde, une personne est touchée par un AVC toutes les 5 secondes.

Au Bénin, les AVC constituent l'affection la plus fréquemment hospitalisée dans la Clinique universitaire de Neurologie (CUN) du CNHU-HKM de Cotonou avec des taux de 42,1% et de 60,7% selon des études antérieures [2,3]. Cette pathologie touchait principalement un public âgé de plus de 65 ans. Au cours de ces dernières années, nous voyons le pourcentage des moins de 65 ans touchés par un AVC augmenter [4]. En Afrique Subsaharienne, le quart des AVC concerne des personnes de moins de 65 ans avec un âge moyen variant de 44,5 à 61 ans [5].

L'évolution clinique des AVC peut conduire vers la survie avec ou sans séquelles, ou vers la mort immédiate ou retardée. La survie et le pronostic des AVC peuvent être influencés par des facteurs individuels, comportementaux, cliniques et thérapeutiques [6]. Les AVC sont la principale cause de handicap acquis chez les adultes dans le monde [7]. La fréquence de ces handicaps est estimée à 87% en Afrique, soit 7 fois plus élevée que dans les pays développés [8]. La gestion de l'AVC est un parcours de soins intégrant la prise en charge en urgence, passant par la rééducation fonctionnelle et allant jusqu'au retour au travail.

Le travail occupe une place essentielle dans notre société et constitue l'une des bases de l'économie mais aussi la voie principale de l'insertion sociale. Il joue donc un rôle majeur dans l'accomplissement de soi, dans l'intégration sociale. Pour cela, il est primordial que chaque individu apte à travailler puisse y accéder. Mais bien que la volonté de notre société de réintégrer soit réelle, l'accès à l'emploi pour les personnes en situation de handicap reste très complexe.

Séquelles, discriminations, limite de dispositifs, manque d'informations sont des facteurs qui freinent encore énormément cette réinsertion [9].

La question du devenir professionnel des patients victimes va donc se poser précocement [10] étant donné que la réinsertion professionnelle pour ces patients ayant été victimes d'un AVC est un processus long et complexe. Les délais de reprise du travail après AVC sont très variables d'une étude à l'autre.

La majorité des études sur la récupération fonctionnelle après un AVC ainsi que celle de la réinsertion socio-professionnelle ont été menées dans les pays développés mais la littérature disponible sur les résultats de ces données est limitée dans les pays en voie de développement, en particulier au Bénin.

Le constat fait est que les individus ayant survécu à l'AVC avec des séquelles sont quasi absents en milieu socio-professionnel d'où l'intérêt de ce travail qui vise les objectifs suivants :

Objectif général: étudier la réinsertion socioprofessionnelle post AVC chez des patients suivis au CNHU-HKM de Cotonou de 2018 à 2022.

Objectifs spécifiques :

1. décrire les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des victimes d'AVC de notre échantillon,
2. déterminer la prévalence des AVC au CNHU-HKM de Cotonou de 2018 à 2022,
3. déterminer le taux de réinsertion socioprofessionnelle post AVC,
4. identifier les facteurs associés à la réinsertion socioprofessionnelle post AVC.

1. GENERALITES

1-DEFINITIONS

1-1-ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL (AVC)

L'AVC se définit comme étant un déficit neurologique soudain d'origine vasculaire cérébrale présumée (artériel/veineux).
Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), il s'agit « d'un développement rapide de signes cliniques localisés ou globaux de dysfonction cérébrale avec des symptômes durant plus de vingt-quatre heures pouvant entraîner la mort, sans autre cause apparente qu'une origine vasculaire » [11].

1-2-HANDICAP

Un handicap constitue toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, ou d'un trouble de santé invalidant.
Le handicap au travail se définit comme l'impossibilité pour une personne du fait de ses problématiques de santé, de pouvoir réaliser l'ensemble des tâches qui lui sont confiées dans le cadre de son environnement de travail [12].

1-3-DEFICIENCE

La déficience est la perte de substance ou l'altération d'une structure ou d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique.
La déficience correspond à l'aspect lésionnel et équivaut, dans sa définition du handicap, à la notion d'altération de fonction [12].

1-4-INCAPACITE

Selon l'OMS, c'est la réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans des limites considérées comme normales pour un être humain [12].

1-5-REEDUCATION FONCTIONNELLE

C'est l'action de rétablir le cours normal de certaines fonctions dans le but de maintenir le fonctionnement de l'organisme (appareil locomoteur, cardiovasculaire, respiratoire, neurologique, urologique, gynécologique) [4].

1-6-READAPTATION FONCTIONNELLE OU REHABILITATION

Elle vise au développement des possibilités physiques, psychiques et professionnelles ainsi qu'à la réintégration des personnes handicapées dans la vie publique et privée. Elle complète le processus de rééducation et est la condition à la réinsertion sociale qui en est le but ultime [4].

1-7-TRAVAIL

Selon le dictionnaire le Robert, le travail est défini comme « une activité laborieuse, rétribuée, dans une profession ».

Il consiste à produire des biens destinés à la vente ou à réaliser des services rémunérés. Le terme de travail revêt un caractère plus large que celui d'emploi car il englobe de fait toutes les professions non salariées [13].

1-8-TRAVAILLEUR

Est considéré comme travailleur au sens du code du travail, quelque soit son sexe et sa nationalité, toute personne qui s'est engagée à mettre son activité professionnelle, moyennant rémunération, sous la direction et l'autorité d'une personne physique ou morale, publique ou privée.

Un travailleur effectue un travail, se consacre à une tâche, qu'elle soit manuelle ou intellectuelle. Il est soit salarié, c'est-à-dire rémunéré par un employeur (ouvrier, employé, fonctionnaire, technicien, agent de maîtrise, cadre, ingénieur, etc.), soit son propre patron (exploitant agricole, commerçant indépendant, artisan, profession libérale, etc..) [13].

1-9-REINSERTION SOCIO-PROFESSIONNELLE

On décrit le verbe « réinsérer » comme étant l'action d'« agir pour que quelqu'un (handicapé, délinquant, drogué, etc.) puisse se réadapter à la vie sociale ».

Se réinsérer, c'est également retrouver sa place au sein de la société, d'une entreprise ou de son foyer. L'on évoque ce terme quand une personne souhaite retrouver son poste au sein de son travail et au sein de la société. Elle peut se faire à la suite d'un accident de travail ou bien une maladie professionnelle en suivant une certaine procédure en fonction de la cause de l'arrêt de travail et la durée de celui-ci.

Après un accident vasculaire cérébral (AVC), le retour à domicile permet de réinsérer le sujet dans son environnement en situation réelle de vie ; c'est le moment où le patient et ses proches vont réellement prendre conscience des situations de handicap liées aux séquelles [4].

1-10-FACTEUR DE RISQUE

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit le facteur de risque comme une situation sociale ou économique, un état biologique, un comportement ou un environnement qui sont liés, éventuellement par une relation de cause à effet, à une vulnérabilité accrue à une maladie, à des problèmes de santé ou à des traumatismes déterminés [14].

2-EPIDEMIOLOGIE DES ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX

La connaissance de l'épidémiologie des AVC est essentielle pour permettre de mieux cibler les populations à risque et de définir l'impact de ces maladies sur l'économie de santé.

Deux critères principaux sont utilisés à savoir l'incidence ou nombre de nouveaux cas d'une maladie dans une population donnée et sur un temps donné et la prévalence ou nombre de nouveaux et anciens cas sur l'effectif global de la population à un moment donné.

2-1-INCIDENCE DES AVC

La mesure de l'incidence annuelle des AVC, définie comme le nombre de nouveaux cas survenant au cours d'une année, est difficile à l'échelon national car elle implique un recueil exhaustif des cas.

Globalement on enregistre annuellement 16 millions de nouveaux cas responsables de 5,7 millions de décès dans le monde. Un AVC survient dans le monde toutes les 5 secondes [15]. En 2016 environ 13,6 millions cas d'AVC ont été recensés dans le monde entrainant 5,5 millions de décès [1].

Dans les pays développés, l'incidence des AVC est estimée entre 95 et 460 pour 100 000 personnes [16] et varie de 15 à 281 pour 100 000 personnes dans les pays à revenu faible et intermédiaire ; toutefois il est à noter une variation importante dans le temps de l'incidence selon les régions et quelques disparités géographiques à l'intérieur d'une même région [16].

En France, elle serait d'environ 130 000 nouveaux cas par an, soit environ 360 personnes par jour victimes d'un AVC [11]. Au Bénin environ 6181 nouveaux cas d'AVC (dont 4062 décès) étaient recensés en 2016 soit une diminution de 3,1% par rapport à 1990 (une diminution du nombre de décès de 5,0%. On peut donc estimer à 17 nouveaux cas d'AVC chaque jour au Bénin [16].

2-2-PREVALENCE DES AVC

En Afrique, les AVC viennent en première position parmi les maladies cardiovasculaires (MCV), pivot de la transition épidémiologique en cours [17].

En Afrique sub-saharienne, la prévalence varie de 15 à 1300 pour 100 000 personnes. Au Nigéria, elle était de 114 pour 100 000 en 2006 [16].

En 2012 au Bénin, une étude de prévalence conduite dans 2 districts de la capitale économique Cotonou a révélé une prévalence brute de 460/100 000 habitants avec une moyenne d'âge de 56 ± 13 ans comparativement à une moyenne d'âge de 73 ans en Europe [18].

2-3-MORTALITE DES AVC

Les AVC représentent globalement 10% des décès dans le monde [19]. Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) 85% de ces décès (dus aux AVC) sont enregistrés dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

Dans les pays occidentaux, les AVC constituent la troisième cause de décès après les maladies cardiaques et le cancer et en moyenne toutes les quatre minutes, une personne décède des suites d'un AVC. Aux Etats-Unis en 2006, le taux de mortalité était estimé à 43,6 pour 100 000 personnes. Ce même taux pour 100 000 personnes était de 41,7 pour les hommes de race blanche contre 67,1 chez ceux de race noire. La mortalité de l'AVC standardisée selon l'âge dans les pays de l'Afrique d'après l'OMS va de 107 à 189 pour 100 000 personnes chez les femmes et de 95 à 168 pour 100 000 dans la population masculine [19].

Au Bénin, des études ont montré que les décès par AVC représentaient 57,2% des décès par affection neurologique [20].

3-RAPPEL ANATOMO-PHYSIOPATHOLOGIQUE

3.1-Rappel anatomique

Le système nerveux central se compose de l'encéphale et de la moelle épinière. L'encéphale se subdivise en 03 parties : le cerveau, le tronc cérébral et le cervelet. Le cerveau est l'étage le plus élevé dans la hiérarchie du système nerveux central. Il est logé dans la boite crânienne enveloppée par 3 méninges (comme l'ensemble des composantes du système nerveux central). Il s'agit de l'extérieur vers l'intérieur de la dure-mère, l'arachnoïde et la pie-mère.

Le cerveau est constitué de deux hémisphères et du diencéphale. Les deux hémisphères sont raccordés par des commissures qui sont des faisceaux de fibres, et sont recouverts d'un tissu organique : la substance grise qui correspond au cortex.

Ces deux hémisphères œuvrent ensemble mais chacun commande la partie opposée du corps : l'hémisphère gauche contrôle le côté droit du corps, et inversement. De plus, chacun a une spécialité : la partie gauche est analytique, et la partie droite est synthétique.

La circulation sanguine est assurée par quatre artères principales : deux artères carotides et deux artères vertébrales se réunissant pour former le tronc basilaire.

Les branches de divisions de ces artères irriguent différents territoires vasculaires [21,22].

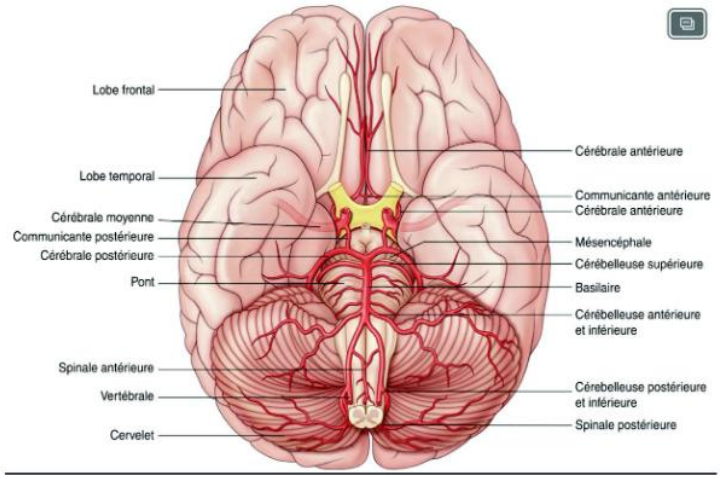


Figure 1:Vascularisation cérébrale par le réseau artériel [22]

3-2-Physiopathologie des AVC

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) sont la conséquence de l'obstruction ou de la rupture d'un vaisseau transportant le sang dans le cerveau. L'obstruction du vaisseau provoque un infarctus cérébral, alors que sa rupture provoque une hémorragie cérébrale. Dans 80% des cas, l'accident vasculaire cérébral est le résultat de l'obstruction d'un vaisseau sanguin par un caillot (AVC ischémique). Moins fréquemment (20% des cas), il est provoqué par la rupture d'un vaisseau, dans ce cas-là on parle d'une hémorragie cérébrale (AVC hémorragique) [23].
En cas d'ischémie, l'atteinte neurovasculaire peut se révéler selon deux tableaux : une atteinte permanente, l'AVC proprement dit ou une atteinte spontanément résolutive nommé accident ischémique transitoire (AIT).

- **Accidents ischémiques (infarctus cérébraux)**

Deux mécanismes principaux sont en jeu le plus souvent, il s'agit de l'occlusion d'une artère, généralement par thrombose et/ou embolie (d'origine cardiaque ou formé dans un vaisseau plus grand (embole artério-artériel).

- **Accidents hémorragiques**

Ils incluent les hémorragies cérébrales et les hémorragies méningées. Elles résultent d'un saignement intracérébral ou méningé qui se produit après rupture d'une artère cérébrale. Les hémorragies méningées ou hémorragies sous-arachnoïdiennes correspondent à une effraction brutale de sang dans les espaces sous-arachnoïdiens sans lésion initiale du parenchyme cérébral.

- **Accidents d'origine veineuse ou thromboses veineuses cérébrales**

Ils sont rares et représentent moins de 2% des AVC. Ces thromboses touchent exceptionnellement plusieurs sinus veineux et/ou des veines corticales. Elles peuvent provoquer un infarctus cérébral souvent accompagné d'hémorragies dont la topographie ne correspond pas à un territoire artériel [22].

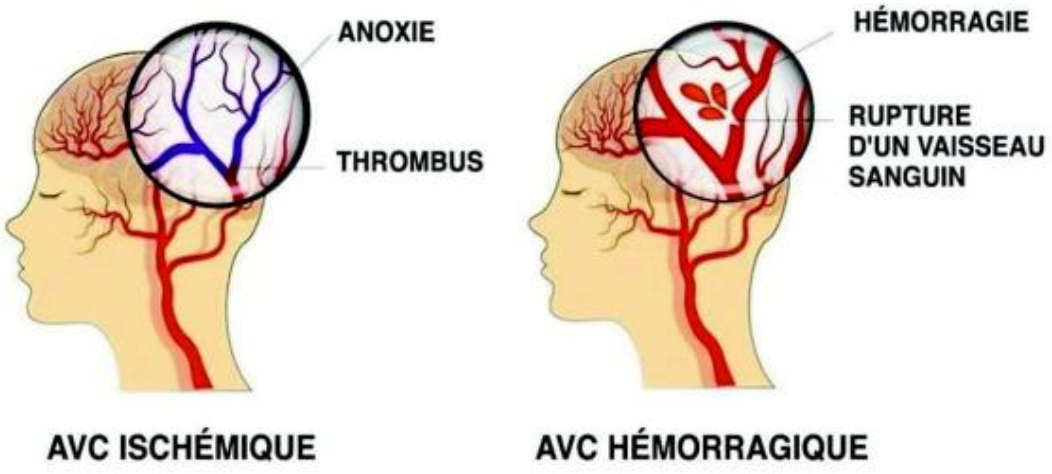


Figure 2: Les Types d'accident vasculaire d'origine artérielle [22]

3-3-FACTEURS DE RISQUE DES AVC [24–26]

3-3-1-Les facteurs de risque non modifiables

-L'âge

L'âge est un facteur de risque important. En effet après 55 ans le risque d'AVC se multiplie par 2 pour chaque décennie.

-Le sexe

Le sexe est un facteur de risque variable avec l'âge. Les AVC sont 2 à 3 fois plus fréquents chez l'homme que chez la femme entre 55 et 64 ans. La différence entre les deux sexes diminue progressivement pour s'annuler après 85 ans.

-Autres facteurs de risque

Il s'agit des antécédents familiaux, les facteurs génétiques et ethniques.

3-3-2-Les facteurs de risque modifiables

-L'Hypertension artérielle (HTA)

L'hypertension artérielle est le plus important des facteurs de risque modifiables dans les deux sexes et quel que soit l'âge. Elle multiplie le risque d'infarctus cérébral par 4 et celui de l'hémorragie par 10.

-Le Diabète

Le risque d'AVC chez le diabétique est de 1 à 1,5 % par an. Il augmente la prévalence de l'athérosclérose et son association à d'autres facteurs de risque tels I'HTA, l'obésité et l'hypercholestérolémie.

-L'Hypercholestérolémie

Le rôle d'une hypercholestérolémie comme facteur de risque bien établi dans la maladie coronarienne et dans l'artériopathie des membres inférieurs demeure controversé dans les AVC. Cependant, une plus grande sévérité des lésions

artérioscléreuses carotidiennes a été observée non seulement en cas d'élévation du taux de cholestérol total mais aussi du LDL-cholestérol ou de la lipoprotéineA.

-L'Obésité

A côté du rôle qu'elle joue par l'intermédiaire d'autres facteurs de risque tels que I'HTA, les troubles de la régulation lipidique et glycémique, l'obésité pourrait avoir un effet propre sur la survenue des AVC, en particulier en cas d'intoxication tabagique associée. Il multiplie le risque d'AVC par 2.

-Le tabagisme

Chez un fumeur, le risque relatif d'AVC est environ de 1,5 mais il diminue rapidement à l'arrêt du tabac. L'exposition passive serait aussi associée à un risque d'accident ischémique constitué.

-L'alcoolisme

Une consommation excessive d'alcool augmente le risque d'accidents ischémiques constitués et Il y aurait une relation directe entre la consommation d'alcool et le risque d'AVC hémorragique.

-La contraception orale

L'utilisation de contraceptif oral serait associée à une augmentation du risque relatif d'infarctus cérébral de 2,75. Le risque persiste et est multiplié par 2 pour les pilules faiblement dosées. La majorité des infarctus cérébraux survient chez des utilisatrices de contraceptif oral âgées de plus de 35 ans et qui associent souvent d'autres facteurs de risque, HTA et tabagisme en particulier.

-Les cardiopathies emboligènes

Les séries cliniques rattachent 17 à 40% des accidents ischémiques constitués à une cause cardio-embolique. Les causes majeures d'embolie cérébrale sont : la

fibrillation auriculaire, l'infarctus du myocarde, le thrombus ventriculaire gauche, le rétrécissement mitral, les prothèses valvulaires, l'endocardite infectieuse, le myxome de l'oreillette gauche et l'athérome de l'aorte thoracique.

-L'accident ischémique transitoire (AIT)

Les études de population ont montré que le risque d'AVC est multiplié par 7 au cours des cinq années qui suivent un AIT. Ce risque est particulièrement élevé durant la première année avec un risque relatif allant de 13 à 16.

- **Les facteurs psychosociaux** (stress, dépression, isolement social...)

3-4-PRINCIPALES ETIOLOGIES DES AVC

3-4-1-Etiologies des AVCI [27–30]

Les étiologies des infarctus cérébraux sont dominées par quatre grandes causes :

-l'athérome des artères cervicales et intracrâniennes et de l'arc aortique

-les embolies d'origine cardiaques

-les accidents lacunaires

-les dissections artérielles

-les causes rares : les angéites primitives ou secondaires à des affections auto-immunes, infectieuses, post-radique ; des migraines compliquées, les causes toxiques (amphétamines, cocaïne), etc.

