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

Année 2022 **N° : 2522**

HANDICAP PHYSIQUE ET QUALITE DE VIE EN POST-ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL A LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE NEUROLOGIE DU CNHU-HKM EN 2022.

THESE

Présentée et soutenue publiquement pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

Par

Joan Annick AFFOGNON

Née le 28 Avril 1998 à Azovè

Directeur de thèse
Dr Constant K. ADJIEN
Professeur Titulaire de Neurologie

Co-Directeur de thèse
Dr Richard HOUEZE
Assistant en Neurologie
Dr Richmine COVI
Praticien hospitalier

Président du jury

Pr KPADONOU Toussaint

Membres du jury

Pr ADJIEN Constant

Pr GNONLONFOUN Dieudonné

MCA ANAGONOU Lucrèce

Année scolaire : 2021-2022

LISTE DES ENSEIGNANTS

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

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
****

N°1200 /2022/UAC/FSS/VD-Ecoles/VD-UFR Pharma/VD UFR Méd/SGE/CSRH/SA

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

NOVEMBRE 2022

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 : 2022-2023 (version novembre 2022)

PROFESSEURS TITULAIRES

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

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

35. Dr ZOMALHETO Zavier Cossi	Rhumatologie
36. Dr YEKPE AHOUANSOU Hermione Patricia Frida..	Imagerie Médicale
37. Dr AGUEMON Badirou Din.....	Santé Publique
38. Dr ALAGNIDE Hountondji Etienne	Médecine Physique et de Réadaptation
39. Dr AZON KOUANOU Angèle	Médecine Interne
40. Dr GBESSI Dansou Gaspard	Chirurgie Générale
41. Dr HINSON Vikkey Antoine	Médecine du Travail
42. Dr HOUNKPE Pierre Claver	Anesthésie-Réanimation
43. Dr LALYA Francis Honorat.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
44. Dr VIGAN Jacques	Néphrologie

MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

1. Dr ASSOUTO A. Pamphile.	Anesthésie –Réanimation
2. Dr AVAKOUDJO François	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3. Dr LAWSON AFOUDA Sonia.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
4. Dr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande.....	Parasitologie-Mycologie
5. Dr YEMOA Loconon Y. Achille.	Chimie Analytique-Bromatologie
6. Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme	Médecine Interne
7. Dr ALIHONOU Thierry	Neurochirurgie
8. Dr BAGNAN TOSSA Léhila.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
9. Dr GANFON M. Yowel Habib	Pharmacognosie
10. Dr KEREKOU Annelie Célestine.....	Endocrinologie
11. Dr VODOUHE Ulrich B.	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
12. Dr WANVOEGBE Armand.....	Médecine Interne
13. Dr CODJO Houétondji Léopold.....	Cardiologie
14. Dr ABOUBACAR Moufalilou	Gynécologie-Obstétrique
15. Dr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adoukê.....	Ophtalmologie
16. Dr ADJADOHOUN Sonia B.M. Gwladys....	Radiologie, Radiodiagnostic et Imagerie médicale
17. Dr AKODJENOU Joseph	Anesthésie Réanimation
18. Dr AKPADJAN Gbèmawonmédè Fabrice.....	Dermatologie-Vénérologie
19. Dr ALIHONOU Florence Nathalie Yacoba.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
20. Dr ANAGONOU Lary Lucrèce.....	Pédopsychiatrie
21. Dr ATTOLOU Sètondji Roger Gilles.....	Chirurgie Générale
22. Dr AZONBAKIN Azandégbé Simon	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
23. Dr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait	Médecine Légale

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

24. Dr BOGNON Gilles Modeste Alain.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
25. Dr CHIGBLO Sègla Pascal Eric.....	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
26. Dr DEGBOE Kaï Bérénice Esthelle	Dermatologie-Vénérologie
27. Dr GNANGNON Freddy Houehanou R.....	Cancérologie Chirurgicale
28. Dr HODONOU Dètondji Fred Jean-Martin...	Urologie-Andrologie
29. Dr IMOROU SOUAÏBOU Yacoubou.....	Chirurgie Générale
30. Dr KLIKPO Elvire	Psychiatrie Adulte
31. Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi	Gastroentérologie et Hépathologie
32. Dr LAWANI Ismaïl.....	Chirurgie Viscérale
33. Dr MIKPONHOUE OLOU Rose Christelle	Médecine du Travail
34. Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu.....	Gynécologie-Obstétrique
35. Dr PADONOU Abiodun Adébola Djossè.....	Traumatologie-Orthopédie
36. Dr PADONOU Caroline Sourou Clémence.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
37. Dr PADONOU Sètondji Géraud Roméo.....	Santé Publique
38. Dr SEIDOU Falilatou	Anatomie et Cytologie Pathologique
39. Dr SONOU Djidjoho Joël Arnaud.....	Cardiologie
40. Dr TOGNIFODE Medesse Véronique.....	Gynécologie-Obstétrique
41. Dr WACHINOU Ablo Prudence.....	Pneumo-Phtisiologie
42. Dr YEVI Dodji Magloire Inès.....	Urologie Andrologie
43. Dr ZOHOUN GUIDIGBI Lutécia Myria A.....	Pédiatrie et Génétique Médicale

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

MAITRES ASSISTANTS

1. Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry	Neurochirurgie
2. Dr AGBOTON Bruno Léopold	Néphrologie
3. Dr DJOSSOU Médesse David.....	Odontologie Pédiatrique
4. Dr ADJAGBA Mahouna Philippe Dotou	Cardiologie
5. Dr AMOSSOU Labissi François.....	Traumatologie-Orthopédie
6. Dr BADOU Agnès Oladoun	Sociologie et Anthropologie sociale
7. Dr GNINKOUN Comlan Jules.....	Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
8. Dr LOKOSSOU Mègnissè S. Houévi Symphorose...	Gynécologie-Obstétrique
9. Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Dénis.....	Chimie Organique et Chimie des Substances Naturelles
10. Dr ADJOBIMEY Mênonli.....	Santé au Travail
11. Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette A.....	Chirurgie Buccale
12. Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban	Hématologie
13. Dr AHOUNOU Ernest Stéphane.....	Anesthésie-Réanimation

SOUTENU EN 2022

14. Dr AÏGBE Nestor.....	Ophtalmologie
15. Dr DANGBEMEY Djima Patrice.....	Gynécologie-Odstrétique
16. Dr DO SANTOS ZOUNON Alexis.....	OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
17. Dr HOUNKPONOU AMOUSSOU-GUENOU Eliane Kayivi Murielle	Cardiologie
18. Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I.	Anatomie
19. Dr MIZEHOUN Gbèdécon Carmelle.....	Nutrition
20. AGBOKPONTO Janvier Engelbert.....	Chimie Analytique
21. Dr ASSANHOU Assogba Gabin.....	Pharmacie Galénique
22. Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard.....	Psychiatrie
23. Dr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana.....	Hématologie Biologie
24. Dr GOUKODADJA Oswald.....	Traumatologie Orthopédie
25. Dr SOSSA Jean	Urologie

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

ASSISTANTS

1. Dr VIGNON Cyprien Kossi.....	Chirurgie Générale
2. Dr LANKPEKO AFFOLABI Clémence M.	Pédiatrie et Génétique Médicale
3. Dr YAKOUBOU YOBO Annatou	Pédiatrie et Génétique Médicale
4. Dr VIGNON Koffi Rodolphe	Hépato-Gastroentérologie
5. Dr AMONLES Yves D.	Psychiatrie
6. Dr HOUESSOU ENIANLOKO TCHIAKPE Nicole Zinhoué	Pédiatrie
7. Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles.....	Biophysique
8. Dr DADJO Kinski Aumar.....	Traumatologie Orthopédie
9. Dr HOUEZE Richard Ghislain Constantin.....	Neurologie

Le Doyen,

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

Professeur Josué Dejinnin Georges AVAKOUDJO

NOVEMBRE 2022

ACTION DE GRÂCE

A Dieu, Le Créateur

Merci pour le souffle de vie, merci de m'avoir dirigée vers ce chemin pour me permettre d'être au service des autres. La réalisation de ce travail est une manifestation de ta force. Reçois encore une fois ma profonde gratitude.

DEDICACES

A mon cher père, Ernest AFFOGNON

C'est le moment de vous exprimer toute ma gratitude pour vos sacrifices et vos efforts au quotidien pour moi, de vous rappeler encore une fois combien je vous aime et vous admire pour votre sens de responsabilité envers vos enfants. Je suis fière de vous avoir comme père. Puisse l'Eternel vous accorder la longévité afin de bénéficier des fruits de vos sacrifices.