3-4-2-Etiologies des AVC hémorragiques [11]

-l'HTA chronique

-les anévrysmes et malformations vasculaires

-les troubles de la coagulation

-l'angiopathie amyloïde

-les tumeurs cérébrales

-les autres causes : la migraine, l'alcoolisme, les toxiques (cocaïne), les artérites cérébrales etc.

4-DIAGNOSTIC DES ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX

4-1- Diagnostic des AVC ischémiques [31,32]

4-1-1-Aspects cliniques des AVC ischémiques

On distingue les infarctus carotidiens, les infarctus vertébro-basilaires et les petits infarctus profonds.

Infarctus carotidiens

Ils sont provoqués par l'infarctus des artères cérébrale moyenne (sylvienne) et cérébrale antérieure. Ils regroupent: les infarctus sylvien superficiel profond, total et de la cérébrale antérieure.

La symptomatologie est controlatérale et peut associer une hémiplégie à prédominance brachio-faciale, des troubles sensitifs dans le territoire paralysé**,** une hémianopsie latérale homonyme, une aphasie de Broca ou de Wernicke, une agnosie spatiale , des troubles visuo-spatiaux.

Infarctus du territoire vertébro-basilaire

Ils regroupent les infarctus de la cérébrale postérieure, du tronc cérébral, cérebelleux et associent plusieurs signes.

Petits infarctus profonds

Conséquence de l'occlusion d'une artériole perforante. Ces infarctus sont dus le plus souvent à une artériopathie locale, la lipohyalinose dont le facteur de risque principal est I'HTA.

4-1-2-Aspects paracliniques des AVC ischémiques [33]

4-1-2-1-Explorations biologiques

Elles sont en fonction de l'orientation étiologique, mais un bilan minimal est indispensable : un ionogramme pour de détecter des troubles hydro-électrolytiques, une glycémie pour la surveillance d'un diabète, une numération formule sanguine et un taux de plaquettes, un bilan de coagulation, un bilan lipidique, un bilan immunologique et des sérologies infectieuses.

4-1-2-2-Imagerie des AVC ischémiques

-Le scanner cérébral

C'est l'examen clé de l'AVC qui permet de distinguer dans la majorité des cas un AVC ischémique d'un AVC hémorragique. Les lésions se présentent sous forme d'une hypodensité siégeant au niveau du territoire artériel.

-L'imagerie par résonance magnétique

Sa sensibilité est meilleure que celle du scanner surtout pour la détection et l'étude des petits infarctus notamment au niveau de la fosse cérébrale postérieure.

4-2- Diagnostic des AVC hémorragiques

4-2-1-Aspects cliniques des AVC hémorragiques[11,34]

La sémiologie dépend du siège et de l'étendue de la lésion

4-2-1-1-Hémorragies intracérébrales

<u>Hémorragies sus-tentorielles</u>

Il s'agit des hémorragies capsulo-lenticulaires, des hématomes thalamiques, des hémorragies lobaires.

<u>Hémorragies sous tentorielles</u>

Elles regroupent les hémorragies du tronc cérébral, hémorragies cérébelleuses.

Hémorragies cérébro-méningées

Elles sont liées à la rupture du foyer hémorragique cérébral dans l'espace sous arachnoïdien. Le tableau clinique associe des signes méningés à ceux de l'hémorragie cérébrale.

4-2-2-Aspects paracliniques des AVC hémorragiques

4-2-2-1-Explorations biologiques

Elles sont identiques à celles des AVC ischémiques.

4-2-2-2-Imagerie des AVC hémorragiques

-Le scanner cérébral

A la phase aiguë l'hématome intra cérébral apparait sous la forme d'une lésion spontanément hyperdense et a des contours plus ou moins nets.

-L'imagerie par résonance magnétique

Dans la phase subaiguë et chronique, elle est très informative du fait de sa sensibilité aux produits de dégradation de l'hème, et permet de dater le saignement.

- L'artériographie cérébrale

Elle permet de rechercher une malformation vasculaire.

5-PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX

De nombreuses avancées sont réalisées ces dernières années dans la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux tant à la phase aiguë que dans les stratégies de prévention secondaire. La première stratégie est de distinguer une hémorragie d'un infarctus car la prise en charge en dépend [35–37].

5-1-L'unité neurovasculaire

Le premier traitement d'un AVC est l'hospitalisation dans une unité spécialisée appelée unité neurovasculaire (UNV). Ces unités ont montré leur efficacité en termes de réduction de la mortalité mais aussi du handicap à court, moyen et long terme quels que soient l'âge, le type d'AVC, la sévérité de l'AVC et le délai d'admission.

Les unités neurovasculaire (UNV) ont pour but d'assurer en permanence la prise en charge des patients qui présentent une pathologie neurovasculaire aigüe. Elles s'intègrent dans une filière de soin spécialisée et structurée qui débute depuis le lieu de survenue de l'AVC jusqu'au retour à domicile du patient.

Les missions des UNV sont de réaliser un bilan diagnostic précoce, de permettre une surveillance intensive du patient, d'instaurer une prise en charge thérapeutique spécifique et de prévention secondaire, de prévenir ou de traiter certaines complications générales et de pouvoir débuter une mobilisation et une rééducation précoce et spécialisée du patient tout en assurant la prise en charge psychologique du patient et de son entourage [11].

De plus en plus dans les pays en voie de développement, les services de neurologie en disposent notamment au Bénin où elle est désormais installée au CNHU-HKM.

5-2- Mesures générales

Elles visent à prévenir les complications, à les prendre en charge mais aussi à réduire le risque de récidive précoce.

Il s'agit de :

-Lutter contre les ACSOS : l'hypoxémie, l'hypo/hypercapnie, l'anémie, l'hypo/hyperglycémie, l'hypo/hyperthermie etc..

-Améliorer le débit sanguin cérébral et l'oxygénation cérébrale en maintenant une pression artérielle optimale : Dans l'infarctus cérébral à la phase aiguë il est recommandé de ne traiter la pression artérielle que pour des valeurs supérieures à 220/120mmHg. Mais dans l'hémorragie intra-parenchymateuse des données récentes imposent une réduction immédiate et agressive dans l'heure qui suit la survenue de l'AVC à des valeurs inférieures à 140/90mmHg.

-Prévenir les complications du décubitus : cardiovasculaires, respiratoires, digestives, ostéo articulaires, cutanées, urinaires, psychologiques.

-La rééducation doit être précoce ainsi que le lever du patient en l'absence de contre-indication hémodynamique.

5-3-Traitement des AVCI

5-3-1-La thrombolyse

C'est la première stratégie thérapeutique du Stroke, visant à lyser l'embole. L'Alteplase (tissue plasminogen activator), à administrer dans les trois heures suivant les premiers signes cliniques.

5-3-2-La thrombectomie

La thrombectomie mécanique (TM) consiste à recanaliser une artère cérébrale occluse à la phase aiguë d'AVC ischémique, à l'aide d'un dispositif mécanique de retrait de caillot introduit par voie endovasculaire sous contrôle radioscopique.

5-3-3-Les antithrombotiques

En l'absence de cardiopathie emboligène à haut risque un traitement par un antiagrégant plaquettaire notamment l'aspirine s'est avérée efficace pour réduire le risque de récidive et de tout évènement vasculaire. D'autres antiagrégants peuvent aussi être utilisés notamment le clopidogrel et le dipyridamole associé à l'aspirine.

5-4-Traitement des AVC hémorragiques

Il dépend de son type, de l'état clinique du patient et de son âge. Schématiquement l'hémorragie méningée justifie une hospitalisation en urgence en neurochirurgie en vue d'une éventuelle intervention sur la malformation en cause. Les hémorragies intra-parenchymateuses primitives sont très rarement opérées d'emblée, en dehors toutefois des hématomes du cervelet avec hydrocéphalie aiguë (mise en place d'une dérivation et/ou évacuation de l'hématome).

6- PREDICTION DU PRONOSTIC DES AVC [1]

Plusieurs facteurs pronostiques ont été identifiés dans la littérature. Il s'agit :

-du type d'AVC : en effet, à la phase initiale les hémorragies intra-parenchymateuses ont un pronostic vital beaucoup plus grave que les infarctus cérébraux mais à long terme leurs pronostics vital et fonctionnel sont meilleurs,

-du délai d'admission : la prise en charge très précoce du patient améliore le pronostic,

-des facteurs de risque : l'hypertension artérielle, le diabète, l'obésité sont associés à une mortalité à court, moyen et long terme. Ces facteurs de risque augmentent le risque de survenue d'une coronaropathie qui est la principale cause de décès après un AVC surtout ischémique,

-de l'état clinique du patient et des complications à la phase aiguë : le déficit neurologique est aussi un puissant prédicteur du pronostic. En effet la sévérité du déficit neurologique est le reflet de l'importance des lésions cérébrales. Les

patients ayant un déficit très sévère ont un mauvais pronostic fonctionnel et vital. La survenue des complications est associée à un risque élevé de décès (OR : 2.37) mais aussi de récidive d'AVC,

-du sous-type étiologique, des facteurs biologiques et d'autres paramètres tels que le niveau de handicap avant l'AVC, l'état psycho-social.

7-REEDUCATION FONCTIONNELLE ET READAPTATION

La nécessité d'une rééducation et d'une réadaptation efficace en cas d'AVC demeureront probablement un élément essentiel du continuum des soins dans cette pathologie. La rééducation et la réadaptation doivent être intégrées à la prise en charge initiale de l'AVC. L'intervention précoce, dans les 24 premières heures après l'admission si le patient est prêt, tend à réduire significativement les séquelles de l'AVC. La réorganisation cérébrale survient en effet très rapidement.

La rééducation-réadaptation post-AVC se concentre sur l'entrainement à travers des tâches spécifiques. Elle vise d'une part la prévention des complications (encombrement pulmonaire, phlébite, rétractions musculo-tendineuses, escarres...) et d'autre part elle s'évertue à promouvoir la récupération physique et fonctionnelle de la station debout et de l'équilibre, de la motricité [38].

8-PREVENTION DES AVC

Le contrôle des facteurs de risque constitue l'élément essentiel de la prévention.

-La prévention primaire vise à maintenir une alimentation saine et équilibrée en privilégiant la consommation de fruits, de légumes et d'aliments peu riches en graisses saturées ; pratiquer une activité physique régulière (au moins 30 min par jour) ; arrêter la consommation de tabac et réduire celle de l'alcool ; éviter la surcharge pondérale.

Il est également nécessaire d'augmenter les activités de dépistage et de contrôle de l'HTA et des maladies cardiovasculaires.

-La prévention secondaire a pour but d'éviter la survenue d'un nouvel AVC et associe un suivi médical régulier [22].

9-REINSERTION SOCIOPROFESSIONNELLE POST-AVC

Environ un quart des victimes d'AVC ont moins de 65 ans et sont en âge de travailler dans le secteur public (soit 32 500 cas/an) et 15 % des patients ont moins de 55 ans (soit 19 500 cas/an) [10].

L'arrêt de travail de ces sujets victimes d'AVC et en âge de pratiquer une activité professionnelle impacte considérablement leur participation sociale ainsi que leur qualité de vie et celle de l'entourage.

Le taux de reprise du travail après un AVC dans le monde varie de 11% à 85% [9] selon certains auteurs ; mais reste très variable en raison de la fréquence de dernières études. Il est de 0% à 100% avec un taux moyen retenu par les auteurs de 44% [39].

Cette grande variation des taux de retour au travail peut être expliquée par les différences de conception des études, y compris les variations dans les critères d'inclusion, la méthode de collecte de données, les catégories d'âge utilisées, la durée de suivi, et la définition du travail [40].

Les données disponibles sur la réinsertion professionnelle après un AVC ont révélé des taux de reprise d'emploi estimés dans certains pays occidentaux comme suit : 59%-73% en France , 19%-51% aux Etats –Unis , 27% en Allemagne , 30% au Japon , 51% en Angleterre [10]. Dans certains pays africains, les chiffres se présentent comme suit : 44,9% au Cameroun [41] ; 36% au Gabon [42] ; 17,86% au Congo [43].

Les études au Bénin effectuées dans des services de Médecine Physique et réadaptation ont permis d'avoir des taux de reprise du travail de 53,3% et 77,04% respectivement en 2012 et en 2022 [44,45].

D'autre part, la réinsertion socioprofessionnelle dépend des particularités sociales, culturelles, du système de santé et des mesures d'accompagnement de chaque pays.

Plusieurs facteurs sont susceptibles d'influencer le taux de reprise du travail selon les revues de la littérature internationale.

Il s'agit :

- des facteurs sociodémographiques comme :
  - ❖ l'âge : Plusieurs études montrent qu'un jeune âge s'accompagnerait souvent d'une meilleure récupération neurologique et d'une plus grande motivation à reprendre le travail [4]
  - ❖ le sexe : Les femmes sembleraient être celles qui ont plus de mal à réussir leur réinsertion socioprofessionnelle et seraient donc celles qui ont le plus besoin de soutien. Cependant, certaines études ne montrent pas de lien entre la reprise du travail et le sexe [10]
  - ❖ le niveau d'éducation du patient, la profession / formations : les personnes dites "cols blancs" (secteur tertiaire / travail de bureau) reprendraient plus facilement leur travail que les cols bleus (secteur primaire et secondaire) [43]
- des données médicales telles que:
  - ❖ le délai de recours aux soins spécialisés qui plus est court permet de débuter plus tôt la prise en charge thérapeutique permettant de limiter les séquelles facilitant ainsi une possible reprise professionnelle
  - ❖ le type, la localisation de l'AVC : Les résultats des données restent mitigés à propos de ces facteurs. Cependant, selon plusieurs études, il n'y aurait pas de lien avec la réinsertion socioprofessionnelle [10]
  - ❖ la gravité des séquelles telles que l'existence de troubles moteurs, cognitifs, de langage, visuels, de langage : La majorité des études relèvent que plus les séquelles sont majeures, plus la reprise professionnelle se trouverait à être limitée [41-43]

- des facteurs psychoaffectifs à savoir :

❖ les niveaux de fatigabilité et de dépression qui représentent également des facteurs limitant la réinsertion socioprofessionnelle si elles sont présentes.

L'accompagnement vers la réinsertion socioprofessionnelle des patients victimes d'un AVC s'inscrit donc dans une démarche impliquant une relation étroite et précoce entre divers services dont entre autres : la santé au travail, la Neurologie, la MPR et la psychiatrie [9,10].

2. CADRE ET METHODES D'ETUDE

2-1-CADRE D'ETUDE

Notre étude s'est déroulée dans le sud du Bénin, au Centre National Hospitalier-Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou au sein de deux services de référence pour la prise en charge des patients victimes d'AVC.

Il s'est agi de :

-La Clinique Universitaire de Neurologie du CNHU-HKM

-La Clinique Universitaire de Médecine Physique et Réadaptation du CNHU-HKM

2-1-1-Centre National Hospitalier et Universitaire-Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM)

Le Centre National Hospitalier et Universitaire -Hubert koutoukou MAGA (CNHU-HKM) de Cotonou est un hôpital de référence du Bénin qui a été créé en 1962 sous le nom de « hôpital 350 lits ». De 1976 à 2001, il a porté le nom de Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU), avant d'être rebaptisé Centre National Hospitalier et Universitaire - Hubert koutoukou MAGA (CNHU-HKM). Le CNHU-HKM est un centre de soins, d'enseignement, de recherche et de formation pour les agents de santé de tous les niveaux. Il a été récemment fusionné avec l'ex Hôpital d'Instruction des Armées (HIA). Les cliniques concernées par notre étude sont celles de Neurologie et de Médecine Physique et Réadaptation.

2-1-2- Clinique Universitaire de Neurologie du CNHU-HKM

Cette clinique reçoit et traite les patients souffrant d'affections neurologiques. Elle dispose de trois salles d'hospitalisation au sein du pavillon de médecine et comportant 15 lits ; 01 salle de consultation ; 01 salle d'explorations fonctionnelles neurologiques qui dispose d'un équipement comprenant des appareils numérisés d'électroencéphalogramme (EEG) fixes avec vidéo, d'EEG portables, d'électromyogramme (EMG), de potentiels évoqués auditifs (PEA), visuels (PEV)et moteurs (PEM) ; 05 bureaux ; 01secrétariat. Il y

a été installé depuis 2022 une unité neurovasculaire qui reçoit et prend en charge les patients en situation d'urgence.

Le personnel est composé de 06 médecins neurologues ; d'un surveillant ; des infirmiers et infirmières ; des aides-soignants et d'une secrétaire.

Les principales activités de la clinique sont : les consultations, l'hospitalisation des patients présentant une affection neurologique, des actes médico-techniques tels que l'EMG, l'EEG, des activités de recherche surtout en neuro-épidémiologie et la formation des médecins en diplôme d'étude spécialisée de neurologie ainsi que des étudiants en Médecine.

2-1-3--La Clinique Universitaire de Médecine Physique et Réadaptation du CNHU-HKM [45]

Créé en 1962, en même temps que le CNHU-HKM, la CUMPR était jadis appelée centre de rééducation fonctionnelle. Ce centre était sous la direction du Chef du Service de Radiologie avec lequel il partageait les locaux. En 1982, devenu service de rééducation et de réadaptation fonctionnelle et transféré à son lieu actuel, il était sous la direction du chef des services chirurgicaux communs, le Professeur E. GOUDOTE.

Le service a bénéficié de plusieurs réhabilitations.

Les activités dans le service permettent de lui décrire six secteurs : l'hospitalisation ; les soins de kinésithérapie en ambulatoire qui sont réalisés tant en matinée qu'en soirée ; le secteur de rééducation orthophonique situé entre l'hospitalisation et la salle de kinésithérapie du rez-de-chaussée ; la consultation médicale; l'appareillage orthopédique ; le secteur des explorations fonctionnelles où sont réalisés l'électromyographie (EMG), l'exploration fonctionnelle respiratoire (EFR) et les examens urodynamiques.

L'extension du service permet de décrire un bâtiment à un étage :

du côté de l'hospitalisation, 03 salles dotées d'une capacité totale de douze lits en plus de la salle de garde du personnel paramédical, l'accueil auxquels

s'ajoutent une salle de rééducation orthophonique et de kinésithérapie. Du côté de la kinésithérapie, deux grandes salles de rééducation, l'une au rez de chaussée, l'autre à l'étage où se retrouvent des cages et cabines individuelles, des plans de Bobath, escaliers, ballons de Klein, appareils d'électrothérapie et d'ultra-sonothérapie, tables de verticalisation et d'autres matériels de rééducation. A l'étage, on trouve des salles de rééducation spécialisée pour la main, le réentrainement à l'effort, les salles de rééducation périnéale et pédiatrique. On y trouve aussi des bureaux du personnel, salles des conférences et magasins. Du côté des consultations et explorations se trouvent 02 salles de consultation médicale, 01 salle d'EMG, 01 salle pour le bilan urodynamiques et 01 salle pour les EFR. Du côté de l'appareillage, en bas le secrétariat, 02 cabines d'examens, 02 couloirs de marche, la salle de plâtre, le magasin. A l'étage se trouvent l'atelier avec deux bureaux du personnel.

Ce service accueille des patients de tout âge présentant entre autres des affections de l'appareil locomoteur et du système nerveux, nécessitant souvent une rééducation fonctionnelle et une réadaptation. Les patients sont pris en charge à titre externe ou en hospitalisation dans la CUMPR ou dans d'autres cliniques du CNHU-HKM de Cotonou.

Ces activités sont assurées par un personnel constitué de :

04 médecins spécialistes en MPR, 20 kinésithérapeutes, 03 orthoprothésistes, 01 orthophoniste, 05 infirmiers, 09 agents de services hospitaliers, 01 cordonnier, 02 secrétaires.

Elle reçoit différentes catégories de stagiaires : les médecins en formation pour les Diplômes d'étude spécialisée de MPR, de Chirurgie Pédiatrique et de Neurologie ; les étudiants en 5ème année de médecine et en 3ème année de kinésithérapie.

2-2-METHODES D'ETUDE

2-2-1 TYPE D'ETUDE ET PERIODE DE L'ENQUETE

Nous avions effectué une étude transversale descriptive et analytique avec une collecte rétrospective des données. Elle s'est étendue sur une période de trois (03) mois, allant du 30 Mai 2023 au 30 Août 2023.

2-2-2-POPULATION D'ETUDE

L'étude a porté sur :

Tout travailleur rémunéré, âgé d'au moins 18 ans ayant survécu à un AVC et pris en charge dans l'un des deux services pendant la période allant du 1er janvier 2018 au 31 décembre 2022.

- **CRITERES D'INCLUSION**

Ont été inclus dans l'étude les sujets :

-victimes d'un AVC documenté par une imagerie cérébrale (TDM ou IRM) dans cette période

-âgés d'au moins 18 ans

-ayant un dossier médical en CUN et/ou CUMPR

-consentant à participer à l'étude

- **CRITERES DE NON-INCLUSION**

N'ont été pas inclus dans l'étude les sujets :

-âgés de moins de 18 ans

-victimes d'un AVC non documenté par une imagerie cérébrale (TDM ou IRM)

-sans activité professionnelle rémunérée au moment de l'AVC

-victimes d'un AVC en dehors de la période d'étude

-suivis en dehors des centres de l'étude

- **CRITERES D'EXCLUSION**

Ont été exclus de l'étude les sujets :

-décédés

-injoignables par appel téléphonique

-perdus de vue

-ayant un dossier médical inexploitable

2-2-3-ECHANTILLONNAGE

Nous avions procédé à un échantillonnage non aléatoire exhaustif, par recrutement systématique de tous les cas satisfaisant aux critères d'inclusion à travers le dépouillement de leur dossier médical.

2-2-3-1-VARIABLES

- **Variable dépendante**

Réinsertion socioprofessionnelle

- **Variables indépendantes**
  - Données sociodémographiques

Age, sexe, résidence, niveau d'étude, statut marital, ethnie, religion, nationalité

  - Données professionnelles

Emploi exercé, taille de l'entreprise, type de contrat, ancienneté professionnelle, catégorie socio-professionnelle

  - Données cliniques

Délai post-AVC, type d'AVC, localisation des lésions cérébrales, délai de prise en charge (date de l'AVC et date d'arrivée à l'hôpital), facteurs de risque, type de déficience, durée d'hospitalisation, recours à la kinésithérapie, durée de la rééducation, gravité de l'AVC (score NIHSS), degré de handicap (échelle de Rankin modifié), autonomie fonctionnelle (index de Barthel), troubles cognitifs (score MMSE), troubles du langage, troubles moteurs (Score RMI), troubles

visuels, troubles sphinctériens), présence de troubles anxieux et dépressifs (échelle HAD), présence de signes de fatigue (score FAS).

- Données liées à la reprise des activités professionnelles

Délai de reprise des activités professionnelles, autorisation ou non d'un médecin avant reprise, ambiance de travail, changement ou non de poste.

2-2-3-2-Définition des scores et échelles

❖ **Évaluation de la gravité de l'AVC par le score NIHSS** [46]

Le score NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale) est une échelle qui évalue le déficit neurologique et sa sévérité. Elle permet de quantifier la gravité du déficit et de faciliter la communication entre les équipes prenant en charge des AVC. Elle a une valeur pronostique et peut aider à identifier des patients éligibles à certains traitements comme la fibrinolyse. Elle permet de suivre l'évolution du déficit. Un score NIHSS compris entre 5 et 25 permet d'envisager théoriquement une décision de thrombolyse. Il permet aussi d'évaluer la gravité initiale des patients que l'on regroupe en :

AVC mineur (NIHSS 1–4)

AVC modéré (NIHSS 5–15)

AVC sévère (NIHSS > 15)

AVC grave (NIHSS > 20)

❖ **Évaluation du degré de handicap selon l'échelle de Rankin modifié** [47]

L'échelle de Rankin modifiée est une échelle couramment utilisée pour mesurer le degré d'incapacité ou de dépendance dans les activités quotidiennes des personnes qui ont subi un accident vasculaire cérébral ou d'autres causes d'incapacité neurologique.

0 Aucun symptôme.

1 Pas de handicap significatif en dehors d'éventuels symptômes (capable d'assumer ses rôles, capable de mener ses activités).

2 Handicap léger (incapable de mener à bien toutes ses activités antérieures, capable de mener ses propres affaires sans assistance).

3 Handicap modéré (requiert certaines aides, capable de marcher sans assistance).

4 Handicap modérément sévère (incapable de marcher sans assistance, incapable de s'occuper de ses propres besoins sans assistance).

5 Handicap sévère (confiné au lit, incontinent et nécessitant une attention et des soins constants de nursing).

6 Décès.

- **Évaluation des troubles cognitifs selon le score MMSE (Mini-Mental State Examination)** [48]

Initialement développé comme un bref outil de dépistage pour fournir une évaluation quantitative des troubles cognitifs et pour consigner les changements cognitifs dans le temps. Le score MMSE mesure brièvement les capacités d'orientation dans le temps et l'espace, de rappel immédiat, de mémoire verbale à court terme, de calcul, de langage et de praxies constructives. Alors que la mesure était initialement utilisée pour détecter la démence.

- **Évaluation de l'autonomie fonctionnelle par l'index de Barthel** [49]

L'autonomie fonctionnelle a été évaluée avec l'index de Barthel qui est un test de référence validé utilisé pour mesurer le degré de dépendance fonctionnelle des personnes hémiplégiques. C'est un index composite de dix items cotés à 0, 5, 10, 15 qui permet d'évaluer l'autonomie du patient par rapport aux activités de la vie courante (alimentation, soins personnels, bain, habillage, continence urinaire,

continence fécale, utilisation des toilettes, transfert lit-fauteuil, déambulation et escaliers). Il est fiable, sensible, reproductible et d'application facile et rapide au patient ou à son entourage. À chaque item on attribuera une valeur en fonction du degré d'assistance requise par le patient pour accomplir l'activité désignée et le score final résumera l'ensemble des cotations.

Les patients seront classés en 4 groupes en fonction de leur score :

- le sujet est en état de dépendance totale si le score final est égal à 0
- le sujet est en état de dépendance majeure si le score final est ≤ 20
- si le score final est ≥ 60, le sujet a une autonomie fonctionnelle lui permettant de rentrer à domicile dans des conditions satisfaisantes ;
- si le score final est maximal, donc égal à 100, le sujet a une indépendance complète mais cela ne signifie pas l'absence de déficience.

❖ **Évaluation des troubles moteurs selon le Score Rivermead Mobility Index (RMI)** [50]

Le (RMI) a été développé à partir de la sous-échelle évaluant la fonction globale de la Rivermead Motor Assessment comme un moyen de quantifier les troubles de mobilité auprès de sujets ayant subi un AVC. D'un point de vue clinique, le RMI est pertinent pour tester les capacités fonctionnelles, telles que la démarche, l'équilibre et les transferts.

Le RMI inclut quinze items de mobilité : 14 items autoévalués et 1 item par observation directe (se tenir debout sans soutien). Les 15 items sont organisés hiérarchiquement et remplissent les critères d'échelle de Guttman, suggérant que tous les items sont classés selon la difficulté croissante.

Chaque item est coté 0 ou 1, selon la possibilité que le patient soit en mesure d'accomplir la tâche d'après des instructions précises. Un score de 0 équivaut à une réponse négative ; un score de 1 équivaut une réponse positive. Un score total est déterminé en additionnant les points alloués à tous les items. Un score

maximum de 15 est possible : les plus hauts scores indiquant une meilleure mobilité.

Nous avions subdivisé le score en 4 sous-groupes :

-aucun trouble

-[11-14] traduisant des troubles légers

-[5-10] traduisant des troubles modérés

-[1-4] traduisant des troubles sévères

❖ **Hospital anxiety and depression scale (HAD)** [51]

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21). Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores (A et D) :

7 ou moins : absence de symptomatologie

8 à 10 : symptomatologie douteuse ou légère

11 et plus : symptomatologie certaine.

❖ **Score de fatigue (FAS)** [52]

L'échelle d'évaluation de la fatigue (FAS) est une échelle d'auto-évaluation en 10 éléments évaluant les symptômes de fatigue chronique. Le FAS traite la fatigue comme un concept unidimensionnel et ne sépare pas sa mesure en différents facteurs. Toutefois, afin de garantir que l'échelle évalue tous les aspects de la fatigue, elle mesure à la fois les symptômes physiques et mentaux.

Vous pouvez choisir parmi 5 propositions de réponse allant de 'jamais' à 'toujours'.

1. jamais
2. parfois (c.à.d. une fois par mois ou moins fréquente)

3. régulièrement (c.à.d. plusieurs fois par mois)
4. souvent (c.à.d. hebdomadaire)
5. toujours (c.à.d. quotidiennement)

1. Je souffre de signes de fatigue.
2. Je suis vite fatigué(e).
3. Je trouve que je ne fais pas grand-chose au cours de la journée.
4. J'ai assez d'énergie pour le quotidien.
5. Je me sens physiquement épuisé(e).
6. J'ai des difficultés à commencer quelque chose.
7. J'ai des difficultés à avoir des idées claires.
8. Je n'ai pas envie d'entreprendre quelque chose
9. Mentalement je me sens fatigué(e).
10. Quand je suis occupé(e) à quelque chose, j'arrive à rester concentré.

(Voir Annexes)

2-2-3-3-TECHNIQUE DE COLLECTE DE DONNÉES

Un questionnaire individuel a été proposé aux sujets. Le questionnaire était entièrement numérisé avec le logiciel KoBocollect.

2-2-3-4-ORGANISATION DE LA COLLECTE DE DONNÉES

La collecte des données a été effectuée après l'obtention de l'autorisation de recherche du directeur du CNHU-HKM.

Elle a comporté plusieurs étapes :

-Dans un premier temps, nous avions sélectionné à partir des registres d'activité et de soins tous les cas d'AVC de 2018 à 2022 dans les cliniques universitaires de Neurologie et de MPR, puis trié les dossiers médicaux des travailleurs rémunérés en respectant nos critères d'inclusion

-Ensuite, nous avions procédé à la collecte des données dans les dossiers médicaux: Nom, prénom, âge, sexe, profession, adresse, contact téléphonique, situation matrimoniale, ethnie, date de première consultation , date de survenue de l'AVC, antécédents médicaux, délai de réalisation d'une imagerie cérébrale, type et localisation de l'AVC, le score NIHSS initial, durée d'hospitalisation, durée de rééducation fonctionnelle

-Enfin, nous avions contacté les enquêtés puis après avoir obtenu leur consentement, nous avions fait venir ceux qui le pouvaient au CNHU-HKM. A leur arrivée, nous avions évalué les différents scores à partir de notre questionnaire puis nous les avions soumis au reste des questions de la fiche d'enquête notamment celles liées à la reprise professionnelle.

2-2-3-5-ANALYSE DES DONNEES

Après la collecte des données, celles-ci ont été importées dans Excel 2016, puis nettoyées et les variables ont été codifiées. L'analyse des données a été effectuée à l'aide du logiciel R. Les variables quantitatives ont été présentées sous forme de moyenne accompagnée de l'écart-type ou de médiane avec intervalle interquartile, selon leur distribution (normale ou non). Les variables qualitatives ont été exprimées en nombre d'occurrences et en pourcentage.

Pour évaluer l'association entre les variables indépendantes et la variable dépendante (la réinsertion socioprofessionnelle), des analyses bivariées ont été menées. Les comparaisons de proportions ont été effectuées à l'aide du test du chi carré, du test exact de Fisher ou du test corrigé de Yates, tandis que les différences entre les moyennes ont été évaluées avec le test t de Student. Les comparaisons de médianes ont été réalisées à l'aide du test de Wilcoxon. Dans le cadre de l'analyse bivariée des variables indépendantes, une régression logistique simple a été utilisée pour calculer les rapports de cotes (Odds Ratio). Une association a été considérée comme significative lorsque la valeur p était inférieure à 0,05.

Pour l'analyse multivariée, un modèle initial de régression logistique binaire a été construit, intégrant les variables indépendantes avec une valeur p inférieure à 0,20 en analyse bivariée. Ensuite, une régression pas à pas descendante (backward stepwise regression) a été réalisée pour simplifier ce modèle initial en retirant progressivement les prédicteurs non statistiquement significatifs. L'association entre les facteurs identifiés et la variable d'intérêt a été évaluée à l'aide de l'odds ratio (OR) et de son intervalle de confiance à 95% (IC95%). Un seuil de significativité de 5% (p-value < 0,05) a été retenu.

2-2-3-6-CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Le protocole de recherche a été soumis au Comité d'éthique de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou sous le numéro d'identification CNERS031/2023. L'avis éthique n'a pu être obtenu avant le démarrage de l'étude.

Afin d'accéder aux archives, nous avions demandé l'autorisation des chefs des cliniques et du directeur du CNHU-HKM.

L'étude a été réalisée dans le strict respect des principes fondamentaux de l'éthique pour la recherche en santé humaine conformément à l'approbation du comité éthique de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou et aux recommandations de la déclaration d'Helsinki 1989.

L'accès à la base de données numérique a été strictement limité et réservé à l'équipe de recherche. Les droits des participants, leur dignité, leur vie privée et la confidentialité des données individuelles ont été protégés pendant et après la durée de l'étude.

3. RESULTATS

Nous avions eu 326 enquêtés au cours de notre collecte. Le détail se présente ci-dessous.

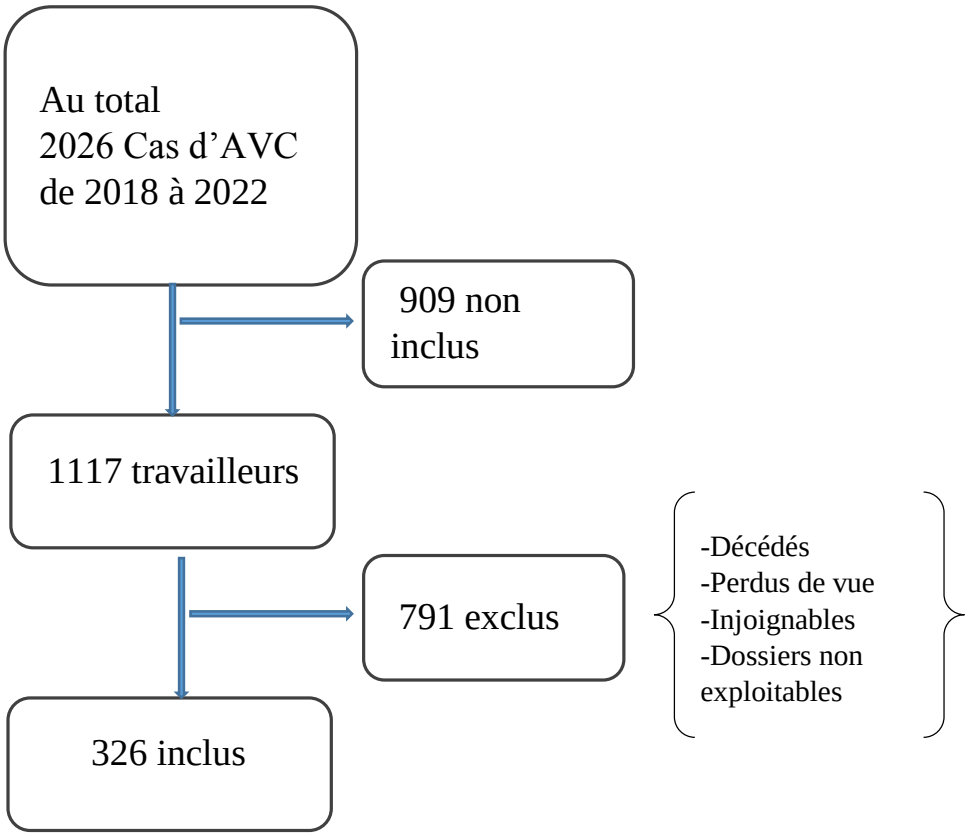


Figure 3: Diagramme de flux pour l'inclusion des enquêtés de l'étude

- **Description de la population d'étude**

- **Données sociodémographiques**

-Sexe

Des 326 enquêtés, 199 étaient de sexe masculin (61%) avec un sex-ratio de 1,6.

- Age au moment de l'AVC

L'âge moyen au moment de l'AVC était de 49,8 ans +/- 9,6 avec des extrêmes de 19 et 75 ans.

- Nationalité

Des 326 enquêtés, 322 avaient la nationalité béninoise soit une proportion de 98,8%.

- Niveau d'instruction, Situation matrimoniale, ethnie

La plupart soit 292 (89,6 %) des enquêtés était instruite avec 36,5% de niveau secondaire et 31,3% de niveau supérieur.

La majorité était en couple (88%) et d'ethnie fon (62,3%). Tableau I

- **Données professionnelles**

- Emploi exercé, secteur d'activité et ancienneté professionnelle

Les employés administratifs « col blanc » étaient 159 (48,8%) et les travailleurs manuels et indépendants « cols bleus » représentaient un peu plus de la moitié 51,2%.

Les enquêtés 144 (56,6%) étaient pour plus de la moitié du secteur libéral.

Environ 8 patients sur 10 (80,1%) avaient une ancienneté de plus de 10 ans.

Tableau II

Tableau I : Répartition des enquêtés en fonction des données sociodémographiques. n=326 ; 2023.

	n	%
Niveau d'instruction		
Non scolarisé	34	10,4
Primaire	71	21,8
Secondaire	119	36,5
Supérieur	102	31,3
Situation matrimoniale		
Mariés	223	68,4
Union libre	64	19,6
Veuve/veuf	22	6,7
Célibataire	11	3,4
Divorcé(e)	6	1,8
Ethnie		
Fon et apparentés	203	62,3
Adja et apparentés	62	19
Yoruba et apparentés	51	15,6
Autre	10	3,1

Tableau II : Répartition des enquêtés en fonction des données professionnelles. n=326 ; 2023.

	n	%
Emploi exercé		
Emploi administratif	159	48,8
Commerçant/Revendeur	92	28,2
Entrepreneur/Artisan	75	23
Secteur d'activité		
Libéral	184	56,4
Public	94	28,8
Privé	48	14,7
Ancienneté professionnelle		
<1an	2	0,6
1-5ans	27	8,3
5-10ans	36	11
>10ans	261	80,1

- **Caractéristiques cliniques au moment de l'AVC**

- Délai de recours à une consultation médicale spécialisée

La majorité soit 282 (86,5%) des enquêtés avait fait recours à une consultation médicale dans un délai supérieur à 48 heures après le début des symptômes.

- Latéralité

Les enquêtés étaient pour la quasi-totalité droitier (94,8%).

-Antécédents médicaux

Parmi les enquêtés, 220 avaient pour plus de la moitié comme antécédents médicaux une HTA soit (67,5%).

- Délai de réalisation d'une imagerie cérébrale, type d'AVC et localisation des lésions

La quasi-totalité des enquêtés (97,5%) avaient réalisé une imagerie cérébrale 24h

après la demande médicale.

L'AVC ischémique était le plus fréquent chez 165 enquêtés (50,6%) et les lésions prédominaient pour plus de la moitié à l'hémisphère gauche (56,1%).

-Gravité des lésions au moment de l'AVC selon le score NIHSS

L'AVC initialement était mineur chez 155 enquêtés (47,5%) et modéré chez 147 (45,1%). Peu d'enquêtés 23 (7,1%) avaient eu un AVC sévère.

-Durée d'hospitalisation

Les enquêtés avaient eu pour la majorité une durée d'hospitalisation de moins d'un mois (95,0%) avec une durée moyenne qui était de 12,41jours +/- 7,24jours.

-Rééducation fonctionnelle

La plupart soit 270 (82,8%) des enquêtés avaient eu à faire des séances de rééducation (motrice /orthophonie/périnéale) dans un délai de moins de 6 mois pour 264 enquêtés parmi eux (97,8%).