A ma très chère mère, Dorothée AFFOGNON née LAWSON

Celle qui ne se lasse jamais de faire passer les besoins de ses enfants avant les siens. Vous êtes la représentation même du mot sacrifice. Merci maman pour tout. Je vous aime de tout mon cœur. Que Dieu vous garde longtemps auprès de nous.

A mes sœurs Chimène, Nadia et Liliane

Merci pour l'amour que vous me témoignez au quotidien et pour le soutien que vous m'apportez à chaque fois.

Votre présence a été d'une grande aide pour moi. Je vous aime.

A mon neveu Loévan et à mes nièces Chaitanya et Mallaury

Un grand soutien vous avez été pour moi. Merci infiniment.

A mon oncle LAWSON Alfred

Merci pour votre soutien.

A M. HOUNKPEATE Mariano

Les mots ne pourront pas exprimer ma gratitude à ton égard. Ta présence, ton soutien, tes encouragements et surtout ton implication m'ont donné la force pour réaliser ce travail.

Il t'est dédié.

A Ariane HOUNKANRIN ; Faridatou MOUNIROU ; Chancelle LOKOSSOU ; Miness-Cyrillia DAGBETO ; Dédisse MEVI.

Que cet amour qui nous unit perdure et que les fous rires se multiplient davantage. Je vous dédie ce travail.

Au groupe 1 de stage interné, chers compagnons de lutte: Ariane HOUNKANRIN ; Faridatou MOUNIROU ; Chancelle LOKOSSOU ; Miness-Cyrillia DAGBETO ; Dédisse MEVI, Frangilo GONCALVES, Maurel LALEYE, Mathias AVOCE, Fréjus ALAMOU, Floriane FALY, Régis PADONOU, Marius ZOKPODO, Eudoxie AFFEDJOU, Nawaliath DJIBRIL, Eniola ENIOLORUNDA, Pérez KPADONOU, Alain SOTOGNON, Odélia HOUEHOUNME-GANSE, Romario ATIHOU, Merleen GOUNADON, Ramziath MAMA.

Ce fut une expérience très enrichissante d'avoir fait le stage interné en votre compagnie. Merci d'avoir rendu cette expérience inoubliable. Que le Seigneur nous garde et bénisse nos carrières respectives !

A mon binôme M. TCHIAKPE Riccardo

Les nuits passées à veiller en ta compagnie ont porté leur fruit. Merci pour avoir facilité les choses.

A messieurs **VIDEGNON Armel et KAKPOSSA Germain**

Merci pour votre soutien.

A mes collègues de la 44è promotion de la FSS

Bonne carrière médicale à vous

REMERCIEMENTS

A notre Maître et Directeur de thèse, Le Professeur ADJIEN Kodjo Constant

Cher maître, nous sommes reconnaissante pour l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger cette thèse. Malgré vos obligations professionnelles et votre emploi du temps chargé, vous nous avez accueilli et accompagné pendant toute la période de réalisation de ce travail. Vos encouragements inlassables et votre amabilité méritent toute notre admiration. Recevez cher professeur et maître, nos sincères remerciements.

A notre Co-Directeur de thèse, Dr HOUEZE Richard

Travailler à vos côtés a été une expérience très enrichissante pour nous. Votre simplicité et votre disponibilité nous ont personnellement marquée. Nous vous en sommes très reconnaissante. Puisse l'Eternel vous fortifier et vous rendre au centuple vos bienfaits.

Au chef service de Neurologie, Professeur HOUINATO S. Dismand,

Merci de nous avoir permis de mener ce travail dans votre service. Pour tous ces moments d'apprentissage à vos côtés lors des consultations, pour tous ces moments de conseils, recevez cher professeur et maitre, nos sincères remerciements.

Aux Docteurs Ray FANOU et KAMGA Alex.

Merci infiniment. Que le Seigneur vous bénisse.

A tous les patients qui ont participé à la réalisation de cette thèse aussi qu'à toute autre personne qui y a participé de loin ou de près.

Sincères remerciements.

A ceux dont l'oubli du nom n'est pas celui du cœur, qui m'ont soutenu d'une façon ou d'une autre.

Profonde gratitude.

HOMMAGES

A tous mes maîtres de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou.

Chers Maîtres, par votre rigueur scientifique et votre disponibilité, vous avez fait de cette faculté une référence dans la sous-région. Tout au long de notre parcours, vous nous avez appris le sens du devoir et de l'abnégation. Nous veillerons, partout où nous servirons, à vous faire honneur en appliquant vos précieux enseignements. Veuillez accepter nos hommages respectueux.

A son excellence Monsieur le Président du Jury

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos lourdes responsabilités. Vos critiques et observations contribueront sans aucun doute à améliorer notre travail. Permettez-nous de vous exprimer ici, Monsieur le Président du Jury, le témoignage de notre profond respect. Hommages respectueux.

A nos maîtres, les Honorables membres du Jury

Nous vous remercions vivement pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre thèse. Vos précieuses recommandations seront prises en compte pour améliorer la qualité de celle-ci. Veuillez recevoir l'expression de notre profond respect. Hommages respectueux.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AVC :	Accident Vasculaire Cérébral
AVCH :	Accident Vasculaire Cérébral Hémorragique
AVCI :	Accident Vasculaire Cérébral Ischémique
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
BRFSS :	Behaviour Risk Factor Surveillance System
SHARE :	Survey of Health Ageing and Retirement
AIT :	Accident Ischémique Transitoire
AIC :	Accident Ischémique Constitué
LDL :	Low Density Lipoprotein
HAS :	Haute Autorité de Santé
MPR :	Médecine Physique et Réadaptation
CUN :	Clinique Universitaire de Neurologie
CNHU-HKM :	Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou MAGA
UNV :	Unité Neuro Vasculaire
USINV :	Unité de Soins Intensifs Neuro Vasculaire
EEG :	Electroencéphalogramme
EMG :	Electromyogramme
HTA :	Hypertension Artérielle
NIHSS :	National institutes of health stroke Scale
HAD :	Hospital Anxiety and Depression
IADL :	Instrumental Activities of Daily Living
mRS :	Rankin modifié
SIP-65 :	Sickness Impact Profile 65
GRECOVASC:	Groupe de Réflexion pour l'Evaluation COGnitive VASCulaire

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Opérationnalisation des variables sociodémographiques 22
Tableau II : Opérationnalisation des variables cliniques 23
Tableau III : Autres caractéristiques sociodémographiques des patients (N=77) 30
Tableau IV: Répartition des patients en fonction du niveau socio-économique après AVC, Cotonou 2022 31
Tableau V : Répartition des patients en fonction du mode de vie et la vie relationnelle après AVC, Cotonou 2022 32
Tableau VI: Répartition des patients en fonction des facteurs de risque vasculaires, Cotonou 2022 33
Tableau VII: Répartition des patients en fonction de l'état psychologique, Cotonou 2022. 35
Tableau VIII : Caractéristiques paracliniques de la population générale, Cotonou 2022 36
Tableau IX : Caractéristiques socio-démographiques des patients en fonction des scores mRS, Barthel et IADL4 39
Tableau X : Facteurs de risque vasculaires et caractéristiques cliniques des patients en fonction des scores mRS, Barthel et IADL4 40
Tableau XI : Caractéristiques paracliniques des patients en fonction des scores mRS, Barthel et IADL4 41
Tableau XII : Données cliniques associées au handicap 42
Tableau XIII : Données cliniques associées à l'indépendance fonctionnelle 43
Tableau XIV : Données cliniques associées à la qualité de vie 44

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme de flux 28
Figure 2 : Répartition des patients en fonction du NIHSS, Cotonou 2022 34
Figure 3 : Répartition des patients en fonction du handicap 37
Figure 4 : Répartition des patients en fonction de l'indépendance fonctionnelle, Cotonou 2022 37
Figure 5 : Répartition des patients en fonction de la qualité de vie, Cotonou 2022 38

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

SOMMAIRE

INTRODUCTION 1

1. GENERALITES 5

2. CADRE ET METHODE D'ETUDE 16

3. RESULTATS 27

4. DISCUSSIONS 45

CONCLUSION ET SUGGESTIONS 56

REFERENCES 59

ANNEXES ..... A

TABLE DES MATIERES ..... O

INTRODUCTION

L’accident vasculaire cérébral (AVC) constitue l’une des principales menaces pour la santé dans le monde. Il représente un enjeu majeur de santé publique de par son incidence qui ne cesse de croitre en particulier chez les jeunes adultes du fait de l’augmentation dans la population, des facteurs de risques vasculaires [1].

A travers le monde ce sont 16 millions de nouveaux cas observés chaque année, responsables de 5,7 millions de décès faisant de l’AVC la deuxième cause de décès et la première cause de handicap acquis chez l’adulte dans le monde [2].