La rééducation avait duré moins de 6 mois pour près des trois quart des enquêtés 194 (71,9%) avec une moyenne de 12 semaines soit 24 à 36 séances en fonction du nombre variant de 2 à 3 séances par semaine. Tableau III

Tableau III: Répartition des enquêtés en fonction des données cliniques au moment de l'AVC. n=326 ; 2023.

	n	%
Délai de consultation médicale Spécialisée		
<6h 30	2	0,6
24-48h	42	12,9
>48h	282	86,5
Latéralité		
Droitier	309	94,8
Gaucher	15	4,6
Ambidextre	2	0,6
Antécédents médicaux		
HTA	220	67,5
Diabète type 2	37	11,3
AVC	24	7,4
Autres	57	17,5
Aucun	67	20,6
Délai de réalisation d'une imagerie cérébrale		
<4h 30	1	0,3
<6h 30	7	2,1
>24h	318	97,5
Type d'AVC		
Ischémique	165	50,6
Hémorragique	149	45,7
Hémorragie méningée	11	3,4
Thrombose veineuse cérébrale	1	0,3

Tableau III: Répartition des enquêtés en fonction des données cliniques au moment de l'AVC. n=326 ; 2023. (suite)

	n	%
Localisation des lésions		
Hémisphère gauche	183	56,1
Hémisphère droit	126	38,7
Bi-hémisphérique	2	0,6
Fosse postérieure	15	4,6
Gravité des lésions au moment de l'AVC selon le score NIHSS		
AVC grave	1	0,3
AVC mineur	155	47,5
AVC modéré	147	45,1
AVC sévère	23	7,1
Durée d'hospitalisation		
< 1 mois	310	95
1-3 mois	13	4
>3 mois	3	1
Rééducation post AVC		
Non	56	17,2
Oui	270	82,8
Rééducation précoce		
Non	6	2,2
Oui	264	97,8
Durée de la Rééducation		
<6 mois	194	71,9
6 mois-1an	47	17,4
1-2 ans	20	7,4
> 2 ans	9	3,3

- **Caractéristiques cliniques au moment de l'étude**

-Gravité de l'AVC selon NHISS

Au cours de notre collecte, 56 enquêtés (17,2%) ne présentaient plus de déficit. La moitié 166 (50,9%) avait un AVC mineur et le quart soit 83 (25,5%) un AVC modéré.

Néanmoins, 21 personnes (6,4 %) présentaient toujours un AVC sévère. Figure n°4

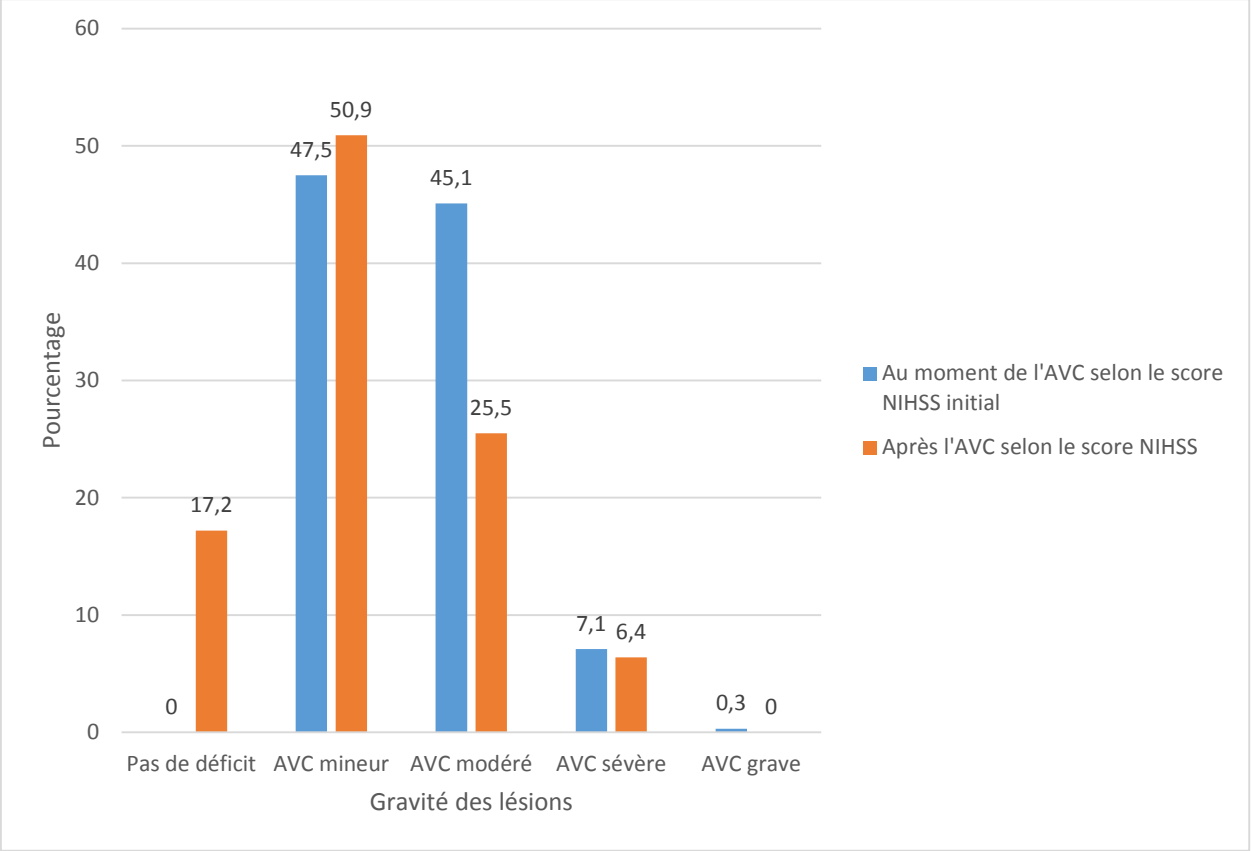


Figure 4: Répartition des enquêtés en fonction de la gravité des lésions au moment de l'AVC et après l'AVC. n=326 ; 2023.

- Troubles de langage, visuels, sphinctériens, moteurs, cognitifs, anxieux, dépressifs et signes de fatigue

Au nombre des différentes séquelles, près du quart 80 (24,5%) avaient des troubles du langage dont 12 (3,7%) avaient une aphasie et 68 (20,8%) une

dysarthrie. Peu de patients 32 (9,8%) avaient un trouble visuel et 10 (3,1%) des troubles sphinctériens. Concernant les troubles moteurs selon le RMI, 52 (17,2%) des enquêtés ne présentaient plus de troubles de la mobilité et 270 (82,8%) en présentaient à des degrés variables.

Au total, 69 enquêtés (21,2%) présentaient des troubles cognitifs selon le Mini Mental State Examination (MMSE).

Un peu plus du quart de nos enquêtés 98 (30,1%) présentait des troubles anxieux et la moitié 163 (50%) des troubles dépressifs douteux à certains.

La quasi-totalité des enquêtés 312 (95,7%) présentaient des signes de fatigue avec pour plus de la moitié 200 (61,4%) une fois par mois. Tableau IV

Tableau IV: Répartition des enquêtés en fonction des troubles de langage, visuels, sphinctériens, moteurs, cognitifs, anxieux ,dépressifs, de signes de fatigue. n=326 ; 2023.

	n	%
Troubles de langage		
Non	246	75,5
Oui	80	24,5
Dyasrthrie	68	20,8
Aphasie	12	3,7
Troubles visuels		
Non	294	90,2
Oui	32	9,8
Troubles sphinctériens		
Non	316	96,9
Oui	10	3,1
Troubles moteurs selon le score RMI		
[11-14]	166	50,9
[5-10]	76	23,3
[1-4]	28	8,6
Aucun	56	17,2
Troubles cognitifs selon MMSE		
Non	257	78,8
Oui	69	21,2
Troubles anxieux selon HAD		
Non	228	69,9
Oui	98	30,1
Léger	68	20,9
Certain	30	9,3
Troubles dépressifs selon HAD		
Non	163	50
Oui	163	50
Léger	107	32,9
Certain	56	17,1
Signes de fatigue selon FAS		
Non	14	4,3
Oui	312	95,7
Parfois	200	61,4
Régulièrement	79	24,2
Souvent	29	8,9
Toujours	4	1,2

-Degré de handicap au moment de l'étude selon le score mRS

Au moment de notre étude, un peu plus de la moitié soit 189 (58%) des enquêtés ne présentaient plus de handicap significatif. Près du quart 76 (23,3%) avaient un handicap léger et 18 (5,5%) avaient encore un handicap modérément sévère.

Par ailleurs, le score mRS initial n'était pas inscrit dans les dossiers des patients.

Figure n°5

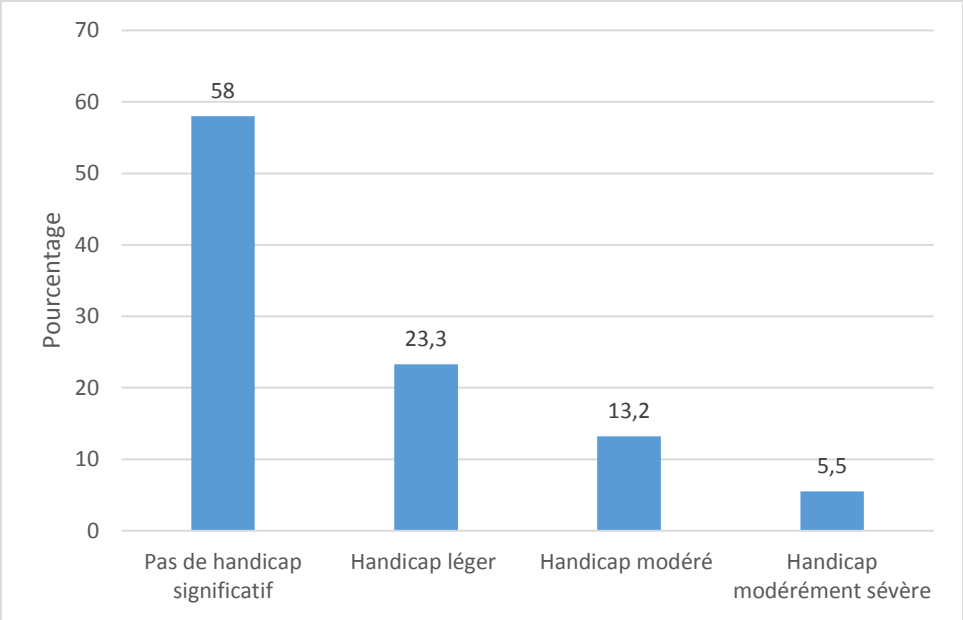


Figure 5*:* Répartition des enquêtés en fonction du degré de handicap au moment de l'étude selon le score mRS. n=326 ; 2023.

- Dépendance quotidienne

Parmi les enquêtés, la moitié soit 160 (49%) avaient une indépendance complète. Figure n°6

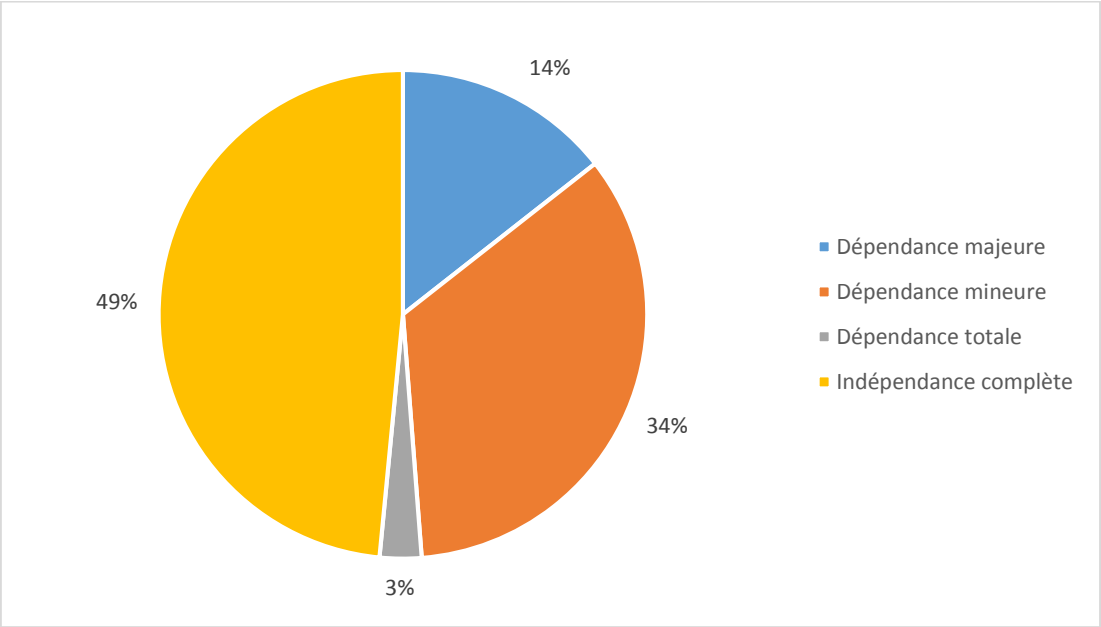


Figure 6: Répartition des enquêtés en fonction du degré de dépendance pour les activités de la vie quotidienne selon l'index de Barthel. n=326 ; 2023.

3.1.4 Reprise des activités professionnelles

Sur les 326 enquêtés, 163 (50%) avaient repris leur activité professionnelle avec un délai de reprise de moins d'un an pour près de trois quart soit 119 (73%). Le délai moyen était de 7,29mois +/- 7mois.

La présence de séquelles invalidantes était la principale raison de non reprise des activités professionnelles chez 131 personnes (81,4%). Tableau V

Tableau V: Répartition des enquêtés en fonction de la reprise des activités professionnelles et paramètres associés. n=326 ; 2023.

	n	%
Reprise des activités professionnelles		
Non	163	50
Oui	163	50
Autorisation du médecin avant reprise		
Non	109	66,9
Oui	54	33,1
Délai de reprise professionnelle à partir de la date de survenue de l'AVC		
<1 an	119	73
1-2 ans	37	22,7
>2-5 ans	7	4,3
Reprise de la fonction antérieure		
Non	23	14,1
Oui	140	85,9
Difficultés à reprendre la fonction antérieure		
Non	98	70
Oui	42	30
Changement de poste au travail		
Non	124	88,6
Oui	16	11,4
Le poste actuel correspond à votre profil		
Non	17	10,4
Oui	146	89,6
Appréciation du poste actuel		
Adéquat	152	93,3
Inadéquat	11	6,7
Raison de la non reprise des activités professionnelles		
Séquelles invalidantes	131	80,4
Choix personnel	22	13,5
Licenciement	8	4,9
Retraite anticipée	2	1,2

3.1.5 Nature des relations au travail

Parmi ceux qui avaient repris, plus des trois quart des enquêtés soit 143 (87,8%) avaient jugés relativement bonne leur relation avec leur entourage professionnel Figure n°7.

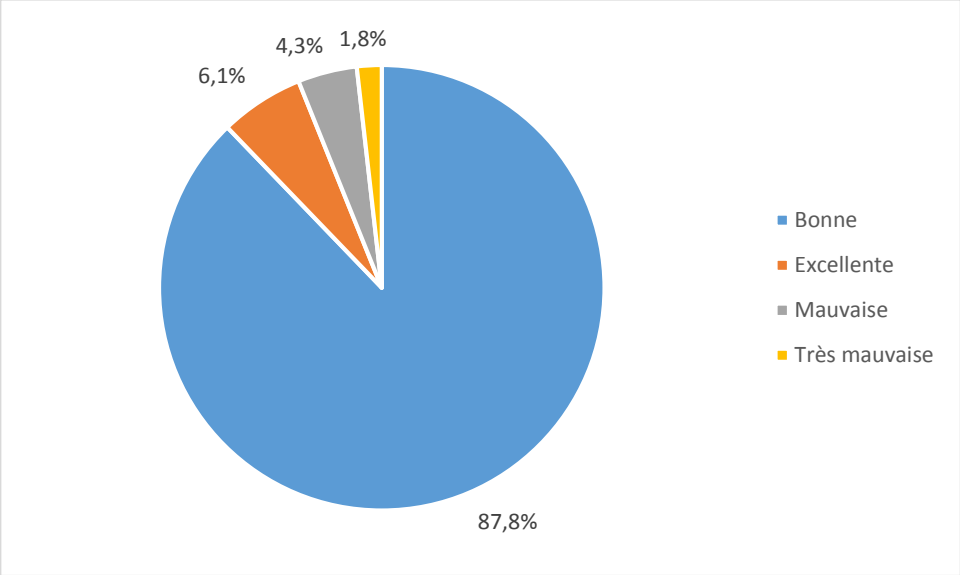


Figure 7: Répartition des enquêtés en fonction des relations au travail après l'AVC. n =326 ; 2023.

- **Etude analytique**
  - **Analyse univariée**

- Lien entre les caractéristiques socio-démographiques, professionnelles et la réinsertion socioprofessionnelle

L'âge de survenue de l'AVC était significativement lié à la réinsertion socio-professionnelle. Il était plus bas chez les individus réinsérés professionnellement (médiane de 48 ans, IQR 43-55) par rapport à ceux non réinsérés (médiane de 52 ans, IQR 44-58) (p = 0,004). Chaque augmentation d'une unité dans l'âge au moment de l'AVC diminuait de 6% la probabilité de réinsertion professionnelle (OR = 0,94 ; p = 0,002).

L'emploi exercé était significativement associé à la reprise professionnelle (p=0,002) ainsi que le niveau d'instruction (p<0,001). Les enquêtés travaillant dans le secteur privé ou public avaient 2 fois plus de chances d'avoir une réinsertion socioprofessionnelle par rapport aux commerçants/revendeurs (p = 0,008). Les enquêtés ayant un niveau d'instruction supérieur avaient 4,8 fois plus de chances d'avoir une réinsertion socioprofessionnelle par rapport aux enquêtés non scolarisés (p < 0,001).

Le sexe (p=0,6) ; la situation matrimoniale (p=0,1) et l'ancienneté professionnelle (p=0,059) n'étaient pas significativement associées à la réinsertion socioprofessionnelle. Tableau VI

Tableau VI: Lien entre la réinsertion socioprofessionnelle et les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles. n=326 ; 2023

		Réinsertion socioprofessionnelle		Analyse univariée		
	Total	Non, n = 163	Oui, n = 163	ORb	IC [95%]	p
Age au moment de l'AVC	326			1	0,94 – 0,99	**0,002**
Sexe						0,6
Féminin	127	66 (40,5%)	61 (37,4%)	1	—	
Masculin	199	97 (59,5%)	102 (62,6%)	1,1	0,73 – 1,78	0,6
Niveau d'instruction						**<0,001**
Non scolarisé	34	23 (14,1%)	11 (6,7%)	1	—	
Primaire	71	38 (23,3%)	33 (20,2%)	1,8	0,78 – 4,39	0,2
Secondaire	119	71 (43,6%)	48 (29,4%)	1,4	0,64 – 3,26	0,4
Supérieur	102	31 (19,0%)	71 (43,6%)	4,8	2,12 – 11,4	<0,001
Situation matrimoniale						0,1
Célibataire	11	6 (3,7%)	5 (3,1%)	1	—	
Marié monogame	218	102 (62,6%)	116 (71,2%)	1,4	0,40 – 4,86	0,6
Union libre	64	35 (21,5%)	29 (17,8%)	1	0,27 – 3,77	>0,9
Veuve/veuf	22	17 (10,4%)	5 (3,1%)	0,4	0,07 – 1,67	0,2
Divorcé(e)	6	1 (0,6%)	5 (3,1%)	6	0,66 – 137	0,2
Marié polygame	5	2 (1,2%)	3 (1,8%)	1,8	0,21 – 18,3	0,6
Ethnie						
Adja et apparentés	62	33 (20,2%)	29 (17,8%)	1	—	
Fon et apparentés	203	100 (61,3%)	103 (63,2%)	1,2	0,66 – 2,08	0,6
Yoruba et apparentés	51	24 (14,7%)	27 (16,6%)	1,3	0,61 – 2,70	0,5
Autre	10	6 (3,7%)	4 (2,5%)	0,8	0,18 – 2,92	0,7
Emploi exercé						**0,002**
Emploi administratif	159	64 (39,3%)	95 (58,3%)	2	1,20 – 3,41	0,008
Commerçant/ Revendeur	92	53 (32,5%)	39 (23,9%)	1	—	
Entrepreneur/ Artisan	75	46 (28,2%)	29 (17,8%)	0,9	0,46 – 1,59	0,6

-Lien entre la réinsertion socioprofessionnelle et les caractéristiques cliniques au moment de l'AVC et de l'étude

Le délai de recours à une consultation neurologique ou une USINV n'était pas associé à la réinsertion socioprofessionnelle (p>0,9).

Le délai de réalisation d'une imagerie cérébrale n'était pas associé à la réinsertion socioprofessionnelle (p = 0,3). De même, le type d'AVC et la localisation des lésions n'étaient pas significativement associés la réinsertion socioprofessionnelle (p = 0,2 ; p=0,09).

La durée d'hospitalisation était associé significativement à la réinsertion socioprofessionnelle (p = 0,002).

La rééducation post-AVC était associée (OR=0,5 ; p=0,039). Ceux qui avaient bénéficié de rééducation après AVC avaient 50% plus de chances de réinsertion par rapport à ceux qui n'en avaient pas bénéficié.

La gravité des lésions au moment de l'AVC, évaluée par le score NIHSS initial, était significativement associée à la réinsertion socioprofessionnelle. Les individus ayant subi un AVC mineur étaient 6 fois plus fréquemment réinsérés professionnellement par rapport à ceux ayant subi un AVC sévère ou grave (p < 0,001).

La réinsertion socioprofessionnelle était fortement influencée par la présence de troubles de langages, visuels, sphinctériens et moteurs. Les individus sans troubles du langage étaient significativement plus réinsérés professionnellement par rapport à ceux souffrant de troubles du langage (p < 0,001). De même, ceux sans troubles visuels ou sphinctériens étaient significativement plus réinsérés par

rapport à ceux présentant des troubles visuels ou sphinctériens (p < 0,001 pour tous les cas). Ceux qui avaient des troubles visuels avaient 70% moins de chances de reprise socioprofessionnelle que ceux qui n'en avaient pas (OR=0,30 ; p=0,004). Les enquêtés qui avaient de troubles cognitifs avaient 60% moins de chances de réinsertion socioprofessionnelle par rapport à ceux qui n'en avaient pas (OR=0,4 ; p<0,001).

La réinsertion socioprofessionnelle était significativement associée à la présence de troubles cognitifs évalués par le score MMSE. Les enquêtés sans troubles cognitifs étaient plus réinsérés professionnellement (86,5%) par rapport à ceux présentant des troubles cognitifs (13,5%) (p < 0,001).

Le degré de handicap au moment de l'étude évalué par le score mRS, était fortement associé à la réinsertion socioprofessionnelle. Les individus sans handicap significatif étaient significativement plus réinsérés professionnellement (81,6%) par rapport à ceux présentant un handicap léger (14,7%), modéré (2,5%), ou modérément sévère (1,2%) (p < 0,001). Ceux ayant un handicap modéré à sévère avaient très peu de chance (4-5%) de reprise de leur activité socioprofessionnelle.

Le degré de dépendance était très significativement associé à la reprise professionnelle (p<0,001). Plus les enquêtés étaient dépendants pour les activités de la vie quotidienne, moins ils avaient pu reprendre leur travail.

La présence de troubles anxieux et dépressifs était significativement reliée à la réinsertion socioprofessionnelle (p<0,001). Plus la dépression était évidente, plus la réinsertion socioprofessionnelle était difficile, de même que plus l'anxiété était prononcée, la réinsertion socioprofessionnelle était difficile.

La présence de signes de fatigue était significativement associée à la réinsertion socio-professionnelle (p = 0,029). Tableau VII

Tableau VII: Lien entre la réinsertion socioprofessionnelle et les caractéristiques cliniques. n=326 ; 2023

		Réinsertion socioprofessionnelle		Analyse univariée		
	Total	Non, n = 163	Oui, n= 163	ORb	IC[95%]	p
Latéralité						
Ambidextre	2	1 (0,6%)	1 (0,6%)	1	—	
Droitier	309	153 (93,9%)	156 (95,7%)	1	0,04 – 25,9	>0,9
Gaucher	15	9 (5,5%)	6 (3,7%)	0,7	0,02 – 19,1	0,8
Antécédents médicaux						0,8
HTA	220	111 (68,1%)	109 (66,9%)	1	0,59 – 1,50	0,8
Diabète type 2	37	19 (11,7%)	18 (11,0%)	0,9	0,47 – 1,87	0,9
AVC	24	8 (4,9%)	16 (9,8%)	2,1	0,90 – 5,34	0,1
Autres	57	25 (15,3%)	32 (19,6%)	1,4	0,76 – 2,41	0,3
Aucun	67	35 (21,5%)	32 (19,6%)	0,9	0,52 – 1,53	0,7
Délai de réalisation d'une imagerie cérébrale						0,3
<4h 30	1	0 (0,0%)	1 (0,6%)	1	—	
<6h 30	7	5 (3,1%)	2 (1,2%)	0		>0,9
>24h	318	158 (96,9%)	160 (98,2%)	0		>0,9
Type d'AVC						0,2
Hémorragie méningée	11	3 (1,8%)	8 (4,9%)	1	—	
Ischémique	165	87 (53,4%)	78 (47,9%)	0,3	0,07 – 1,21	0,12
Hémorragique	149	73 (44,8%)	76 (46,6%)	0,4	0,08 – 1,41	0,2
Thrombose veineuse cérébrale	1	0 (0,0%)	1 (0,6%)	292	0,00 – 0	>0,9

Tableau VII: Lien entre la réinsertion socioprofessionnelle et les caractéristiques cliniques. n=326 ; 2023 (suite 1)

		Réinsertion socioprofessionnelle		Analyse univariée		
	Total	Non, n = 163	Oui, n = 163	ORb	$IC_{[95\%]}$	p
Localisation des lésions						0,091
Fosse postérieure	15	3 (1,8%)	12 (7,4%)	1	—	
Hémisphère gauche	183	97 (59,5%)	86 (52,8%)	0,2	0,05 – 0,73	0,023
Hémisphère droit	126	62 (38,0%)	64 (39,3%)	0,3	0,06 – 0,86	0,043
Bi-hémisphérique	2	1 (0,6%)	1 (0,6%)	0,3	0,01 – 7,56	0,4
Rééducation post AVC						**0,039**
Non	56	21 (12,9%)	35 (21,5%)	1	—	
Oui	270	142 (87,1%)	128 (78,5%)	0,5	0,30 – 0,97	0,042
Rééducation précoce						0,5
Non	6	4 (2,8%)	2 (1,6%)	1	—	
Oui	264	138 (97,2%)	126 (98,4%)	1,8	0,35 – 13,3	0,5
Durée de la Rééducation						0,11
<6 mois	194	94 (66,2%)	100 (78,1%)	1	—	
6 mois-1an	47	32 (22,5%)	15 (11,7%)	0,4	0,22 – 0,85	0,017
1-2 ans	20	11 (7,7%)	9 (7,0%)	0,8	0,30 – 1,94	0,6
> 2 ans	9	5 (3,5%)	4 (3,1%)	0,8	0,18 – 2,92	0,7

Tableau VII: Lien entre la réinsertion socioprofessionnelle et les caractéristiques cliniques. n=326 ; 2023 (suite 2)

		Réinsertion socioprofessionnelle		Analyse univariée		
	Total	Non, n = 163	Oui, n= 163	ORb	IC[95%]	p
Gravité des lésions au moment de l'AVC selon le score NIHSS initial						**<0,001**
AVC grave	1	1 (0,6%)	0 (0,0%)	1	—	
AVC sévère	23	16 (9,8%)	7 (4,3%)	1	—	
AVC mineur	**155**	**44 (27,0%)**	**111 (68,1%)**	**6,1**	**2,46 – 16,8**	**<0,001**
AVC modéré	147	102 (62,6%)	45 (27,6%)	1,1	0,43 – 2,93	0,9
Degré de handicap au moment de l'AVC selon le score mRS						**<0,001**
Pas de handicap significatif	189	56 (34,4%)	133 (81,6%)	1	—	
Handicap léger	76	52 (31,9%)	24 (14,7%)	0,2	0,11 – 0,34	<0,001
Handicap modéré	43	39 (23,9%)	4 (2,5%)	0	0,01 – 0,11	<0,001
Handicap sévère	18	16 (9,8%)	2 (1,2%)	0,1	0,01 – 0,19	<0,001
Présence de troubles du langage						**<0,001**
Oui	80	64 (39,3%)	16 (9,8%)	1	—	
Non	246	99 (60,7%)	147 (90,2%)	5,9	3,32 – 11,2	<0,001
Présence de troubles visuels						**0,002**
Non	294	139 (85,3%)	155 (95,1%)	1	—	
Oui	**32**	**24 (14,7%)**	**8 (4,9%)**	**0,3**	**0,12 – 0,66**	**0,004**

<u>Tableau VII</u>: Lien entre la réinsertion socioprofessionnelle et les caractéristiques cliniques. n=326 ; 2023 (suite 3)

		Réinsertion socioprofessionnelle		Analyse univariée		
	Total	Non, n = 163	Oui, n= 163	ORb	IC[95%]	p
Présence de troubles sphinctériens						>0l9
Non	316	153 (93,9%)	163 (100,0%)	1	—	
Oui	10	10 (6,1%)	0 (0,0%)	0		>0,9
Présence de troubles moteurs selon le score RMI						**<0,001**
Aucun	56	11 (6,7%)	45 (27,6%)	1	—	
[11-14]	166	61 (37,4%)	105 (64,4%)	0,4	0,19 – 0,85	0,02
[5-10]	76	66 (40,5%)	10 (6,1%)	0	0,01 – 0,09	<0,001
[1-4]	28	25 (15,3%)	3 (1,8%)	0	0,01 – 0,10	<0,001
Présence de troubles cognitifs selon le score MMSE						**<0,001**
Non	257	116 (71,2%)	141 (86,5%)	1	—	
Oui	**69**	**47 (28,8%)**	**22 (13,5%)**	**0,4**	**0,22 – 0,67**	**<0,001**
Durée d'hospitalisation						**0,003**
< 1 mois	310	149 (91,4%)	161 (98,8%)	1	—	
>3 mois	3	2 (1,2%)	1 (0,6%)	0,5	0,02 – 4,88	0,5
1-3 mois	13	12 (7,4%)	1 (0,6%)	0,1	0,00 – 0,40	0,014

<u>Tableau VII</u>: Lien entre la réinsertion socioprofessionnelle et les caractéristiques cliniques. n=326 ; 2023 (suite 4)

		Réinsertion socioprofessionnelle		Analyse univariée		
	Total	Non, n = 163	Oui, n= 163	ORb	$IC_{[95\%]}$	p
Degré de dépendance pour les activités de la vie quotidienne (index de BARTHEL)						**<0,001**
Dépendance majeure	47	44 (27,0%)	3 (1,8%)	1	—	
Dépendance mineure	**112**	**79 (48,5%)**	**33 (20,2%)**	**6,1**	**2,04 – 26,5**	**0,004**
Dépendance totale	9	9 (5,5%)	0 (0,0%)	-	-	>0,9
Indépendance complète	**158**	**31 (19,0%)**	**127 (77,9%)**	**60**	**20,3 – 259**	**<0,001**
Nature des relations familiales après l'AVC						**<0,001**
Bonne	260	124 (76,1%)	136 (83,4%)	1	—	
Excellente	29	10 (6,1%)	19 (11,7%)	1,7	0,79 – 4,01	0,2
Mauvaise	36	28 (17,2%)	8 (4,9%)	0,3	0,11 – 0,57	0,001
Très mauvaise	1	1 (0,6%)	0 (0,0%)	0		>0,9
Présence de troubles anxio-dépressif (échelle HAD)						**<0,001**
Absente	65	8 (4,9%)	57 (35,0%)	1	—	
Certaine	**86**	**70 (42,9%)**	**16 (9,8%)**	**0**	**0,01 – 0,08**	**<0,001**
Douteuse	**175**	**85 (52,1%)**	**90 (55,2%)**	**0,2**	**0,06 – 0,31**	**<0,001**

<u>Tableau VII</u>: Lien entre la réinsertion socioprofessionnelle et les caractéristiques cliniques. n=326 ; 2023 (suite 5 et fin)

		Réinsertion socioprofessionnelle		Analyse univariée		
	Total	Non, n = 163	Oui, n= 163	ORb	$IC_{[95\%]}$	p
Présence de signes de fatigue (score FAS)						**0,024**
Non	14	3 (1,8%)	11 (6,7%)	1	—	
Oui	**312**	**160 (98,2%)**	**152 (93,3%)**	**0,3**	**0,06 – 0,85**	**0,041**

[1]OR = rapport de cotes, IC = intervalle de confiance

❖ Analyse multivariée

Après analyse multivariée, les facteurs les plus associés à la réinsertion socioprofessionnelle sont : la gravité des lésions au moment de l'AVC selon le NIHSS, la présence de troubles visuels, la présence de troubles cognitifs selon le score MMSE et le degré de dépendance selon l'index de BARTHEL. Tableau VIII

Tableau VIII: Facteurs les plus associés à la réinsertion socioprofessionnelle après analyse multivariée. n=326 ; 2023.

		Réinsertion socioprofessionnelle		**Analyse multivariée**		
	Total	Non, n = 163	Oui, n = 163	ORa	$IC_{[95\%]}$	p-valeur
Gravité des lésions au moment de l'AVC selon le score NIHSS initial						**0,002**
AVC grave	1	1 (0,6%)	0 (0,0%)	1	—	
AVC sévère	23	16 (9,8%)	7 (4,3%)	1	—	
AVC mineur	**155**	**44 (27,0%)**	**111 (68,1%)**	**18,3**	**3,09 – 113**	
AVC modéré	**147**	**102 (62,6%)**	**45 (27,6%)**	**4,74**	**0,96 – 24,0**	
Présence de troubles visuels						**0,002**
Non	294	139 (85,3%)	155 (95,1%)	1	—	
Oui	**32**	**24 (14,7%)**	**8 (4,9%)**	**0,28**	**0,10 – 0,58**	
Présence de troubles cognitifs selon le score MMSE						**0,005**
Non	257	116 (71,2%)	141 (86,5%)	1	—	
Oui	**69**	**47 (28,8%)**	**22 (13,5%)**	**0,26**	**0,11 – 0,67**	
Degré de dépendance (index de BARTHEL)						**0,003**
Dépendance majeure	47	44 (27,0%)	3 (1,8%)	—	—	
Dépendance mineure	**112**	**79 (48,5%)**	**33 (20,2%)**	**0,18**	**0,03 – 0,84**	
Dépendance totale	9	9 (5,5%)	0 (0,0%)	—	—	
Indépendance complète	**158**	**31 (19,0%)**	**127 (77,9%)**	**0,07**	**0,01 – 0,36**	

[1]OR = rapport de cotes, IC = intervalle de confiance

4. DISCUSSION

Notre discussion portera sur l'atteinte des objectifs, la validité de la méthode et la comparaison avec les résultats d'autres auteurs

- **Atteinte des objectifs et validité de la méthode**

Les objectifs de cette étude sur la réinsertion socioprofessionnelle post Accident Vasculaire Cérébral chez des patients suivis au Centre National Hospitalier et Universitaire-Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM) de Cotonou de 2018 à 2022 ont été atteints avec comme principaux résultats :

- une prévalence des AVC identifiée à 78,1% au CNHU-HKM au sein des hospitalisés pour affections neurologiques de 2018 à 2022
- un taux de réinsertion socioprofessionnelle de 50%
- des facteurs associés à la réinsertion socioprofessionnelle retrouvés tels que : l'âge, le niveau d'instruction, l'emploi exercé, la gravité de l'AVC, la durée d'hospitalisation, la rééducation post AVC, les troubles déficitaires, les troubles anxieux, dépressifs, le handicap et la dépendance pour les activités journalières.

La méthode d'étude a été transversale descriptive et analytique avec une collecte rétrospective des données et cadrait avec l'étude réalisée.

- **Comparaison avec les résultats des autres auteurs**
  - **Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des enquêtés de notre échantillon**
    - **Age**

Au moment de notre collecte, nous avions identifié comme âge moyen de survenue de l'AVC 49,8 ans +/- 9,6ans avec des extrêmes de 19 et 75 ans. Cette moyenne avoisine celles identifiées par **Alagnide et al.** dans leur étude sur la reprise professionnelle après AVC à Cotonou en 2012 et de **Nouchet et al.** sur le même sujet toujours au Bénin en 2022 ; qui ont retrouvé des âges moyens de 49,4 ans et de 46,5 ans+/- 10,4 ans respectivement [44,45].

Manga et al. dans leur étude similaire à la nôtre sur les facteurs associés à la non reprise professionnelle après AVC au Cameroun ont retrouvé un âge moyen de 52,6 ans +/- 8,7 ans avec des âges extrêmes de 26 à 74 ans [41].

Ces taux concordent avec les données de la littérature en Afrique Subsaharienne où l'âge moyen de survenue des AVC est de 44,5 à 61 ans [5].

Nos résultats diffèrent de ceux de **Sagbohan et al.** qui dans une étude sur l'épidémiologie des AVC en milieu hospitalier au CNHU-HKM de Cotonou en 2010 ont retrouvé une moyenne d'âge de 57,8 ans +/-13,5 ans [3].

Ils diffèrent également de ceux de **Tanaka et al**. en 2013 au Japon, de **Chang et al.** en Corée en 2016 qui ont retrouvé respectivement malgré leur population de survivants d'AVC travailleurs un âge moyen de 55,3 ans +/- 7,2 ans et de 56,99 ans[53,54].

Nos résultats pourraient s'expliquer par le fait qu'il s'agisse d'une population de travailleurs et que l'âge de la retraite étant entre 55 et 60 ans au Bénin pour ceux qui n'exercent pas une activité libérale.

De plus, l'âge moyen de survenue des AVC reste plus élevé dans les pays développés [5]. Ceci soulève donc le véritable problème de prévention primaire des AVC qui se pose dans les pays en voie de développement.

- **Sexe**

Notre population d'étude avait une prédominance masculine de 61% avec un sex-ratio de 1,6. Ce résultat s'accorde avec plusieurs résultats de précédentes études.

Une prédominance masculine de 61,4% avec un sex ratio de 1,6 a également été retrouvé en 2012 selon une étude sur les charges des AVC à Cotonou [19]. **Adjien et al.** ont retrouvé un pourcentage similaire de 58% avec un sex ratio de 1,4 dans leur étude sur la morbimortalité des AVC au CNHU-HKM de Cotonou de même que **Doucet et al**. en France qui ont retrouvé un sex ratio de 1,6 dans leur étude sur la reprise du travail après AVC [10,55].

En effet, en Afrique Subsaharienne, la majorité des études sont en faveur d'une prépondérance masculine avec un ratio compris entre 1,3 et 1,5 ; des ratio même à 2 ont été décrits[5]. Cela permet de nous conforter dans les données de la littérature démontrant le sexe masculin comme étant facteur de risque non modifiable des AVC. Cette même remarque se fait observée dans les pays occidentaux à l'exemple du Japon où selon **Saeki et al.** dans leur étude sur les déterminants du retour au travail en 2017 une prédominance masculine de 81,24% a été retrouvée[56].

Par ailleurs, il s'agit des travailleurs, et de façon générale, les hommes exercent plus une activité professionnelle que les femmes.

Chez la femme, les œstrogènes auraient des effets positifs sur la circulation cérébrale ; un effet qui semble cesser à la ménopause[57] et aussi, en général ,les hommes sont plus exposés au tabagisme et à l'alcoolisme chronique que les femmes.

- **Niveau d'instruction**

Parmi nos enquêtés, il y avait plus de sujets instruits à 89,6 % dont 36,5 % qui avaient un niveau secondaire ; 31,3 % un niveau supérieur et 21,8 % un niveau primaire. Ces résultats sont comparables à ceux de **Nouchet et al**. au Bénin, **Manga et al**. au Cameroun, **Mikponhoue et al**. au Gabon qui ont également retrouvé dans leurs études portant sur la reprise professionnelle post AVC, des proportions plus élevées de sujets instruits dans leurs échantillons avec des pourcentages variant entre 28,1 % et 62 % [45,41,42].