De par les séquelles physiques et / ou psycho-cognitives qu’entraine cette pathologie, il s’ensuit un réel bouleversement dans la vie des patients ce qui altère irrémédiablement leur qualité de vie.

La mesure de la qualité de vie est un outil d’auto-évaluation du vécu de la pathologie par le malade lui-même utilisé dans les pathologies chroniques mais aussi un pilier important de la prise en charge des patients victimes d’AVC [3].

Au Royaume Uni, un groupe de chercheurs dirigés par **Peter Rothwell** de l'université d'Oxford affirme que les conséquences des AVC sur la qualité de vie sont sous-estimées et mal caractérisées. Après un AVC, la qualité de vie est amputée d'environ 60% au cours des cinq années qui suivent [4].

Aux Etats-Unis, selon l’étude de Northern Manhattan, les séquelles cliniques consécutives à cette pathologie et les complications qui en découlent, peuvent persister et se répercuter sur la qualité de vie. Dans cette étude basée sur la population du nord de Manhattan, la qualité de vie diminuait annuellement jusqu'à 5 ans après un AVC chez les survivants, sans récidive ou infarctus du myocarde et indépendamment des autres facteurs de risque. L'index de qualité

de vie a diminué et a été associé à l'âge, à l'humeur, à la sévérité d'attaque, à l'incontinence urinaire, à l'état fonctionnel, à la cognition et à la latéralité d'AVC [5].

Plusieurs travaux africains portant sur le devenir après un AVC ont été réalisés, mais rares sont ceux utilisant une échelle de qualité de vie[6]. L'AVC du sujet africain, garde ses particularités évolutives avec un pronostic plus réservé et une altération profonde de la qualité de vie n'épargnant aucun domaine de la vie. Il reste une cause importante de handicap chez le sujet adulte tant sur le plan familial, social, qu'économique. L'absence de politique sanitaire adaptée aggrave le pronostic et ne permet pas la prise en charge nécessaire à cette pathologie[7].

Owolabi *et al*. ont montré dans une étude que l'AVC a un effet multiforme sur la qualité de vie plus prononcé dans la dimension physique [8]. **Assogba *et al.***, dans une étude prospective ont montré que le handicap, l'anxiété et la dépression sont des paramètres altérant la qualité de vie au quotidien des survivants d'AVC[9].

Diagne *et al*. dans leur étude, notent aussi une dépendance plus fréquente chez les patients victimes d'AVC avec des troubles sphinctériens [10]. Au Sénégal, une étude d'une durée moyenne d'évolution de l'AVC de 11 mois a été réalisée et a montré que 18% des patients vivant à domicile avaient des troubles posturaux assis, 94% des troubles posturaux debout[6].

Au Bénin, une étude de la qualité de vie après AVC réalisée en utilisant l'échelle WHOQOL-Bref de l'OMS a permis de dire que la qualité de vie globale était insatisfaisante chez 40 % des patients, mitigée chez 52 % des patients et satisfaisante chez 8 %. Une dépression sévère était retrouvée chez 8,77% des patients, modérée chez 46,20% et absente chez 45,03%. L'état de

santé des patients était décrit comme insatisfaisant chez 48% des patients, mitigé chez 49,70% des patients et satisfaisant chez 2,30% des patients[11].

A notre connaissance, peu de travaux surtout récents ont évalué l'impact du handicap physique et de l'indépendance fonctionnelle sur la qualité de vie. Il serait donc judicieux de refaire l'état des lieux ce qui justifie notre travail de recherche qui a pour :

- **Objectif général**

Évaluer le handicap physique et la qualité de vie en post-accident vasculaire cérébral à la clinique universitaire de neurologie du CNHU-HKM en 2022.

- **Objectifs spécifiques**

1. Apprécier le handicap physique après un AVC par le score Rankin modifié.
2. Déterminer le niveau d'indépendance fonctionnelle physique après un AVC par le score BARTHEL.
3. Apprécier la qualité de vie par le score IADL4.
4. Identifier les facteurs associés à un faible niveau d'indépendance fonctionnelle.
5. Déterminer les facteurs associés à une mauvaise qualité de vie.

1. GENERALITES

1.1. Définitions

1.1.1. Handicap :

Le terme handicap désigne la limitation des possibilités d'interaction d'un individu avec son environnement, causée par une déficience provoquant une incapacité, permanente ou non.

Selon l'**Organisation Mondiale de la Santé (OMS)** , est handicapée toute personne dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouvent compromis[12].

Selon le **dictionnaire de médecine FLAMMARION**, c'est le désavantage résultant d'une déficience ou d'une incapacité qui gêne ou limite le sujet dans l'accomplissement de son rôle social

1.1.2. Handicap physique :

Selon l'OMS, le handicap physique se caractérise par une capacité limitée pour un individu de se déplacer, de réaliser des gestes, ou de bouger certains membres. L'atteinte à la motricité peut être partielle ou totale, temporaire ou incurable, selon son origine.

1.1.3. Qualité de vie :

En 1993 l'OMS définit la qualité de vie comme la perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large qui peut être influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique et son niveau

d'indépendance, ses relations sociales et sa relation aux éléments essentiels de son environnement [13].

Selon le **dictionnaire Larousse 2020**, la qualité de vie est tout ce qui contribue à créer des conditions propres à épanouir davantage l'individu ; ces conditions elles-mêmes[14].

1.1.4. Suivi post-AVC

Elle consiste en la mise en place de consultations pluridisciplinaires chez toute personne ayant fait un AVC. Son but est d'évaluer les séquelles de la maladie et de mettre en œuvre des actions pour assurer une prise en charge adéquate.

1.1.5. Accident vasculaire cérébral (AVC)

Il est défini par l'**Organisation mondiale de la santé (OMS)** comme « le 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 »[15].

1.2. Aspect épidémiologique

1.2.1. AVC

Incidence :

L'incidence est le nombre de nouveaux cas d'une maladie sur une période donnée. On utilise aussi le taux d'incidence qui est le nombre de nouveaux cas d'une maladie rapporté à la population à risque sur une période donnée. Elle s'exprime en pour 100.000 personnes-années ou pour 1000 personnes-années.

Dans le monde : en 2010 on estime à 16,9 millions le nombre de nouveaux cas par année, à 102,2 millions le nombre d'années de vies corrigées de l'incapacité liée à l'AVC et on comptabilise environ 5,7 millions cas de décès [2]. On peut alors estimer qu'un AVC survient toutes les deux secondes et qu'une personne en meurt toutes les 5 secondes. Cependant l'incidence de l'AVC varie d'un pays à un autre. Une étude réalisée par **Béjot et al** en 2007 a permis de comparer l'évolution de l'incidence de l'AVC dans les pays développés à celle des pays à faibles revenus. Les données recueillies ont mis en évidence des inégalités des taux d'incidence des AVC avec une diminution de 42% dans les pays à revenus élevés et une augmentation de plus de 100% dans les pays à faibles revenus[16].

L'OMS parle de pandémie et prévoit à l'horizon 2030 une augmentation de l'incidence à 23 millions, 70 millions de survivants et plus de 200 millions d'années de vies corrigées de l'incapacité si des mesures préventives ne sont pas mises en place [17]. L'AVC constitue donc un défi mondial en termes de prévention, de fardeau lié à la maladie que de poids socio-économique. En Europe, on remarque des inégalités qui évoluent de façon décroissante entre les pays de l'est et ceux de l'ouest avec une incidence de 600 pour 100000 habitants par année en Russie (Novosibirsk) contre 113 pour 100000 habitants par année en France (Dijon) [18]. Ces disparités s'expliquent entre autre par les facteurs environnementaux (alcool, tabac, alimentation, accès aux soins) et génétiques. Selon l'OMS, les modifications démographiques peuvent engendrer une élévation du nombre d'AVC de 1,1 million par an en 2000 à plus de 1,5million par an en 2025 [19].

En Afrique Subsaharienne, l'incidence annuelle de l'AVC va jusqu'à 148,7 pour 100000 habitants avec une augmentation dans sa partie australe et une diminution dans les autres pays de cette région[20]. Une étude réalisée par

Adoukonou et al en 2015 indique que l'incidence des AVC est en augmentation dans les pays sous-développés surtout en Afrique sub-saharienne de 12% environ. Les données récentes montrent une incidence entre 15 et 260 pour 100000 habitants par année [21].

Prévalence

La prévalence est le nombre de cas d'une maladie (nouveaux comme anciens) dans une population. Elle peut s'exprimer en nombre absolu de cas ou en nombre de cas rapporté à la population. Elle est souvent exprimée en pour 100000 ou en pour 1000 habitant. Il s'agit d'un indicateur statique.