Nos résultats pourraient se justifier malgré la forte proportion d'analphabètes au Bénin (67,4%)[58] par le fait que les personnes instruites soient plus à même de s'orienter vers des services de soins modernes que les non scolarisés.

En effet, il a été démontré la place de l'alphabétisation de la population comme étant un facteur favorisant le recours aux soins dans des services de santé par la population. Les non instruits seraient moins renseignés sur les pathologies.

- **Emploi exercé et secteur d'activité**

Parmi les travailleurs rémunérés que constituent notre échantillon, le secteur libéral était le plus représenté à plus de la moitié soit 56,4 %, suivi du secteur public à 28,8 % et du secteur privé à 14,7 %.

Nouchet et al. au Bénin ont rapporté ce même ordre de taux de prévalence avec des pourcentages différents : 39,2 % pour le secteur libéral ; 24,4 % de travailleurs publics contre 21,48 % travailleurs privés ; de même que **Saeki et al.** au Japon en 2009 et **Boubayi et al.** au Congo en 2020 [43,45,56].

Par contre, **Mikponhoue et al**. au Gabon en 2018 ont rapporté une proportion plus élevée de travailleurs du secteur public à 54 % contre 30 % de travailleurs du secteur privé et 16 % de travailleurs du secteur libéral [42].

Cette variabilité pourrait s'expliquer par le fait que le Bénin soit un pays où les principales activités économiques sont l'agriculture, l'artisanat et le commerce informel [59].

La prévalence plus importante des AVC au sein des travailleurs indépendants et manuels s'expliquerait par le fait qu'ils présenteraient moins d'accès aux moyens de prévention tels que les séances d'Information-Education et Communication (IEC) qu'offrent certaines entreprises aux travers des médecins d'entreprise permettant aux travailleurs administratifs d'être plus informés sur les maladies en général et sur l'AVC en particulier ; mais cela reste mitigé.

Les moyens de prévention des AVC dans nos pays devraient donc s'accentuer également sur cette couche de population.

- **Prévalence de l'AVC au sein de notre échantillon**

Parmi les sujets hospitalisés pour affections neurologiques telles que l'épilepsie, la maladie de Parkinson, la sclérose en plaque, les méningites, les tumeurs cérébrales etc.., les victimes d'AVC représentaient 78,1% de l'effectif total. Nos résultats corroborent les données selon lesquelles les AVC constituent les affections neurologiques les plus fréquentes au CNHU-HKM et dans d'autres

pays africains comme le Nigeria [3,60]. Selon les études antérieures effectuées aussi à la CUN, ces taux étaient respectivement de 48,7% en 2009 et de 60,7% en 2013 [3,55].

L'augmentation de la fréquence observée dans notre étude serait due à la hausse des cas d'AVC durant ces dernières années liée au mauvais contrôle des facteurs de risque. Le type d'AVC le plus fréquent était l'AVC ischémique (50,6%) localisé à l'hémisphère gauche (56,1%) mais la proportion de l'AVC hémorragique était aussi importante (45,7%).

Ces résultats concordent avec ceux des données de la littérature qui décrivent une proportion plus importante des AVC ischémiques mais pas avec la même fréquence décrite comme nous pouvons le remarquer dans les études occidentales.

Nos résultats se rapprochent de ceux de **Manga et al.** au Cameroun qui ont retrouvé une proportion de 46,7% d'AVC hémorragique contre 51,4% d'AVC ischémique au sein de leur population de travailleurs [41].

Dans une étude au Congo sur le même sujet, il a été décrit une proportion plus élevée des AVC hémorragiques à 51,7% [43].

De façon générale dans le monde, les AVC hémorragiques représentent à peu près 20% et les AVC ischémiques 80% mais en Afrique, cette relative fréquence des AVC hémorragiques serait en rapport avec le mauvais contrôle de l'hypertension artérielle chez le noir africain [3].

- **Réinsertion socioprofessionnelle post AVC au sein de notre échantillon**

Dans notre étude, la moitié (50%) des enquêtés ont pu reprendre une activité professionnelle après l'AVC.

Nos résultats corroborent les données internationales.

En effet, une revue de littérature sur des résultats de 78 articles représentant 8810 patients en âge de travailler, évalués jusqu'à 27 ans après l'AVC a conclu une

proportion de retour au travail variant de 0% à 100% avec un taux moyen retenu par les auteurs de 44% [39].

Cette grande variation des taux de retour au travail peut être expliquée par les différences de conception des études, les cadres de réalisation des études y compris les variations dans les critères d'inclusion, les catégories d'âge utilisées, la durée de suivi, et la définition du travail.

Au Bénin, les études identifiées sur la réinsertion professionnelle post AVC ont relevé un taux similaire de 53,5 % rapporté par **Alagnide et al**. en 2012 dans une étude portée sur 114 sujets, victimes d'un accident vasculaire cérébral au moins 6 mois avant la période d'étude à la CUMPR du CNHU-HKM [44].

Par contre, celle rapportée par **Nouchet et al**. en 2022 effectuée dans 05 centres de rééducation et ayant inclus de façon transversale 125 personnes a identifié des chiffres de reprise au travail plus élevés de 77,04 % [45].

Cette différence de résultat pourrait s'expliquer par le fait que contrairement à notre étude, cette dernière n'a inclus que des patients hémiplégiques sans troubles de la compréhension ni troubles de mémoire suite à l'AVC.

Dans d'autres pays, nos résultats s'apparentent à ceux de **Saeki et al.** au Japon en 2010 (une étude ayant exclus comme la nôtre les femmes au foyer, les étudiants); **Manga et al.** au Cameroun en 2015 ; **Bonner et al.** en Inde en 2016 ; **Glozier et al**. en Nouvelle Zélande en 2003 qui ont rapporté des taux de reprise variant entre 41% et 55% [41,56,61,62].

Nos résultats diffèrent de ceux de **Chang et al.** en Corée en 2016 ; **Doucet et al.** en France en 2012 ; **Boubayi et al.** au Congo en 2020 ; **Mikponhoue et al.** au Gabon en 2018 qui ont rapporté des taux de reprise respectivement de 60% ; 32,1% ;17,85% ; 36% [54,10,43,42].

La majorité des 123 enquêtés qui avaient pu reprendre leurs activités socioprofessionnelles l'avait fait dans un délai de moins de 1an dans 73% des cas avec un délai moyen de 7,29 mois +/-7 mois. 22,7% des enquêtés avaient repris entre 1 et 2 ans puis 4,3 % après 2ans.

Nos données sont proches de celle de **Neau et al.** en France qui ont identifié un délai moyen de huit mois [63].

En effet, dans la littérature internationale, ce délai est le plus souvent est entre trois et six mois mais peut être très variable en fonction des critères d'inclusion [64].

Nos résultats diffèrent de ceux de **Vestling et al.** en Suède ainsi que de **Doucet et al.** en France et **Boubayi et al**. au Congo qui ont identifié respectivement des délais de 11,9 mois ; 19,2 mois et de 2,44 mois [6,10,43].

La majorité de nos enquêtés 140 (85,9%) avaient repris leur fonction antérieure dont 109 personnes (66,9%) sans l'autorisation d'un médecin.16 personnes (11,4%) avaient bénéficié d'un changement de poste et 23 personnes (14,1%) avaient changé d'activité professionnelle.

La quasi-totalité (89,6 %) trouvait la profession actuelle adapté à leur profil.

Nos résultats sont semblables à ceux de **Mikponhoue et al**. au Gabon qui ont rapporté que 83,3% avaient repris le même poste et 11,1% avait bénéficié de changement de poste [42].

Par contre, des chiffres de réaménagement de poste plus importants ont été retrouvés dans les résultats de **Doucet et al.** et de **Vestling et al**. avec respectivement 50% et 20%.

Nos résultats liés à la faible proportion de ménagement de poste pourraient être dûs au fait que les processus de réinsertion socioprofessionnelle ne soient pas bien développés dans les pays en voie de développement contrairement aux pays développés.

- **Facteurs associés à la réinsertion socioprofessionnelle**

Après l'analyse bivariée et la régression logistique univariée, il ressort que les facteurs suivants sont associés à la réinsertion socioprofessionnelle :

- **Facteurs socio-professionnels**

-L'âge au moment de l'AVC était significativement lié à la réinsertion socio-professionnelle. Il était plus bas chez les individus réinsérés professionnellement (médiane de 48 ans, IQR 43-55) par rapport à ceux non réinsérés (médiane de 52 ans, IQR 44-58) (p = 0,004).

Nos résultats corroborent ceux de **Treger et al. ; Han et al.** ; **Tanaka et al**. qui ont identifié l'âge positivement lié au retour au travail [64,65,53].

Cependant certaines études n'ont pas identifié de relation significative entre le retour au travail et l'âge au moment de l'AVC.

C'est le cas des études de **Nouchet et al.** ; **Boubayi et al.** ; **Doucet et al.** et **Mikponhoue et al.** [38, 37,10,51].

Les données de la littérature sont très mitigées à ce sujet.

-Le niveau d'instruction des enquêtés dans notre échantillon était significativement lié à la réinsertion socioprofessionnelle (p<0,001).

Les sujets instruits occupaient 89,6 % de notre échantillon dont 36,5 % de ceux qui avaient un niveau secondaire.

En général, les plus instruits occupent les postes de travail les plus élevés dans les administrations, ils exprimeraient mieux leurs demandes de soins et de réhabilitation ultérieure.

Cependant **Doucet et al.** ; **Mikponhoue et al.** ; ni **Boubayi et al.** et d'autres auteurs n'ont pas identifié de différence significative [10,66,43].

Ceci pourrait être dû à leurs échantillons peu élevés respectivement de 56 ; 50 et 56 personnes.

-En ce qui concerne l'emploi exercé, les personnes réinsérées étaient significativement plus fréquemment des employés administratifs « col blanc » (58,3%) que celles non réinsérées (39,3%) (p = 0,002).

Doucet et al. ont identifié un taux de reprise du travail plus élevé chez les « cols blancs » (45,5 %) que chez les « cols bleus » (23,5 %) [10].

Ce même constat a été fait par **Vestling et al.** ; **Saeki et al.** ; **Tanaka et al. ;Treger et al.** [6,56,53,64]**.**

Par contre **Manga et al.** ont rapporté une reprise plus élevée chez les travailleurs manuels et une significativité avec l'ancienneté professionnelle[41]et **Mikponhoue et al.** n'ont pas identifié de différence significative [66].

Nos résultats pourraient s'expliquer par le fait que les « col blanc » seraient plus rigoureusement suivis administrativement en termes de délai arrêt maladie à respecter contrairement aux travailleurs indépendants qui sont le plus souvent laissés à leur propre compte.

- **Facteurs cliniques**

La gravité des lésions au moment de l'AVC, évaluée par le score NIHSS initial, était significativement associée à la réinsertion socio-professionnelle. Les individus ayant subi un AVC mineur étaient plus fréquemment réinsérés professionnellement (68,1%) par rapport à ceux ayant subi un AVC modéré (27,6%) ou sévère (4,3%) ($p < 0,001$).

La quasi-totalité des études corroborent avec la majorité des données dont celles de **Westerling et al. , Doucet et al. ,Saeki et al.** [68,10,56].

Cela s'explique aisément par les nombreuses incapacités liées à la gravité de l'AVC. L'impact est donc évident sur la réinsertion socioprofessionnelle.

-La durée d'hospitalisation a montré une association significative avec la réinsertion socio-professionnelle ($p = 0,002$). Les individus réinsérés étaient plus fréquemment hospitalisés pendant moins d'un mois (98,8%) par rapport à ceux non réinsérés (91,4%).

Manga et al. au Cameroun de même ont relevé une significativité avec la reprise du travail[41].

Les longues durées d'hospitalisation sont en général liées à la gravité de l'AVC et la survenue de complications. Ainsi la récupération neurologique pourrait être plus lente et impacter sur le retour au travail.

-La rééducation post AVC était associée (p=0,039) à la réinsertion socioprofessionnelle. Nos résultats concordent avec ceux de **Glozier et al.** qui ont retrouvé une association entre la rééducation post-AVC et la reprise professionnelle. En effet, il a été démontré que les taux d'emploi suite à des programmes de rééducation et réadaptation professionnelle varie entre 12% et 49% [62]. L'importance de la rééducation dans le processus de la récupération fonctionnelle n'est plus à démontrer.

-La présence de troubles langagiers, visuels, sphinctériens et moteurs était significativement associée à la réinsertion socioprofessionnelle. Les individus sans troubles du langage étaient significativement plus réinsérés professionnellement (90,2%) par rapport à ceux souffrant de troubles du langage (9,8%) ($p < 0,001$). De même, ceux sans troubles visuels (95,1%) ou sphinctériens (100,0%) ou étaient significativement plus réinsérés par rapport à ceux présentant des troubles visuels (4,9%) ou sphinctériens (0,0%) ($p < 0,001$ pour tous les cas). Ceux qui n'avaient pas des troubles moteurs ou chez qui ils sont légers étaient significativement plus réinsérés (27,6% et 64,6%) ($p<0,001$) par rapport à ceux chez qui ces troubles moteurs s'avéraient être modérés ou sévères (6,1% et 1,8%).

-La présence de troubles cognitifs évalués par le score MMSE était également significativement associée à la réinsertion socioprofessionnelle. Les enquêtés sans troubles cognitifs étaient plus réinsérés professionnellement (86,5%) par rapport à ceux présentant des troubles cognitifs (13,5%) ($p < 0,001$).
Plusieurs études concordent avec nos résultats.
Manga et al. ; Mikponhoue et al. ; Tanaka et al. ont identifié une significativité entre les troubles déficitaires et la reprise professionnelle [41,66,53].
Doucet et al. ainsi que **Boubayi et al.** quant à eux n'ont pas identifié de significativité avec les troubles moteurs déficitaires dans leurs études [10,43].
L'association entre la présence de troubles cognitifs a été convenue par plusieurs

auteurs et constituerait un facteur prédictif positif selon certaines études [69,10]. Nos résultats se comprennent aisément du fait de la principale raison de non reprise émise par nos enquêtés qui était la présence de séquelles invalidantes.
En effet, ces troubles déficitaires limiteraient non seulement le déplacement vers les lieux de travail mais aussi le rendement professionnel.

-La présence de troubles anxieux ainsi que dépressifs étaient significativement reliées à la réinsertion socioprofessionnelle ($p<0,001$).
La dépression et l'anxiété ont une forte influence sur la santé mentale et ont également été associées négativement aux chances de retourner au travail plus spécifiquement l'importance du retour au travail sur le bien-être subjectif et la vie de satisfaction.

-La présence de signes de fatigue était significativement associée à la réinsertion socio-professionnelle ($p = 0,029$). La fatigue affecte le fonctionnement physique, psychosocial, et cognitif. Elle entraine un retentissement sur la participation à la rééducation et limite les capacités de récupération.

-Le degré de handicap au moment de l'étude évalué par le score mRS, était fortement associé à la réinsertion socio-professionnelle ainsi que le degré de dépendance pour les activités quotidiennes selon l'index de Barthel.
Plusieurs études ont montré que la déficience dans les activités de la vie quotidienne était un déterminant important du retour au travail chez les patients victimes d'un AVC [70].
Des études similaires ont retrouvé des résultats allant dans le même sens [67,41,56,71].
En effet, plus le sujet est dépendant dans les activités de la vie quotidienne, plus une réinsertion socioprofessionnelle lui serait aisé.

CONCLUSION ET SUGGESTIONS

Conclusion

De notre étude sur la réinsertion socioprofessionnelle post AVC chez des patients suivis au CNHU-HKM de 2018 à 2022, il ressort que :

-la prévalence des AVC est de 78,1 % au sein des hospitalisés pour affections neurologiques

-le taux de reprise professionnelle est de 50 % avec un délai moyen de 7,29mois +/-7 mois.

- Les principaux facteurs associés à la réinsertion socioprofessionnelle relevés dans notre étude s'identifient comme :

- Facteurs socio-professionnels : l'âge, le niveau d'instruction, l'emploi exercé
- Facteurs cliniques : la gravité de l'AVC, la durée d'hospitalisation, la rééducation post-AVC, les troubles déficitaires, les troubles anxieux, dépressifs, le handicap et la dépendance pour les activités journalières.

Suggestions

- **A l'endroit des autorités politico-administratives :**

-Mettre en place des politiques de réhabilitation professionnelle après l'AVC afin de permettre dans la mesure du possible le retour à l'emploi

-Promouvoir l'établissement des services de santé en travail dans tous les secteurs d'activité y compris le secteur libéral

- **A l'endroit des chefs d'entreprise:**

- Recruter des médecins de travail qui institueront des programmes de dépistage des facteurs de risque des AVC et affecteront les travailleurs victimes d'AVC aux postes adéquats

-Faciliter les aménagements de poste en cas de nécessité

- **A l'endroit du personnel soignant:**

-Sensibiliser la population en l'occurrence les travailleurs sur les facteurs de risque des AVC

-Etablir une coopération étroite entre les services de prise en charge des AVC, les services de santé mentale et les services de santé au travail

- **A l'endroit de la population :**

-Recourir précocement aux services de soins modernes et respecter les suivis médicaux

-Apporter le soutien nécessaire aux proches ayant été victimes d'AVC

REFERENCES

1. Feigin VL, Forouzanfar MH, Krishnamurthi R, Mensah GA, Connor M,Bennett DA, et al. Global and regional burden of stroke during 1990-2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet Lond Engl. 18 janv 2014;383(9913):245‑54.
2. Avode D.G., Attolou V., Avimadjè M., Houngbe F., Djrolo F., Bigot A., N'Djolec C., Zohoun Th., Hountondji A., Dumas M. Statut sérologique retroviral (HTLV et VIH) des malades neurologiques hospitalisés dans le service de Médecine interne du CNHU de Cotonou. Le Bénin Médical 1998 ; 7 : 64 – 69.
3. Sagbohan N. Accident vasculaire cérébral en milieu hospitalier : fréquence, facteurs de risque et statut fonctionnel. Thèse. Med n°1489. Cotonou: UAC; 2010.78p.
4. Sarah L. Ergothérapie et réinsertion professionnelle des adultes post-AVC : Démarche précoce d'insertion, temps d'expérimentation et collaboration pluridisciplinaire,Rennes .Med trop .2021.6
5. Sagui E. Les accidents vasculaires cérébraux en Afrique subsaharienne. Med Trop Madr. 1 janv 2007;67(6):596-600.
6. Vestling M, Tufvesson B, Iwarsson S. Indicators for return to work after stroke and the importance of work for subjective well-being and life satisfaction. J Rehabil Med. mai 2003;35(3):127‑ 31.
7. Adamson J, Beswick A, Ebrahim S. Is stroke the most common cause of disability? J Stroke Cerebrovasc Dis Off J Natl Stroke Assoc. 2004;13(4):171‑ 7.
8. Johnston SC, Mendis S, Mathers CD. Global variation in stroke burden and mortality: estimates from monitoring, surveillance, and modelling. Lancet Neurol. avr 2009;8(4):345‑ 54.

9. Biennier L. L'aspect motivationnel du patient AVC dans son projet de réinsertionprofessionnelle.mémoire.Auvergne:Université CLERMONT;2021.73p.
10. Doucet T, Muller F, Verdun-Esquer C, Debelleix X, Brochard P. Returning to work after a stroke: a retrospective study at the Physical and Rehabilitation Medicine Center La Tour de Gassies. Ann Phys Rehabil Med. mars 2012;55(2):112‑27.
11. Béjot Y, Touzé E, Jacquin A, Giroud M, Mas JL. Épidémiologie des accidents vasculaires cérébraux. médecine/sciences. août 2009;25(8‑9):727‑32.
12. Commission pour les Droits et l'autonomie des personnes handicapées(CDAPH). Loi n°2005-102 du 11 Février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
13. Code du travail.Loi n°98-004 du 27 Janvier 1998 sur les dispositions générales.
14. Chouilly J. Retour au raisonnement clinique ou apprivoiser l'incertitude diagnostique.GMSanté édition.2019: p 106-111.
15. Strong K, Mathers C, Bonita R. Preventing stroke: saving lives around the world. Lancet Neurol. févr 2007;6(2):182‑7.
16. TTA Adoukonou. Épidémiologie et pronostic des accidents vasculaires cérébraux à Parakou au Bénin. Médecine humaine et pathologie. Université de Limoges; Université d'Abomey-Calavi (Bénin), 2021. Français. ⟨NNT : 2021LIMO0056⟩. ⟨tel-03553252⟩
17. maladienontransmissiblesud.pdf [Internet]. [cité 23 févr 2023]. Disponible sur: http://medecinetropicale.free.fr/cours/maladienontransmissiblesud.pdf

18. AZE O. Performance de marche des patients hémiplégiques après AVC: Déterminants, Réentrainement et neuromodulation.Lyon: Université Jean Monnet; 2019.202p.
19. MJ Cossi. Charge des Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) à Cotonou (Bénin) : études originales sur l'épidémiologie, les connaissances, les expériences de la maladie et l'itinéraire thérapeutique des survivants d'AVC. Sciences du Vivant [q-bio]. Ecole Doctorale n°523 Gay Lussac "Sciences pour l'Environnement", 2012. Français. ⟨NNT : 2012LIMO310A⟩. ⟨tel-01288136⟩
20. Avode G, Djrolo F., Houngbe F., Attolou V., Avimadje M., Addra B., et al. Décès par affection neurologique au CNHU de Cotonou au Bénin. Médecine d'Afrique Noire 1998 ; 45 (3) : 196-198.
21. Bezanson C.Les AVC.Revue francophone d'orthoptie 2016;9(2):63-67.
22. MUKARUGWIRO L. Accident vasculaire cérébral en Afrique subsaharienne: aspects épidémiologiques et particularités sanitaires dans le but d'améliorer sa prévention et sa bonne prise en charge.thèse.Normandie: Université de Rouen Normandie; 2021.71p.
23. RUSINARU M.Identification et prévalence des facteurs de risque de l'accident vasculaire cérébral en médecine générale.thèse.Nancy: Université Henri Poincaré;2010.100p.
24. Gombet T. Facteurs de risque des accidents vasculaires cérébraux ischémiques au Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville. 2007; 54(12):1-8.
25. Ikama S,Nsitou M,Loumouamou M.,Kaky G.,Nkoua J.L'observance médicamenteuse et ses facteurs dans un groupe d'hypertendus congolais.PAMJ 2013;15:1-9.

26. Inoue R, Ohkubo T, Kikuya M, Metoki H, Asayama K. Stroke risk in systolic and combined systolic and diastolic hypertension determined using ambulatory blood presure.AJH 2007;20:1125-1131.
27. Barbieux M, Véran O, Detante O. Accidents vasculaires cérébraux ischémiques du sujet jeune et toxiques.LRMI 2012;33:35-40.
28. Nedeltchev K. Ischemia stroke in young adults:predictors of outcome and recurrence.JNNP 2005;76:191-195.
29. Allaoui A, Echchilali K, Moudatir M, Elkhabir H. Etiologies des AVC chez les jeunes:apport de l'interniste.PAMJ 2018;30:1-5.
30. Adams H, Bendixen BH, Kappelle L, Biller J, Love B, Gordon D. et al.Classification of subtype of acute ischemic stroke.Stroke 1993;24:35-41.
31. Mejdoubi M, Calviere L, Dumas H. Intérêt de la TDM de perfusion dans le diagnostic d'un AVC ischémique sylvien à la phase précoce. J Radiol. mai 2010;91(5):555‑60.
32. Perry JJ, Yadav K, Syed S, Shamy M. Accident ischémique transitoire et AVC mineur: diagnostic, stratification du risque et prise en charge. Can Med Assoc J. 12 déc 2022;194(48):E1659‑64.
33. Sonhaye L.Tchaou M.,Adjenou K.,KoussemaL.,Ntimou B.,Ndakena K. Aspects scanographiques des AVC au CHU Campus de Lomé.J Rech.Sci.Univ.Lomé,2011,Série D,13(2):31-36.
34. Diagana M, Traoré H, Bassima A, Cabanac M, Preux P. Dumas M.Apport de la TDM dans le diagnostic des accidents vasculaires cérébraux,Mauritanie.Med trop 2002;62:145-149.
35. Grillo P, Velly L, Bruder N. Accident vasculaire cérébral hémorragique : nouveautés sur la prise en charge. Ann Fr Anesth Réanimation. août 2006;25(8):868‑73.

36. Calvet D, Bracard S, Mas JL. Traitement de l'ischémie cérébrale artérielle et veineuse. Recommandations formalisées d'experts : Prise en charge de l'AVC par le réanimateur. Rev Neurol (Paris). juin 2012;168(6‑7):512‑21.
37. Sztajzel R, Reichhart M, Michel P, Bogousslavsky J. Traitement de l'AVC en phase aiguë. Rev Médicale Suisse. 2005;1:1192-200
38. Lompo DL, Ouedraogo AM, Konate L, Napon C, Kabore BJ. Parcours de soins des patients hospitalises pour AVC et ses déterminants dans un hôpital de référence à Ouagadougou (Burkina Faso). 2018; 65(5):1-11.
39. Daniel K, Wolfe CDA, Busch MA, McKevitt C. What Are the Social Consequences of Stroke for Working-Aged Adults?: A Systematic Review. Stroke juin 2009 ;40:e431-e440.
40. Schnitzler A. Handicap dans les suites d'un accident vasculaire cérébral: étude de prévalence et impact des filières de soins. thèse.Yvelines: Université de Versailles Saint Quentin;2015.185p.
41. Manga LJO, Aka IN, Dissongo JI, Lompo S, Foguem SAT, Djientcheu VP. Etude des facteurs associés à la non-reprise du travail après accident vasculaire cérébral à Yaoundé, Cameroun.MAN. 2020; 67(6):328-38.
42. Mikponhoué R, Adjobimey M, Padonou G, Nzong J, Hinson A, Mama Cissé I et al.Retour au travail après un accident vasculaire cérébral au Gabon en 2018. CAMIP 2021 n°2 :1-14 .
43. BOUBAYI HD.Réinsertion professionnelle à 3 mois après accident vasculaire cérébral chez l'adulte jeune au Congo.2020; 20(1-2):20-30.
44. Alagnide HE, Niama Natta D, Houngbedji MG, Azanmasso H, Bamigboche M, Kpadonou GT. Resumption to work after cerebrovascular accident in Cotonou. Ann Phys Rehabil Med. sept 2015;58:e8.
45. Nouchet M.Retour au travail chez les survivants d'AVC au BENIN.mémoiren°324. Cotonou:Université d'Abomey-Calavi;2022.108p.
46. Groupe régional AVC.FICHE SCORE NIHSS_V1.0.Alpes;2014.

47. Urgences online.Score de Rankin modifié;2006.
48. Derouesné C. Le mini-mental state examination(MMSE):un outil pratique pour l'évaluation de l'état cognitif des patients par le clinicien.Presse méd.1999;28:1141-8.
49. Mahoney FI, Barthel DW. FUNCTIONAL EVALUATION: THE BARTHEL INDEX. Md State Med J. févr 1965;14:61‑5.
50. Collen F. The rivermead mobility index: a further development of the Rivermead motor assessment.Int Disabil Stud.1991;13:50-4.
51. Zigmond A. The hospital Anxiety and Depression scale.Acta Psychiatr.Scand.1983;67:361-70.
52. Johnston S, Mendis S, Collin D. Global variation in stroke burden and mortality,estimates from monitoring,surveillance and modeling.The lancet Neurology 2009;8(4):345-354.
53. Tanaka H, Toyonaga T, Hashimoto H. Functional and occupational characteristics predictive of a return to work within 18 months after stroke in Japan: implications for rehabilitation. Int Arch Occup Environ Health. mai 2014;87(4):445‑53.
54. Chang W, Sohn M, Lee J, Kim D, Lee S, Shin Y, et al. Return to work after stroke: The KOSCO Study. J Rehabil Med. 2016;48(3):273‑9.
55. Adjien C, Gnonlonfoun D, Avlessi I, Adoukonou T, Houinato D. Morbimortalité des AVC au CNHU-HKM de Cotonou.ScienceDirect.2016;172(1):A165-A166.
56. Saeki S, Toyonaga T. Determinants of early return to work after first stroke in Japan. J Rehabil Med. 2010;42(3):254‑8.
57. Appelros P, Stegmayr B, Terent A. Sex differences in stroke epidemiology.Epub.2009;40(4):1082-90.

58. Ministère de l'alphabétisation et de la promotion des langues nationales.Tendances recentes et situations actuelles de l'éducation et de la formation des adultes.Rapport national du Bénin,Avril 2008.
59. Ministère du développement, de l'analyse économique et de la prospective.Enquete modulaire intégrée sur les conditions de vie des ménages.Décembre 2012.
60. Talabi OA. A 3-year review of neurologic admissions in University College Hospital Ibadan,Nigeria.West AfrJ Med.2003;22(2):150-1.
61. Bonner B, Pillai R, Sarma PS, Lipska KJ, Pandian J, Sylaja PN. Factors predictive of return to work after stroke in patients with mild-moderate disability in India.Eur J Neurol.2026;23(3):548-53.
62. Glozier N, Hackett ML, Parag V, Anderson CS. The Influence of Psychiatric Morbidity on Return to Paid Work After Stroke in Younger Adults: The Auckland Regional Community Stroke (ARCOS) Study, 2002 to 2003. Stroke. mai 2008;39(5):1526‑32.
63. Neau JP, Ingrand P, Mouille-Brachet C, Rosier MP, Couderq C, Alvarez A, et al.Functional recorvery and social outcome after cerebral infarction in young adults. Cerebrovasc Dis.1998;8(5):296-302
64. Treger I, Shames J, Giaquinto S, Ring H. Return to work in stroke patients. Disabil Rehabil. 1 oct 2007;29:1397‑403.
65. Han J, Lee HI, Shin YI, Son JH, Kim SY, Kim DY, et al. Factors influencing return to work after stroke: the Korean Stroke Cohort for Functioning and Rehabilitation (KOSCO) Study. BMJ Open. juill 2019;9(7):e028673.
67. Kotila M, Waltimo O, Niemi ML, Laaksonen R, Lempinen M. The profile of recovery from stroke and factors influencing outcome. Stroke. nov 1984;15(6):1039‑44.

68. Westerlind E, Persson HC, Sunnerhagen KS. Return to Work after a Stroke in Working Age Persons; A Six-Year Follow Up. Widerström-Noga E, éditeur. PLOS ONE. 6 janv 2017;12(1):e0169759.
69. Trabucco-Miguel S. La "Theory of mind" dans l'accident vasculaire cérébral.Thèse.Grenoble:Université Joseph Fourier;2008.193p.
70. Gabriele W, Renate S. Work loss following stoke.Disabil Rehabil.2009;31(18):1487-93.
71. Endo M, Haruyama Y, Muto G, Yokoyama K, Kojimahara N, Yamaguchi N. Employment sustainability after return to work among Japanese stroke survivors. Int Arch Occup Environ Health. août 2018;91(6):717‑24.

ANNEXES

QUESTIONNAIRE D'ENQUETE

Date de l'enquête :……/……/2023

Code de patient :…….

Nom de l'enquêteur :……

N°	QUESTIONS	MODALITES DE REPONSES	CODE DE REPONSE
I-DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DU PATIENT			
1	Age	1-18-40ans 2-40-60ans 3->60ans	
2	Sexe	1-Masculin 2-Féminin	
3	Nationalité	1-Béninoise 2-Autre…	
4	Ethnie	1-Fon et apparentés 2-Adja et apparentés 3-Yoruba et apparentés 4-Autre	
5	Zone de résidence	1-Cotonou 2-Calavi 3-Autre	

6	Niveau d'instruction	1-Primaire 2-Secondaire 3-Supérieur 4-Non scolarisé	
7	Situation matrimoniale	1-Célibataire 2-Union libre 3-Marié monogame 4-Marié polygame 5-Divorcé(e) 6-Veuve/veuf	
8	Religion	1-Chrétien 2-Musulman 3-Endogène 4-Autre….	
9	Latéralité	1-Droitier 2-Gaucher 3-Ambidextre	
II-DONNEES PROFESSIONNELLES			
10	Emploi exercé	1-Emploi administratif 2-Entrepreneur/artisan 3-Commercant/Revendeur	
11	Ancienneté professionnelle	1-<1an 2-1an-5ans 3-5ans-10ans	

		4->10ans	
12	Secteur d'activité	1-Secteur public 2-Secteur privé 3-libéral	
13	Si réponse 12=1 préciser le type de contrat	1-Contrat à durée déterminée 2-Contrat à durée indéterminée	
III-DONNEES CLINIQUES			
14	Antécédents médicaux	1-HTA 2-Diabète 3-AVC 4-Autres	
15	Age au moment de l'AVC		
16	Date de survenue de l'AVC		
17	Délai de recours à une USINV	1-<4h30 2-<6h30 3-24-48h 3->48h	
18	Réalisation d'une imagerie cérébrale	1-Oui 2-Non	
19	Délai de réalisation d'une imagerie cérébrale	1-<4h30 2-<6h30 3->24h	
20	Type d'AVC	1-Ischémique 2-Hémorragique 3-Hémorragie cérébrale 4-Thrombose veineuse cérébrale	

21	Localisation des lésions	1-Hémisphère droit 2-Hémisphère gauche 3-Bi-hémisphérique 4-Fosse postérieure	
22	Gravité des lésions au moment de l'AVC (Score NIHSS) initial	1-AVC mineur 2-AVC modéré 3-AVC sévère 4-AVC grave	
23	Gravité des lésions au moment de l'AVC (Score NIHSS) post-AVC actuel	1-AVC mineur 2-AVC modéré 3-AVC sévère 4-AVC grave	
24	Degré de handicap au moment de l'AVC (Score mRS)	1-Pas de handicap significatif 2-Handicap léger 3-Handicap modéré 4-Handicap modérément sévère 5-Handicap sévère	
25	Présence de troubles cognitifs (Score MMSE)	1-Oui 2-Non	
26	Présence de troubles du langage	1-Aphasie de Broca 2-Aphasie de Wernicke 3-Dysathrie 4-Aucun	
27	Présence de troubles sphinctériens	1-Oui 2-Non	

28	Présence de troubles moteurs (Selon RMI)	1-[11-14] 2-[5-10] 3-[1-4] 4-Aucun	
29	Présence de troubles visuels	1-Oui 2-Non	
30	Durée d'hospitalisation	1-<1mois 2-1mois-3mois 3->3mois Préciser…	
31	Kinésithérapie post AVC	1-Oui 2-Non	
32	Durée de la kinésithérapie	1- <6mois 2- 6mois-1an 3- 1an-2ans 4->2ans Préciser…	
33	Degré de dépendance pour les activités de la vie quotidienne (Index de BARTHEL)	1-Dépendance totale 2-Dépendance majeure 3-Dépendance mineure 4-Indépendance complète	
IV-DONNEES LIEES A LA REINSERTION SOCIO-PROFESSIONNELLE			
34	Reprise des activités professionnelles.	1-Oui 2-Non	

	Si non, passer à Q40		
35	Si réponse 34=1, autorisation du médecin avant reprise	1-Oui 2- Non	
36	Si réponse 34=1, Délai de reprise professionnelle à partir de la date de survenue de l'AVC	1-<1an 2-1-2ans 3->2-5ans 4->5ans	
37	Si réponse 34=1, Reprise de la fonction antérieure	1-oui 2-non	
38	Le poste actuel correspond t'il à votre profil ?	1-Oui 2-Non	
39	Appréciation du poste actuel	1-Adéquat 2-Inadéquat	
40	Si réponse 34=2, raison de la non reprise des activités professionnelles	1-Séquelles invalidantes 2-Licenciement 3-Choix personnel 4-Retraite anticipée	
41	Délai de reprise professionnelle à partir de la date de survenue de l'AVC	1-<3mois 2-3mois-6mois 3-6mois-1an 4->1an Préciser…	

42	Nature de vos relations au travail après l'AVC	1-Excellente 2-Bonne 3-Mauvaise 4-Très mauvaise	
43	Présence de troubles anxieux (selon l'échelle HAD)	1-Absence de symptomatologie 2-symptomatologie douteuse 3-symptomatologie certaine	
44	Présence de troubles dépressifs (selon l'échelle HAD)	1-Absence de symptomatologie 2-symptomatologie douteuse 3-symptomatologie certaine	
45	Présence de signes de Fatigue (selon le score FAS)	1-Jamais 2-Parfois 3-Régulièrement 4-Souvent 5-Toujours	

-SCORES ET ECHELLES

- **Evaluation de la gravité de l'AVC par le score NIHSS**[46]

1a - Vigilance

0 - Vigilance normale, réactions vives.

1 - Trouble léger de la vigilance : obnubilation, éveil plus ou moins adapté aux stimulations environnantes.

2 - Coma ; réactions adaptées aux stimulations nociceptives.

3 - Coma grave : réponse séréotypée ou aucune réponse motrice.

1b - Orientation (mois, âge)

0 - Deux réponses exactes.

1 - Une seule bonne réponse.

2 - Pas de bonne réponse.

1c - Commandes (ouverture des yeux, ouverture du poing)

0 - Deux ordres effectués.

1 - Un seul ordre effectué.

2 - Aucun ordre effectué.

2 - Oculomotricité

0 - Oculomotricité normale.

1 - Ophtalmoplégie partielle ou déviation réductible du regard.

2 - Ophtalmoplégie horizontale complète ou déviation forcée du regard.

3 - Champ visuel

0 - Champ visuel normal.

1-Quadranopsie latérale homonyme ou hémianopsie incomplète ou négligence visuelle unilatérale.

2 - Hémianopsie latérale homonyme franche.

3 - Cécité bilatérale ou coma (1a = 3).

4 - Paralysie faciale

0 - Motricité faciale normale.

1 - Asymétrie faciale modérée (PF unilatérale incomplète).

2 - Paralysie faciale unilatérale centrale franche.

3 - Paralysie faciale périphérique ou diplégie faciale.

5d - Motricité membre supérieur droit

0 - Pas de déficit moteur proximal.

1 - Affaissement dans les 10 secondes, mais sans atteindre le plan du lit.

2 - Effort contre la pesanteur, mais chute dans les 10 sec sur le plan du lit.

3 - Pas d'effort contre la pesanteur mais présence d'une contraction musculaire.

4 - Absence de mouvement (aucune contraction volontaire).

9 - Cotation impossible (amputation, arthrodèse).

5g - Motricité membre supérieur gauche

0 - Pas de déficit moteur proximal.

1 - Affaissement dans les 10 secondes, mais sans atteindre le plan du lit.

2 - Effort contre la pesanteur, mais chute dans les 10 sec sur le plan du lit.

3 - Pas d'effort contre la pesanteur mais présence d'une contraction musculaire.

4 - Absence de mouvement (aucune contraction volontaire).

9 - Cotation impossible (amputation, arthrodèse).

6d - Motricité membre inférieur droit

0 - Pas de déficit moteur proximal.

1 - Affaissement dans les 5 secondes, mais sans atteindre le plan du lit.

2 - Effort contre la pesanteur, mais chute dans les 5 sec sur le plan du lit.

3 - Pas d'effort contre la pesanteur mais présence d'une contraction musculaire (flexion hanche, adduction..).

4 - Absence de mouvement (aucune contraction volontaire).

9 - Cotation impossible (amputation, arthrodèse).

6g - Motricité membre inférieur gauche

0 - Pas de déficit moteur proximal.

1 - Affaissement dans les 5 secondes, mais sans atteindre le plan du lit.

2 - Effort contre la pesanteur, mais chute dans les 5 sec sur le plan du lit.

3 - Pas d'effort contre la pesanteur mais présence d'une contraction musculaire (flexion hanche, adduction..).

4 - Absence de mouvement (aucune contraction volontaire).

9 - Cotation impossible (amputation, arthrodèse).

7 - Ataxie

0 - Pas d'ataxie.

1 - Ataxie pour un membre.

2 - Ataxie pour 2 membres ou plus.

8 - Sensibilité

0 - Sensibilité normale.

1 - Hypoesthésie minime a modérée.

2 - Hypoesthésie sévère ou anesthésie.

9 - Langage

0 - Pas d'apahasie.

1 - Aphasie discrète à modérée : communication informative.

2 - Aphasie sévère.

3 - Mutisme ; aphasie totale.