Dans le monde, plus de 30 millions de personnes auraient un antécédent d'AVC. Selon l'enquête Behaviour Risk Factor Surveillance System(BRFSS) réalisée en 2005 aux Etats Unis, la prévalence de l'AVC était de 2,6% dans la population adulte sans distinction de sexe. Une autre enquête Survey of Health Ageing and Retirement(SHARE) a noté une prévalence plus élevée aux Etats Unis par rapport en Europe et une prévalence plus faible en Europe pour les femmes que pour les hommes. L'évaluation de la prévalence brute au Canada a noté une augmentation avec une prévalence à 2,2% dans la population tous sexes confondus en 2003 contre une prévalence à 2,92% en 2017[22].

En Afrique **:** en Afrique subsaharienne la prévalence varie de 15 à 1300 pour 100000 [23].

Au Bénin **:** la prévalence standardisée sur l'âge est de 77 et 3233 pour 100000 habitants respectivement à Cotonou [24] et à Parakou [25].

Mortalité

La mortalité s'exprime essentiellement à travers un pourcentage, le taux de mortalité, qui est le nombre annuel de décès dû à une cause rapporté au nombre d'habitants de la zone considérée.

La plupart des études ont rapporté les taux de mortalité à un mois après l'AVC qui varient en fonction du type d'AVC. Les hémorragies cérébrales et méningées sont responsables d'une mortalité précoce plus élevée avec respectivement des valeurs allant de 25 à 50% et de 20 à 50% par rapport aux infarctus cérébraux (10 à 25%)[15] . L'AVC est la deuxième cause de mortalité dans le monde et dans les pays en développement après les maladies cardiaques et représentaient plus de 10% de décès dans le monde en 2013[26].

1.2.2. Qualité de vie

La qualité de vie des patients après un AVC fait ressortir l'impact de la maladie sur la vie quotidienne. Les lésions cérébrales consécutives à l'accident vasculaire peuvent fréquemment engendrer des déficits fonctionnels qui vont causer des manifestations cliniques polymorphes, évolutives et d'intensité variable qui dépendent notamment de la localisation et de l'étendue de la lésion. Bien que les troubles de l'équilibre et de la mémoire soient les plus fréquemment observés, toute autre fonction, motrice ou cognitive notamment, peut être altérée[27] . En 2005, **Corota *et al.*** estiment que les troubles de l'équilibre sont présents dans la moitié des cas et les troubles de la mémoire représentent 42,1%. Un peu plus du tiers des patients avec séquelles ont rapporté une atteinte motrice d'un ou plusieurs membres et 1 sur 3 des troubles du langage ou de l'articulation. Ainsi, près d'un quart ont signalé des troubles visuels et 1 sur 5, des troubles sensitifs. L'incontinence urinaire et les troubles de la déglutition représentent respectivement 16,5% et 13,3% des complications

de l'AVC. Les séquelles motrices, visuelles et sensitives étaient plus fréquemment déclarées par les personnes de moins de 60 ans, mais l'incontinence urinaire prédominait chez les sujets âgés de 75 ans ou plus [28]. Par ailleurs en 2007, une autre étude menée par **Carota *et al.*** montre que les patients victimes d'un AVC présentent des signes de détérioration cognitive plus sévères, de plus grandes fluctuations de l'humeur, un ralentissement psychomoteur plus important et une anxiété plus marquée. La prévalence de la dépression post AVC varie entre 6 et 22% dans les deux premières semaines qui suivent la survenue de l'AVC, entre 22 et 53% 3 à 4 mois, entre 16 et 47% à une année, de 19% à 2 ans, entre 9 et 41% à 3 ans, de 35% à 5 ans et de 19% à sept ans après l'AVC [29]. L'étude réalisée par **Azanmasso *et al.*** en 2017 a retrouvé que la prévalence de l'anxiété et de la dépression était respectivement de 22,4% et 9% [30].

Aussi notons que le patient n'est pas le seul à subir les répercussions de la maladie. En effet, l'AVC influence non seulement la vie de familiale mais aussi la vie en société. **Baumann *et al.*** en 2009 suite à une étude ont estimé que 6 fois sur 10 l'AVC a entraîné des bouleversements considérables dans la famille. Les liens affectifs et sociaux sont mis à l'épreuve : il peut s'en suivre une crise avec ses conflits, ruptures et abandons, beaucoup de souffrance et d'amertume, ou au contraire un renforcement [31].

Selon une étude transversale prospective réalisée au Sénégal portée sur un échantillon de 80 patients où la qualité de vie a été appréciée par le SIP-65, les enquêteurs ont aperçu une qualité de vie altérée dans plusieurs domaines. En observant la dimension psychologique, la dépression a été notée dans 53% des cas, la sensation de fatigue chez 78%, le désespoir de l'avenir pour 34%, le vécu difficile pour 46%, la nervosité chez 41% et les plaintes de souffrance chez 37%. Concernant la dimension physique, les patients avaient besoin d'aide pour

sortir de chez eux dans 82% des cas, la marche s'effectuait lentement dans 84% des cas et les sorties de maison ont été arrêtées dans 50% des cas. Une majorité des patients (61%) n'effectuaient aucune activité à la maison. La vie relationnelle après AVC a été marquée par des rencontres moins fréquentes avec les amis (34% des patients). Les facteurs prédictifs de mauvaise qualité de vie étaient l'âge, la dépression et les maladies de l'appareil locomoteur [6].

Une autre étude sénégalaise prospective, longitudinale, portée sur 50 patients montre que sur le plan professionnel, seuls 12% des patients ont été réinsérés ; 4% de façon totale et 8% partiellement. En ce qui concerne la vie conjugale, dans 6% des cas ; la famille était indifférente par rapport aux malades et sur le plan psycho-émotionnel, 44% des cas acceptaient bien leurs déficits, contre 34% qui l'acceptaient mal avec parfois une note dépressive et 22% des cas étaient indifférents. 70% ne faisaient plus d'activités de temps libre (sportives, culturelles, loisirs ou passe-temps), 18% continuaient à le faire de façon partielle, contre 12% qui ne notaient aucun changement sur ce plan[7] .

Owolabi *et al.* ont montré dans une étude que l'AVC a un effet multiforme sur la qualité de vie plus prononcé dans la dimension physique[8]. **Assogba *et al.*** dans une étude prospective ont montré que le handicap, l'anxiété et la dépression sont des paramètres altérant la qualité de vie au quotidien des survivants d'AVC[9].

1.3. Aspects diagnostiques

1.3.1. Classification des AVC

On peut classer les AVC selon la nature du vaisseau sanguin touché en AVC d'origine artérielle et veineuse.

Les AVC artériels :

Ils peuvent être soit ischémiques ou hémorragiques.

En cas d'ischémie, l'atteinte neurovasculaire peut se révéler sous deux formes :

- une atteinte permanente appelée accident ischémique constitué(AIC)
- une atteinte spontanément résolutive sans anomalie décelable à l'imagerie nommée accident ischémique transitoire (AIT)

Dans les AVC ischémiques, le mécanisme est le plus souvent thromboembolique lié à l'occlusion d'un vaisseau par un thrombus entraînant la souffrance du territoire cérébral d'aval. Plus rarement le mécanisme hémodynamique (chute de la perfusion cérébrale sans occlusion vasculaire) peut survenir à l'occasion d'un effondrement de la pression artérielle régionale (sténose très serrée en amont) ou systémique (arrêt cardiaque).

Les AVC hémorragiques quant à eux résultent d'un saignement intra-cérébral ou méningé qui se produit après rupture anormale d'une artère cérébrale. Plusieurs causes dont principalement l'hypertension artérielle est à l'origine de ces ruptures. Ce mécanisme entraine une mortalité plus élevée qui est évaluée à 40% au cours de la phase aiguë [32].

Les thromboses veineuses cérébrales sont rares et représentent moins de 2% des AVC. Elles touchent les sinus veineux et les veines corticales.

1.3.2. Facteurs de risque des AVC

Plusieurs facteurs influencent la survenue des AVC. On peut les classer en deux grands groupes : les facteurs de risque non modifiables et les facteurs de risque modifiables.

- Les facteurs de risque non modifiables regroupent :
  - l'âge à partir de 55ans chez l'homme et 60ans chez la femme augmente le risque de survenue de l'AVC
  - le sexe
  - l'hérédité et antécédents personnels d'AVC
  - les mutations génétiques
  - la race noire
  - la drépanocytose
- Les facteurs de risque modifiables prennent en compte :
  - l'hypertension artérielle
  - le diabète
  - la sédentarité
  - la dyslipidémie (hypercholestérolémie LDL)
  - le tabagisme
  - l'alcoolisme chronique
  - l'obésité abdominale (périmètre ombilical supérieur à 80cm chez la femme et 94cm chez l'homme)
  - la consommation de drogues
  - la contraception œstroprogestative
  - les pathologies cardiaques emboligènes
  - syndrome d'apnée du sommeil etc…

D'après la batterie GRECOVASC dont nous nous sommes inspirés, le handicap physique se mesure principalement par l'échelle de Rankin modifiée et l'indépendance fonctionnelle se mesure par plusieurs échelles dont l'échelle de Barthel. La qualité de vie quant à elle peut être évaluée grâce à l'échelle IADL dont la forme simplifiée recommandée par la HAS est l'IADL4[33].