10 - Dysarthrie

0 - Pas de dysarthrie.

1 - Dysarthrie discrète à modérée.

2 - Dysarthrie sévère.

9 - Cotation impossible (patient intubé ou autre barrière physique, préciser la raison dans le dossier).

11 - Extinction, négligence

0 - Pas d'extinction ni négligence.

1 - Extinction dans une seule modalité, visuelle ou sensitive, ou négligence partielle auditive, spatiale ou personnelle.

2 - Négligence sèvère ou anosognosie ou extinction portant sur plus d'une modalité sensorielle.

<u>Interprétation:</u>

Score entre 1 et 4 : AVC mineur

Score entre 5 et 15 : AVC modéré

Score entre 15 et 20 : AVC sévère

Score >20 : AVC grave

- **Evaluation du degré de handicap par l'échelle de Rankin modifié** [47]

0 Aucun symptôme.

1 Pas de handicap significatif en dehors d'éventuels symptômes (capable d'assumer ses rôles, capable de mener ses activités).

2 Handicap léger (incapable de mener à bien toutes ses activités antérieures, capable de mener ses propres affaires sans assistance).

3 Handicap modéré (requiert certaines aides, capable de marcher sans assistance).

4 Handicap modérément sévère (incapable de marcher sans assistance, incapable de s'occuper de ses propres besoins sans assistance).

5 Handicap sévère (confiné au lit, incontinent et nécessitant une attention et des soins constants de nursing).

6 Décès.

- **Evaluation des troubles cognitifs par le Mini Mental Test**[48]

Orientation

Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? (si complet, cochez toutes les cases, sinon décomposez les questions)

1.En quelle année sommes-nous ?

2.En quelle saison ?

3.En quel mois ?

4.Quel jour du mois ?

5.Quel jour de la semaine ?

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous trouvons.

6.Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?

7.Dans quelle ville se trouve-t-il ?

8.Quel est le nom du dé[48]partement dans lequel est située cette ville ?

9.Dans quelle province ou région est située ce département ?

10.A quel étage sommes-nous ?

Apprentissage

Je vais vous dire trois mots ; je vous voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure. (trois versions de mots sont proposées, choisissez un seul des mots par ligne)

11.Cigare ; Citron ; Fauteuil

12.Fleur ; Clé ; Tulipe

13.Porte ; Ballon ; Canard

Répéter les 3 mots. (cochez maintenant une ligne par mot répété)

Attention et calcul

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?

14. 93

15. 86

16. 79

17. 72

18. 65

Si le patient est en difficulté, dites-lui : Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ? (un point par lettre)

Rappel

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ?

19.Cigare ; Citron ; Fauteuil

20.Fleur ; Clé ; Tulipe

21.Porte ; Ballon ; Canard

Langage

22.Quel est le nom de cet objet ? (montrer un crayon)

23.Quel est le nom de cet objet ? (montrer une montre)

24.Ecoutez bien et répétez après moi : « Pas de mais, ni de si, ni de et »

Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire : »

25.Prenez cette feuille de papier avec votre main droite,

26.Pliez-la en deux,

27.Et jetez-la par terre.

28.Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :

« Faites ce qui est écrit » (cocher si le sujet ferme les yeux).

29.Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :

« Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. » (cocher si réussi)

30 .Praxies constructives

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander, en lui montrant le dessin ci-après :

« Voulez-vous recopier ce dessin ? » (cocher si réussi)

Compter 1 point pour chaque bonne réponse. Un score rendu en fin de test inférieur ou égal à 24 points permet d'évoquer un état de conscience altéré et d'orienter vers le diagnostic de la démence.[50]

Rivermead Mobility Index (RMI)[50]

Répondre aux questions suivantes : 0 = non ; 1 = oui

1. Êtes-vous capable de vous tourner de la position couchée sur le dos vers la position sur le côté sans
aide ?
2. De la position couchée, êtes-vous capable de vous asseoir au bord du lit sans aide ?
3. Pouvez-vous rester assis sur le bord du lit sans vous tenir pendant 10 secondes ?
4. Pouvez-vous (en utilisant les mains ou une aide si nécessaire) vous lever d'une chaise en moins de
15 secondes et rester debout durant 15 secondes ?
5. Observer le patient debout pendant 10 secondes et sans aide.
6. Êtes-vous capable de vous déplacer du lit vers la chaise et de revenir sans aucune aide ?
7. Pouvez-vous marcher 10 mètres avec une aide si nécessaire mais sans aide supplémentaire ?
8. Êtes-vous capable de monter une série de marches, seul et sans aide ?
9. Marchez-vous autour de chez vous seul, sur le trottoir ?
10. Pouvez-vous marcher 10 mètres à l'intérieur de chez vous sans canne tripode, attelle ou aide et
aucune aide supplémentaire ?
11. Si vous laissez tomber quelque chose sur le sol, êtes-vous capable de marcher 5 mètres pour le
ramasser et revenir ?
12. Pouvez-vous marcher sur un sol instable (herbe, gravier, saleté, neige ou glace) sans aide ?

13. Pouvez-vous entrer et sortir d'une douche ou d'une baignoire sans supervision et vous laver seul ?

14. Êtes-vous capable de monter et descendre 4 marches sans rampe mais en utilisant une aide si

nécessaire ?

15. Pourriez-vous courir 10 mètres en 4 secondes sans boiter (une marche rapide est acceptable) ?

Nous avions subdivisé le score en 4 sous groupes :

-aucun trouble

-[11-14] traduisant des troubles légers

-[5-10] traduisant des troubles modérés

-[1-4] traduisant des troubles sévères

Index de Barthel[50]

Cet indice comporte 10 items (relatant, appareil par appareil les activités de la vie quotidienne), chacun étant coté de 0, 5, 10 ou 15 (pour seulement deux d'entre eux). Le score nal correspond à la somme des nombres obtenus par chaque item. 100 équivaut à un score d'indépendance complète. Coter 0 si l'activité est impossible.

Alimentation

10: indépendant. Capable de se servir des instruments nécessaires. Prend ses repas en un temps raisonnable.

5: a besoin d'aide par exemple pour couper.

0: dépendance.

Contrôle sphinctérien

10: continence.

5: fuites occasionnelles.

0: incontinence ou prise en charge personnelle si sonde vésicale à demeure.

Anorectal

10: continence. Capable de s'administrer un lavement ou un suppositoire.

5: accidents occasionnels. A besoin d'aide pour un lavement ou un suppositoire si nécessaire.

0: incontinence.

W.C.

10: indépendance.

5: intervention d'une tierce personne.

0: dépendance.

Soins personnels

5: possible sans aide

0: dépendance complète.

Bain

5: possible sans aide.

0: dépendance complète.

Habillage

10: indépendance (pour boutonner un bouton, fermer une fermeture éclaire, lacer ses lacets, mettre des brettelles). 5: a besoin d'aide, mais fait la moitié de la tâche en un temps correcte.

0: dépendance complète.

Transfert du lit au fauteuil

15: indépendant, y compris pour faire fonctionner un fauteuil roulant.

10: peut s'asseoir mais doit être installé.

5: capable de s'asseoir, mais nécessite une aide maximale pour le transfert.

0: incapacité totale.

Déplacement

15: marche avec soutient ou pas pour plus de 50 mètres

10: marche avec aide pour 50 mètres.

5: indépendant pour faire 50 mètres en fauteuil roulant.

0: dépendance complète.

Escalier

10: indépendant, peut se servir de cannes.

5: a besoin d'aide ou de surveillance.

0: incapacité totale.

L'index doit être utilisé en rapportant ce que le patient fait et non pas ce qu'il doit faire. Le but principal est de révéler le niveau d'indépendance en dehors de toute aide, physique ou verbale, même mineur pour quelque raison que ce soit. L'utilité de porter une surveillance quelconque rend le patient dépendant. La performance d'un patient doit être notée avec la plus grande clarté accessible à tous.

Echelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale)[51]

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus 3

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver
- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses
- Autant que par le passé 0
- Plus autant qu'avant 1
- Vraiment moins qu'avant 2
- Plus du tout 3

5. Je me fais du souci
- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

6. Je suis de bonne humeur
- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
1 - J'y prête autant d'attention que par le passé 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision

- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

Scores

Additionnez les points des réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 : Total A = _____

Additionnez les points des réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 : Total D = _____

Interprétation

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores (A et D) :

7 ou moins : absence de symptomatologie

8 à 10 : symptomatologie douteuse

11 et plus : symptomatologie certaine.

Score FAS (fatigue assessment scale)[52]

Vous pouvez choisir parmi 5 propositions de réponse allant de 'jamais' à 'toujours'.

1. jamais
2. parfois (c.à.d. une fois par mois ou moins fréquente)
3. régulièrement (c.à.d. plusieurs fois par mois)
4. souvent (c.à.d. hebdomadaire)
5. toujours (c.à.d. quotidiennement)

1. Je souffre de signes de fatigue.
2. Je suis vite fatigué(e).
3. Je trouve que je ne fais pas grand-chose au cours de la journée.
4. J'ai assez d'énergie pour le quotidien.
5. Je me sens physiquement épuisé(e).
6. J'ai des difficultés à commencer quelque chose.
7. J'ai des difficultés à avoir des idées claires.
8. Je n'ai pas envie d'entreprendre quelque chose
9. Mentalement je me sens fatigué(e).
10. Quand je suis occupé(e) à quelque chose, j'arrive à rester concentré.

REPUBLIQUE DU BENIN - MINISTERE DE LA SANTE
CENTRE NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE HUBERT K. MAGA
Direction Générale

01 BP : 386
(+229) 21 30 06 56
www.cnhu-hkm.org

SERVICE DE LA STATISTIQUE MEDICALE ET DE LA RECHERCHE

Cotonou, le 09 JUIN 2023

NOTE DE SERVICE

N°1170/MS/CNHU-HKM/PCME/SSMR

Objet : Autorisation de collecte

Références : - Demande de madame ALLOSOGBE Ange M.O en date du 22 Mai 2023 ;
- Photocopie de la carte d'étudiant N° Matricule : 13517416.

Dans le cadre de la réalisation de sa thèse de doctorat d'Etat en médecine, portant sur le thème, « **Réinsertion socioprofessionnelle post Accident Vasculaire Cérébral chez les patients suivis au Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou MAGA** », Madame **ALLOSSOGBE Ange Mariella Opportune,** étudiante en septième année de médecine générale à la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou, est autorisée à effectuer une collecte de données dans les **Cliniques Universitaires de Neurologie et de Médecine Physique et Réadaptation** du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert K. MAGA (CNHU-HKM).

A cet effet, les Chefs desdites Cliniques et leurs Surveillants sont priés de tout mettre en œuvre pour faciliter à l'intéressée, l'accès aux sources de données. La collecte de données se fera sous l'encadrement du Chef Service de la Statistique Médicale et de la Recherche.

A la fin de l'étude, l'intéressée devra transmettre à la Direction Générale du CNHU-HKM, les versions électroniques du rapport d'étude et de la base de données recueillies, par mail, à l'adresse suivante : « csmr.cnhuhkm@gmail.com ».

La présente note de service est valable pour compter de la date de sa signature.

NB : Les dossiers médicaux et les registres doivent être consultés sur place. La confidentialité des données collectées est requise.

Ampliations :
- DAF, C/SRH, P/CME, C/SSRM
- C/CUN, C/CUMPR, Surveillants
- Intéressée, Archives, Chrono

Le Directeur Général,

CENTRE NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE * H K * Le Directeur Général

Prof. Dieu donné GNONLONFOUN

Certificat d'analyse

Date d'émission: 25/11/2023

Compte évaluateur: Allossogbe Ange

AUTEUR DU DOCUMENT : Allossogbe Ange

TITRE DU DOCUMENT : Réinsertion socioprofessionnelle post AVC au CNHU

e-Plagiat est un évaluateur certifié de prévention et de détection de plagiat intelligent etautonome basé sur l'IA

Type de document	Nombre de mots	Nombre de pages (approximatif)	Taux de plagiat
Thèse	20319	82	7.3 %

M. Pierre ROUAN

Ce document est signé électroniquement et certifié.
Le fichier constitue un original électronique de valeur probatoire, il est enregistré sous la référence suivante :

TABLE DES MATIERES

Table des matières

DEDICACE VI
REMERCIEMENTS V
HOMMAGES VII
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS X
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES XIII
LISTE DES TABLEAUX XIV
LISTE DES FIGURES XV
SOMMAIRE XVII
INTRODUCTION 1
1. GENERALITES 4
1-DEFINITIONS 5
1-1-ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL (AVC) 5
1-2-HANDICAP 5
1-3-DEFICIENCE 5
1-4-INCAPACITE 6
1-5-REEDUCATION FONCTIONNELLE 6
1-6-READAPTATION FONCTIONNELLE OU REHABILITATION 6
1-7-TRAVAIL 6
1-8-TRAVAILLEUR 6
1-9-REINSERTION SOCIO-PROFESSIONNELLE 7
1-10-FACTEUR DE RISQUE 7
2-EPIDEMIOLOGIE DES ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX 8
2-1-INCIDENCE DES AVC 8
2-2-PREVALENCE DES AVC 9
2-3-MORTALITE DES AVC 9
3-RAPPEL ANATOMO-PHYSIOPATHOLOGIQUE 10
3.1-RAPPEL ANATOMIQUE 10

LES BRANCHES DE DIVISIONS DE CES ARTERES IRRIGUENT DIFFERENTS TERRITOIRES VASCULAIRES [21,22]. 10
3-2-PHYSIOPATHOLOGIE DES AVC 11
3-3-FACTEURS DE RISQUE DES AVC [24–26] 13
3-3-1-LES FACTEURS DE RISQUE NON MODIFIABLES 13
3-3-2-LES FACTEURS DE RISQUE MODIFIABLES 13
3-4-PRINCIPALES ETIOLOGIES DES AVC 15
3-4-1-ETIOLOGIES DES AVCI [27–30] 15
3-4-2-ETIOLOGIES DES AVC HEMORRAGIQUES [11] 15
4-DIAGNOSTIC DES ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX 16
4-1- DIAGNOSTIC DES AVC ISCHEMIQUES [31,32] 16
4-1-1-ASPECTS CLINIQUES DES AVC ISCHEMIQUES 16
4-1-2-ASPECTS PARACLINIQUES DES AVC ISCHEMIQUES [33] 17
4-1-2-1-EXPLORATIONS BIOLOGIQUES 17
4-1-2-2-IMAGERIE DES AVC ISCHEMIQUES 17
4-2- DIAGNOSTIC DES AVC HEMORRAGIQUES 17
4-2-1-ASPECTS CLINIQUES DES AVC HEMORRAGIQUES[11,34] 17
4-2-1-1-HEMORRAGIES INTRACEREBRALES 17
4-2-2-ASPECTS PARACLINIQUES DES AVC HEMORRAGIQUES 18
4-2-2-1-EXPLORATIONS BIOLOGIQUES 18
4-2-2-2-IMAGERIE DES AVC HEMORRAGIQUES 18
5-PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX. 19
5-1-L'UNITE NEUROVASCULAIRE 19
5-2- MESURES GENERALES 20
5-3-TRAITEMENT DES AVCI 20
5-3-1-LA THROMBOLYSE 20
5-3-2-LA THROMBECTOMIE 20
5-4-TRAITEMENT DES AVC HEMORRAGIQUES 21

6- PREDICTION DU PRONOSTIC DES AVC [1] 21
7-REEDUCATION FONCTIONNELLE ET READAPTATION 22
8-PREVENTION DES AVC 22
9-REINSERTION SOCIOPROFESSIONNELLE POST-AVC 23
2. CADRE ET METHODES D'ETUDE 26
2-1-CADRE D'ETUDE 27
2-1-1-CENTRE NATIONAL HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE-HUBERT KOUTOUKOU MAGA (CNHU-HKM) 27
2-1-2- CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE NEUROLOGIE DU CNHU-HKM 27
2-1-3--LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION DU CNHU-HKM [45] 28
2-2-METHODES D'ETUDE 30
2-2-1 TYPE D'ETUDE ET PERIODE DE L'ENQUETE 30
2-2-2-POPULATION D'ETUDE 30
2-2-3-ECHANTILLONNAGE 31
2-2-3-1-VARIABLES 31
2-2-3-2-DEFINITION DES SCORES ET ECHELLES 32
2-2-3-3-TECHNIQUE DE COLLECTE DE DONNÉES 36
2-2-3-4-ORGANISATION DE LA COLLECTE DE DONNÉES 36
2-2-3-5-ANALYSE DES DONNEES 37
2-2-3-6-CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES 38
3. RESULTATS 39
3.1.4 REPRISE DES ACTIVITES PROFESSIONNELLES 51
3.1.5 NATURE DES RELATIONS AU TRAVAIL 53
4. DISCUSSION 65
CONCLUSION 77
SUGGESTIONS 78
REFERENCES 79

ANNEXES ..... A

TABLE DES MATIERES ..... Y

SERMENT D'HIPPOCRATE

Devant le peuple Béninois,

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine,

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination,

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité,

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance,

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères,

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail,

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs,

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie, ni ne provoquerai délibérément la mort,

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission,

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.

VU LE PRESIDENT DU JURY

VU LE DOYEN DE LA FSS

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR DE L'UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

RESUME

Introduction: L'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) est un problème majeur de santé publique dans le monde dont l'âge moyen de survenue varie entre 44,5 et 61 ans en Afrique Subsaharienne. Les victimes étant des travailleurs pour la majorité, la question de la réinsertion socioprofessionnelle post AVC se pose donc précocement.

Objectif général: Etudier la réinsertion socioprofessionnelle post AVC chez des patients suivis au CNHU-HKM de Cotonou de 2018 à 2022**.**

Cadre et méthode: L'étude est transversale descriptive et analytique. Elle a concerné les travailleurs et s'est déroulée du 30 Mai au 30 Août 2023 dans les cliniques universitaires de Neurologie et de Médecine Physique et Réadaptation du CNHU-HKM.

Résultats: Au total, 326 personnes avaient participé à l'étude. La prévalence des AVC identifiée dans notre étude est de 78,1% au CNHU-HKM au sein des hospitalisés pour affections neurologiques de 2018 à 2022. Le taux de réinsertion socioprofessionnelle est de 50% avec un délai moyen de 7,29mois +/7mois. Les facteurs associés à la réinsertion socioprofessionnelle sont l'âge, le niveau d'instruction, l'emploi exercé, la gravité de l'AVC, la durée d'hospitalisation, la rééducation post AVC, les troubles déficitaires, les troubles anxieux, dépressifs, le degré de handicap, et le degré de dépendance pour les activités journalières.

Conclusion: Au terme de notre étude, nous pouvons dire que la réinsertion socioprofessionnelle post AVC implique une collaboration étroite entre les différents acteurs ; ce qui est indispensable pour une reprise du travail adapté à l'état de santé du travailleur.

Mots clés: AVC, Travailleurs, Réinsertion socioprofessionnelle.

ABSTRACT

Introduction: Cerebrovascular Stroke is a major public health problem in the world whose average age of occurrence varies between 44.5 and 61 years in Sub-Saharan Africa. As the victims are workers for the majority, the question of post-stroke socio-professional reintegration therefore arises early.

General objective: To study post-stroke socio-professional reintegration in patients monitored at CNHU-HKM in Cotonou from 2018 to 2022**.**

Framework and method: The study is descriptive and analytical. It concerned the workers and took place from 30 May to 30 August 2023 in the university clinics of Neurology and Physical Medicine and Rehabilitation of the CNHU-HKM**.**

Results: A total of 326 people participated in the study. The prevalence of stroke identified in our study is 78.1% in CNHU-HKM among hospitalized neurological conditions from 2018 to 2022. The socio-professional reintegration rate is 50% with an average delay of 7.29 months 7 months. The factors associated with socio-professional reintegration are age, level of education, employment, stroke severity, length of hospitalization, post-stroke rehabilitation, deficit disorders, anxiety, depressive disorders, disability, and dependence on daily activities.

Conclusion: At the end of our study, we can say that socio-professional reintegration involves close collaboration between the different actors; this is essential for a return to work adapted to the worker's state of health**.**

Keywords: Stroke, Workers, Socio-professional reintegration