1.4. Aspects thérapeutiques

L'accident vasculaire cérébral peut avoir de nombreuses conséquences fonctionnelles. En effet, de la multiplicité des déficiences (motrices, intellectuelles, sensorielles, comportementales…), de la fréquence non négligeable de patients jeunes touchés par cette maladie, et des environnements singuliers de chaque patient découlent des situations uniques. Une prise en charge globale, comme celle proposée en médecine physique et réadaptation (MPR), peut améliorer leur situation de vie, leur devenir et leur qualité de vie. Les structures de MPR proposent une prise en charge rééducative pluridisciplinaire et coordonnée permettant l'amélioration des capacités fonctionnelles des patients ainsi que certains traitements spécifiques comme les traitements de l'hypertonie musculaire, de la douleur ou des troubles du comportement.

2. CADRE ET METHODE D'ETUDE

2.1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée au BENIN dans la Clinique Universitaire de Neurologie (CUN) du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM) de Cotonou.

2.1.1. CNHU-HKM

C'est l'hôpital de référence du Bénin. Il a été créé en 1962 par le premier président de la république du Bénin dont il porte le nom. Il a acquis le statut de centre hospitalier universitaire en 1973 puis en 2001 devient CNHU H.K.M. Il avait à sa création une capacité de 350 lits. Mais aujourd'hui, sa capacité d'accueil avoisine les 1000 lits.

Il est composé de plusieurs départements spécialisés dont le département médical et spécialités médicales dans lequel se trouve la Clinique Universitaire de Neurologie.

2.1.2. Clinique Universitaire de Neurologie

Elle est dirigée par un professeur titulaire de neurologie à la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou. Ce service reçoit et traite les patients souffrant d'affections neurologiques.

Infrastructure

On y retrouve :

- ✓ Huit (08) salles d'hospitalisation au sein du pavillon de médecine B et comportant 38 lits
- ✓ Une Unité de Soins Intensifs Neuro-vasculaire de 06 lits scopés avec une salle de télémétrie
- ✓ Une salle de consultation

- ✓ Une salle d'explorations fonctionnelles neurophysiologiques qui dispose d'un équipement comprenant un appareil numérisé d'EEG avec vidéo, un EMG.
- ✓ Six bureaux
- ✓ Un secrétariat

Personnels

- ✓ Six médecins neurologues dont trois professeurs titulaires, un assistant et deux praticiens hospitaliers
- ✓ Dix (10) infirmiers et infirmières dont le surveillant général
- ✓ Huit (08) aides-soignants
- ✓ Un employé de bureau

Activités

- ✓ Consultation
- ✓ Hospitalisation des patients
- ✓ Des actes médicotechniques tels qu'EEG, EMG,
- ✓ Des activités de recherche clinique surtout en neuro-épidémiologie
- ✓ Des expertises
- ✓ Des formations des étudiants en médecine et des médecins en diplôme d'étude spéciale de neurologie.

2.2. Méthode d'étude

2.2.1. Type et période d'étude

Il s'est agi d'une étude transversale, descriptive et analytique qui s'était déroulée de 25 Juillet 2022 à 28 Octobre 2022.

2.2.2. Population d'étude

Tous les patients ayant fait un AVC et répondant aux critères d'inclusion.

- **Critères d'inclusion**
  - ✓ AVC datant d'au moins 1 mois.
  - ✓ Age supérieur à 18 ans.
  - ✓ Patients ayant donné un consentement oral ou dont les parents en ont donné.
- **Critères de non inclusion**

N'ont pas été inclus dans cette étude :

  - ✓ Tous les patients n'ayant pas donné leur consentement
  - ✓ Tous les patients à moins d'un mois de l'AVC
- **Critères d'exclusion**
  - ✓ Tous les patients aphasiques.
  - ✓ Tous les patients confus

2.2.3. Echantillonnage

- **Méthode**: Échantillonnage non probabiliste
- **Technique d'échantillonnage** : il s'agissait d'un recrutement exhaustif de tous les patients répondant aux critères d'inclusion et ayant consulté dans la période d'étude.

2.2.4. Variables étudiées

Nous avions défini deux types de variables à savoir celles dépendantes et celles indépendantes.

- **Variables dépendantes**

Elles regroupent les différents scores permettant d'évaluer le handicap physique, l'indépendance fonctionnelle et la qualité de vie.

Le handicap physique a été évalué spécifiquement grâce au score de Rankin modifié (**annexe 1**) et l'indépendance fonctionnelle grâce au score de Barthel (**annexe 2**).

Le score de Barthel est utilisé pour mesurer la capacité de base du sujet à effectuer des tâches quotidiennes élémentaires et plus élaborées. Il comporte 10 items (relatant appareil par appareil les activités de la vie quotidienne), chacun étant coté de 0, 5, 10, ou 15.[34]

Le score final correspond à la somme des nombres obtenus pour chaque item. Son interprétation est la suivante :

- : 100 : indépendant
- <100 : dépendant
    - <20 : dépendance totale
    - 20-60 : dépendance sévère
    - 61-90 : dépendance modérée
    - 91-99 : dépendance légère

Le score de Rankin modifiée (mRS) est une échelle d'évaluation de résultats globaux d'un seul item qui a été établie en 1988 par le UK-TIA Study Group dans le cadre d'une étude sur l'aspirine dans la prévention des AVC à partir du Rankin Scale original développée en Ecosse en 1957 pour évaluer le handicap en post-AVC[35]. La cotation va de 0 à 6, 0 correspondant à l'absence des symptômes et 6 au décès. Le Rankin modifié admet un handicap pour un score supérieur ou égal à zéro et permet de classer le handicap en « léger » (score entre1-2), «modéré » (score à 3) et «sévère » (score entre 4-5).

L'instrument de mesure qui sera utilisé pour apprécier la qualité de vie est le score IADL de LAWTON et BRODY (Instrumental Activities of Daily Living) mise au point en 1969 à l'université de Philadelphie. C'est un test qui évalue la capacité du patient à réaliser des gestes de la vie quotidienne. Le score va de 0 à 8, les tâches sont notées 1 (si les sujets peuvent effectuer une tâche) ou 0 (si cela leur est impossible). Le total des scores va de 0 (incapacité à faire toutes les tâches et être dépendant d'une aide) à 8 (être capable de faire toutes les tâches et de fonctionner de façon indépendante). Un score maximal représente une autonomie maximale et plus le score diminue, plus le niveau d'autonomie diminue[36]. La Haute Autorité de Santé a proposé une forme simplifiée de ce score qui est l'IADL4 (**annexe 3**) et qui comporte quatre items. Ces quatre items explorent l'autonomie ou le degré de dépendance du sujet par rapport à quatre activités pratiques de la vie quotidienne. Son interprétation se présente comme suit :

- **0 :** Pas d'altération de la qualité de vie
- **1**-4 : Altération de la qualité de vie avec :
    - **1-2** : altération modérée de la qualité de vie
    - **3-4 :** altération modérée de la qualité de vie

- Variables indépendantes

Au nombre de trois, il s'agissait des variables socio-démographiques, des variables cliniques et des variables paracliniques.

- ✓ Variables sociodémographiques

Tableau I : Opérationnalisation des variables sociodémographiques

	Types de variable	**Modalités**
Age	Variable quantitative continue	≥ 18ans
Genre / Sexe	Variable dichotomique	Féminin ; Masculin
Statut professionnel	Variable qualitative nominale	Avec emploi ; Sans emploi ; Retraité
Niveau d'instruction	Variable qualitative ordinale	Aucun niveau d'étude; Primaire ; Secondaire; Supérieur
Etat matrimonial	Variable qualitative nominale	Marié ; Célibataire ; Divorcé ; Veuf
Mode de vie	Variable dichotomique	Seul; En famille
Niveau économique	Variable qualitative ordinale	Bas; Moyen; Elevé
Ethnie	Variable qualitative nominale	Adja ; Dendi ; Fon ; Mina ; Yoruba et apparentés
Religion	Variable qualitative nominale	Chrétiens; Musulmans; Autres
Résidence	Variable dichotomique	Urbain; Rurale
Activités de loisirs	Variable dichotomique	Non; Oui
Reprise des activités socio-professionnelles	Variable dichotomique	Non; Oui
Comportement du patient face au handicap	Variable qualitative nominale	Acceptation; Indifférence; Refus
Relation dans le milieu familial	Variable qualitative nominale	Surprotection; Négligence; Aucun changement
Relation dans la vie conjugale	Variable qualitative nominale	Surprotection; Intolérance; Divorce; Aucun changement

✓ Variables cliniques

Tableau II : Opérationnalisation des variables cliniques

	Types de variable	Modalités	Définitions
HTA	Variable dichotomique	Non ; Oui	HTA: auto déclaration du patient, vérification dans son dossier médical, prise d'antihypertenseurs au long cours, ou prise d'une pression artérielle élevée supérieure ou égale à 140/90 mm Hg au repos.
Diabète	Variable dichotomique	Non ; Oui	Diabète: antécédent auto-déclaré, vérification dans le dossier médical, prise régulière d'antidiabétiques oraux ou l'injection régulière d'insuline.
Alcoolisme chronique	Variable dichotomique	Non ; Oui	Alcoolisme chronique: auto déclaration de la prise d'alcool pur de plus de 20 g par jour pendant plus de 21 jours.
Tabagisme	Variable dichotomique	Non ; Oui	Tabagisme: consommation active de tabac sous toutes ses formes.
Sédentarité	Variable dichotomique	Non ; Oui	La sédentarité est définie comme l'état d'une personne qui pratique peu d'activités physiques.
Obésité	Variable dichotomique	Non ; Oui	Obésité: indice de masse corporelle est supérieure ou égale à 30.
Antécédent d'AVC	Variable dichotomique	Non ; Oui	Antécédent d'AVC: auto déclaration du patient, vérification dans son dossier médical.

✓ Autres variables cliniques

- NIHSS **(National institutes of health stroke Scale) (annexe 4)**

Le NIHSS est un outil qui permet d'évaluer la sévérité d'atteinte neurologique des patients souffrant d'AVC. Il est composé de 15 items neurologiques cliniques : la vigilance, l'orientation, l'exécution des commandes, l'oculomotricité, le champ visuel, la paralysie faciale, la motricité individuelle des 4 membres, l'ataxie des membres, la sensibilité, le langage, la dysarthrie, l'extinction et la négligence. Le NIHSS permet de classifier l'état clinique neurologique en fonction des scores. Il peut être normal avec un score à 0 ou pathologique avec différents sous scores répartis en « mineur » (score entre 1-4), « modéré » (score entre 5 -15), « sévère » (score entre 15-20) et « grave » (score > 20).

- (Hospital Anxiety and Depression Scale) HAD **(Annexe 5)**

Il s'agit ici de la variable liée au dépistage des troubles anxio-dépressifs.

✓ **Description de l'échelle HAD :**

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)**.**

✓ **Interprétation :**

Selon Zigmond et Snaith [37] les seuils pour les deux sous-scores permettant d'identifier les cas présentant des symptômes dépressifs ou anxieux sont les suivant :

- De 0-7 : absence de troubles anxieux ou de troubles dépressifs
- De 8-21 : présence de troubles avec
  - 8-10 troubles anxieux ou dépressifs suspectés
  - 11-21 : troubles anxieux ou dépressifs avérés (11-14 moyen ou modéré et 15-21 sévère**)**

✓ Variables paracliniques

- Le type d'AVC : ischémique ou hémorragique
- Le siège de la lésion : gauche ou droit

2.2.5. Collecte des données

Outils de collecte

Un questionnaire a été élaboré **(annexe 6)** et utilisé pour chaque patient. Il a été conçu sur la base des différentes variables citées plus haut. La collecte a été faite sur un support électronique via le logiciel KoboCollect (plateforme

numérique permettant la saisie et l'enregistrement automatique des données d'enquête sur un serveur en ligne). Le questionnaire comportait quatre sections :

- ✓ La première regroupait des données sociodémographiques (Q1-Q10)
- ✓ La deuxième concernait les antécédents des patients (Q11- Q18)
- ✓ La troisième était en rapport avec le mode de vie des patients (Q19- Q24)
- ✓ La dernière s'était consacrée aux données cliniques (Q25-Q37)

Technique de collecte

Nous avons effectué des entretiens avec les patients.

Traitement et analyse des données

La saisie des données a été faite directement sous KoBoCollect pendant la collecte des données. Après la collecte, la base a été apurée à l'aide du logiciel Excel pour vérifier la complétude. L'analyse des données a été faite à l'aide des logiciels R version 4.2.1. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne avec l'écart-type lorsque la distribution était normale et par la médiane et son intervalle interquartile lorsque la distribution était asymétrique (appréciée au test de Shapiro-Wilk). Les variables qualitatives ont été exprimées en effectif et pourcentage. La comparaison des fréquences a été faite à l'aide du test de Chi2. Le test non paramétrique de Kruskal-Wallis a été réalisé pour la comparaison de moyennes. Une p-value inférieure à 0,05 a été considérée comme statistiquement significative pour l'ensemble des tests. Le Rapport de prévalence (RP) a été utilisé comme mesure d'association pour rechercher l'association entre la variable dépendante et les variables indépendantes. Le traitement du texte a été fait à l'aide du logiciel d'application Microsoft Word version 2016 et la confection des tableaux et graphiques grâce au logiciel d'application Microsoft Excel version 2016.

2.3. Aspects éthiques

L'étude s'était déroulée dans un climat de confidentialité. L'anonymat des patients a été respecté.

2.4. Limites et difficultés rencontrées

Les difficultés rencontrées au cours de ce travail étaient de plusieurs ordres.

Elles étaient liées :

- À la barrière linguistique
- Au faible intérêt que portaient certains patients à l'étude.

3. RESULTATS

3.1. Diagramme de flux

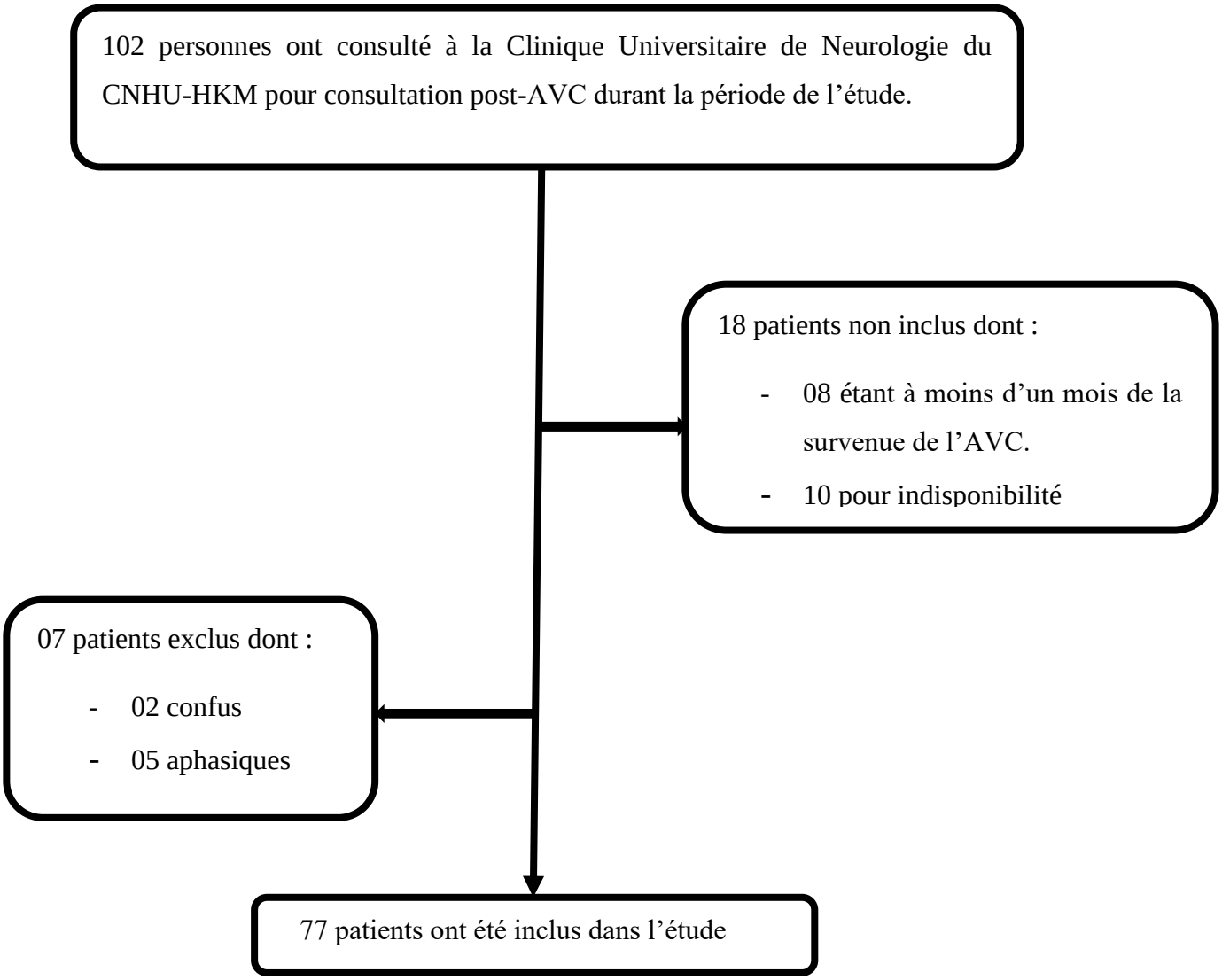


Figure 1 : Diagramme de flux

3.2. Description générale des patients

Au terme de notre étude, 77 patients suivis dans le service ont été enquêtés.

3.2.1. Caractéristiques sociodémographique et économique

3.2.1.1. Age

L'âge moyen était de 57,74 ±12,54 ans, avec des extrêmes de 30 et 65 ans.

3.2.1.2. Sexe

Le sex-ratio (homme/femme) était de 1,49 pour un total de 41 hommes (59,74%).

3.2.1.3. Autres caractéristiques sociodémographiques

La quasi-totalité des patients vivaient en région urbaine (97,4%) et la majorité avaient le niveau secondaire (42,86%).

Notre étude avait retrouvé 62,34% de mariés, 92,21% de chrétiens, 70,13% de fon et apparentées, 68,83% de fonctionnaires.

Le niveau socio-économique était bas (inférieur à 100000F CFA) dans la majorité des cas (44,16 %). Les autres caractéristiques sociodémographiques de notre population d'étude sont présentées dans le **Tableau III**.

Tableau III : Autres caractéristiques sociodémographiques des patients (N=77)

	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Ethnie		
Adja	4	5,19
Dendi et apparentés	5	6,49
Fon et apparentés	54	70,13
Foodo de Ouaké (Donga-Bénin)	1	1,3
Kbye de Guinée	1	1,3
Mina et apparentés	5	6,49
Yoruba et apparentés	7	9,09
Résidence		
Rurale	2	2,6
Urbaine	75	97,4
Profession		
Avec emploi	53	68,83
Sans emploi	2	2,6
Retraité(e)	22	28,57
Situation matrimoniale		
Célibataire avec enfant	15	19,48
Célibataire sans enfant	3	3,9
Divorcé	2	2,6
Marié	48	62,34
Veuf.ve	9	11,69
Niveau socio-économique		
Bas (<100 000 FCFA)	34	44,16
Intermédiaire (100 000 et 200 000 FCFA)	20	25,97
Élevé (> 200 000 FCFA)	23	29,87
Niveau d'étude		
Aucun	7	9,09
Primaire	13	16,88
Secondaire	33	42,86
Supérieur	24	31,17
Religion		
Eckiste	2	2,6
Chrétiens	71	92,21
Musulmans	4	5,19

3.2.1.4. Description du niveau socio-économique des patients après l'AVC

Une diminution du niveau économique avait été observée chez 77,92% des patients de même que les interactions sociales (83,12%).

Le **Tableau IV** présente la répartition des patients en fonction de leur niveau socio-économique après AVC.

Tableau IV: Répartition des patients en fonction du niveau socio-économique après AVC, Cotonou 2022

	Impact de l'AVC	
	Niveau économique	**Niveau social**
	n(%)	**n(%)**
Diminution	60(77,92)	64(83,12)
Aucun changement	17(22,08)	13(16,88)

3.2.2. Description du mode de vie et vie relationnelle des patients après l'AVC

La plupart des patients de notre étude vivaient en famille (96 %). Après l'AVC, 58,44% des patients pratiquent toujours une activité de loisirs et seulement 16,88% ont repris leur activité professionnelle. La vie relationnelle après AVC dans le couple et dans le milieu familial avait été marquée par une surprotection dans respectivement 50% et 53,25% des cas. La quasi-totalité des patients acceptait leur situation de handicap (73%).

Le **Tableau V** présente la répartition des patients en fonction de leur mode de vie.

Tableau V : Répartition des patients en fonction du mode de vie et la vie relationnelle après AVC, Cotonou 2022

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Entourage familial		
En famille	74	96
Seul	3	4
Activités de loisirs		
Non	32	41,56
Oui	45	58,44
Reprise des activités socio-professionnelles		
Non	64	83,12
Oui	13	16,88
Comportement vis-à-vis du handicap		
Acceptation	56	73
Indifférence	15	19
Refus	6	8
Relation dans la vie conjugale		
Aucun changement	29	42,65
Divorce	2	2,94
Intolérance	3	4,41
Surprotection	34	50
Relation dans le milieu familial		
Aucun changement	34	44,16
Négligence	2	2,6
Surprotection	41	53,25

3.2.3. Caractéristiques cliniques de la population générale

3.2.3.1. Antécédents des patients

Des 77 enquêtés, 92,21 % étaient hypertendus, 18,18 % étaient diabétiques et 23,38 % avaient un antécédent d'AVC.

Le **Tableau VI** présente la répartition des patients en fonction des facteurs de risque vasculaires

Tableau VI: Répartition des patients en fonction des facteurs de risque vasculaires, Cotonou 2022

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
HTA		
Non	6	7,79
Oui	71	92,21
Diabète		
Non	63	81,82
Oui	14	18,18
Antécédent d'AVC		
Non	59	76,62
Oui	18	23,38
Tabagisme		
Non	77	100
Oui	0	0
Obésité		
Non	67	87,01
Oui	10	19,99
Sédentarité		
Non	74	96,1
Oui	3	3,9
Alcoolisme		
Non	73	94,8
Oui	4	5,2

3.2.3.2. Sévérité de l'atteinte neurologique

Le score NIHSS moyen était de 3,33 avec les extrêmes de 0 et 13. L'atteinte neurologique était légère dans 54,55 % des cas et modérée dans 28,57% des cas.

La figure 2 nous présente la répartition des patients en fonction du NIHSS

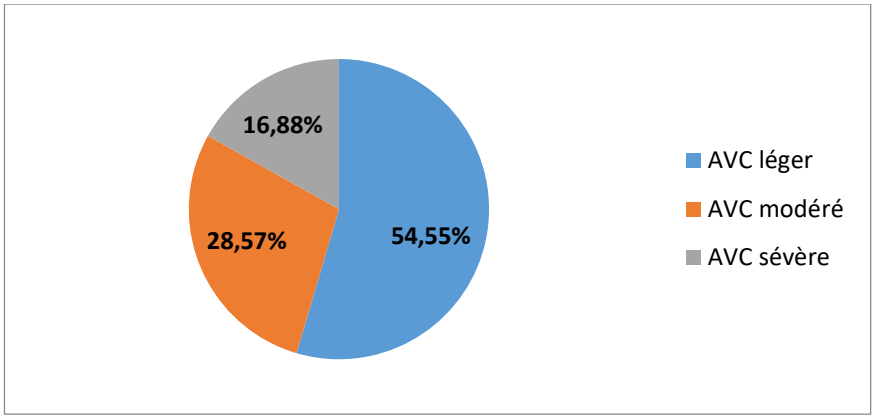


Figure 2 : Répartition des patients en fonction du NIHSS, Cotonou 2022

3.2.3.3. Rééducation fonctionnelle

Après la survenue de l'AVC la majorité des patients (66,23%) avait fait une rééducation fonctionnelle. 49,02% des patients avaient une fréquence de deux séances par semaine.

3.2.3.4. Troubles anxio-dépressifs dans la population d'étude

Au moment de l'étude, 37,66% des patients présentaient des troubles anxio-dépressifs.

Concernant la dépression, la fréquence hospitalière trouvée dans notre étude était de 32,47%. Elle était légère chez 16,88% des patients et modérée chez 15,58 %. Aucun patient ne présentait une dépression sévère.

Quant à l'anxiété, la fréquence hospitalière trouvée dans notre étude était de 40,26%. Elle était légère chez 22,08 %, modérée chez 15,58 % et sévères chez 2,60 % des patients.

Le **Tableau VII** nous présente la répartition des patients en fonction de l'état psychologique.

Tableau VII: Répartition des patients en fonction de l'état psychologique, Cotonou 2022.

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Anxiété		
Absence	46	59,74
Légère	17	22,08
Modérée	12	15,58
Sévère	2	2,6
Dépression		
Absence	52	67,53
Légère	13	16,88
Modérée	12	15,58

3.2.3.5. Autres données cliniques

Dans notre population d'étude 20,78 % des patients présentaient une dysarthrie.

3.2.4. Caractéristiques paracliniques de la population générale

3.2.4.1. Type d'AVC

Les AVC ischémiques étaient les plus retrouvés (62,34 %).

3.2.4.2. Siège de la lésion cérébrale

L'hémisphère cérébral gauche était le plus touché (55,84 %).

3.2.4.3. Autres caractéristiques paracliniques

Pour les AVC ischémiques, l'étiologie la plus fréquente était l'athérosclérose (35,07 %) et la microangiopathie liée à l'HTA pour les AVC hémorragiques (33,77%). La topographie la plus fréquente en cas d'AVC ischémique était le territoire sylvien superficiel dans 41,67 % des cas.

Concernant les AVC hémorragiques, la topographie la plus rencontrée était thalamique dans 46,43 % des cas.

Les caractéristiques paracliniques sont présentées dans le **Tableau VIII.**

Tableau VIII : Caractéristiques paracliniques de la population générale, Cotonou 2022

	Effectif (n)	**Pourcentage (%)**
AVC hémorragique	28	36,36
AVC ischémique	48	62,34
Hémorragie méningée	1	1,3
Hémisphère droit	34	44,16
Hémisphère gauche	43	55,84
Etiologie		
Arthérosclérose	27	35,07
Lacunes	3	3,39
Fibrillation auriculaire	1	1,3
Microangiopathie liée à l' HTA	26	33,77
En cours d'exploration	20	25,97
Topographie si AVC I		
Cérébelleuse supérieure	1	2,08
Cérébrale antérieure	4	8,33
Cérébrale postérieure	2	4,17
Perforantes du tronc cérébral	1	2,08
PICA	3	6,25
Sylvien superficiel	20	41,67
Sylvien profond	8	16,67
Sylvien total	5	10,42
Multifocale	4	8,33
Topographie si AVC H		
Caudée	2	7,14
Lenticulaire	12	42,86
Lobaire	1	3,57
Thalamique	13	46,43

3.2.5. Handicap lié à l'AVC

Le score de Rankin moyen était à 1,73. 65 (84,42%) patients présentaient un handicap en pst-AVC avec en majorité (53,25%) un handicap léger. (Figure 3)

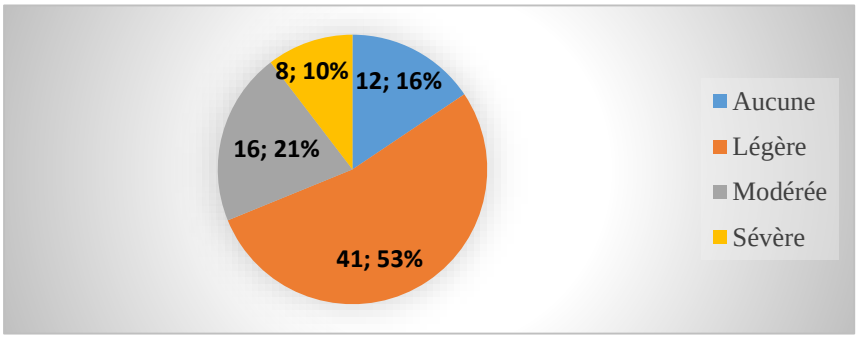


Figure 3 : Répartition des patients en fonction du handicap

3.2.6. Indépendance fonctionnelle liée à l'AVC

Dans notre population d'étude, 55,55% (N=42) des patients étaient dépendants mais la plupart avaient une dépendance modérée (32,47%). (Figure 4)

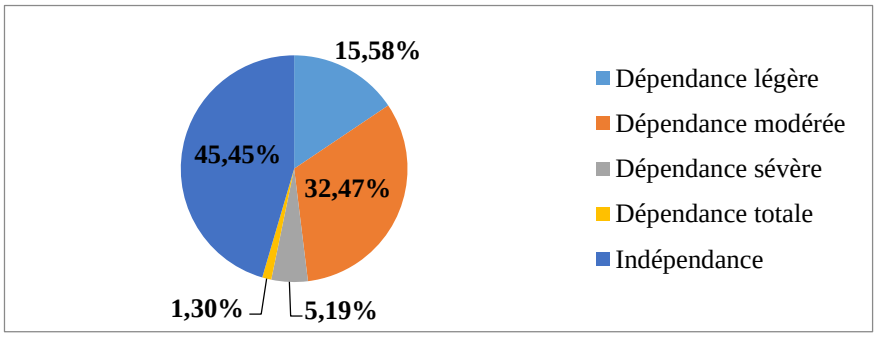


Figure 4 : Répartition des patients en fonction de l'indépendance fonctionnelle, Cotonou 2022

3.2.7. Qualité de vie après AVC

Des 77 enquêtés, 34 (44,15%) patients avaient une qualité de vie altérée dont 28,57% avec une qualité de vie modérément altérée.

La **figure 5** nous présente la répartition des patients en fonction de la qualité de vie.

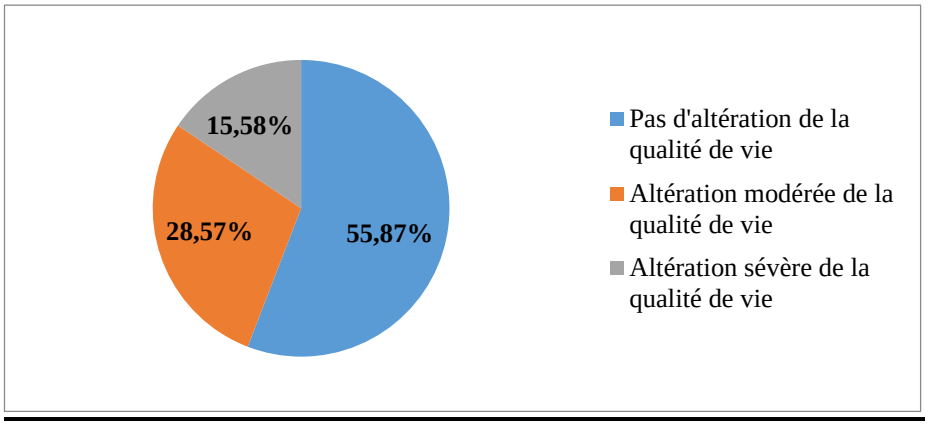


Figure 5 : Répartition des patients en fonction de la qualité de vie, Cotonou 2022

Tableau IX : Caractéristiques socio-démographiques des patients en fonction des scores mRS, Barthel et IADL4

	Handicap n=65	Dépendance fonctionnelle n=42	Qualité de vie n=34
	n'(%)	n'(%)	n'(%)
Age moyen	57	57	59
Sexe	**Sex ratio=1,41**	**Sex ratio=1**	**Sex ratio=1,12**
Féminin	27(42)	21(50)	16(47)
Masculin	38(58)	21(50)	18(53)
Résidence			
Rurale	1(1,5)	1(2,4)	1(2,9)
Urbaine	64(98)	41(98)	33(97)
Profession			
Artisan	7(11)	6(14)	3(8,8)
Commerçant	7(11)	6(14)	4(12)
Fonctionnaire	21(32)	11(26)	11(32)
Ménagère	7(11)	6(14)	5(15)
Sans emploi	2(3,1)	1(2,4)	1(2,9)
Autres	21(32)	12(29)	10(29)
Niveau socio-économique			
Bas	29(45)	21(50)	16(47)
Elevé	19(29)	10(24)	10(29)
Moyen	17(26)	11(26)	8(24)
Niveau d'étude			
Aucun	4(6,2)	3(7,1)	2(5,9)
Primaire	11(17)	10(24)	6(18)
Secondaire	31(48)	20(48)	18(53)
Supérieur	19(29)	9(21)	8(24)
Situation matrimoniale			
Célibataire	17(26,6)	13(30,8)	9(26,9)
Divorcé	2(3,1)	2(4,8)	2(5,9)
Marié	39(60)	22(52)	20(59)
Veuf (ve)	7(11)	5(12)	3(8,8)
Reprise des activités socio-professionnelles			
Oui	8(12)	0(0)	2(5,9)
Non	57(88)	42(100)	32(94)

Tableau X : Facteurs de risque vasculaires et caractéristiques cliniques des patients en fonction des scores mRS, Barthel et IADL4

	Handicap n=65	Dépendance fonctionnelle n=42	Qualité de vie n=34
	n'(%)	n'(%)	n'(%)
HTA			
Non	4(6)	4(9,5)	4(12)
Oui	61(94)	38(90)	30(88)
Diabète			
Non	51(78)	33(79)	28(82)
Oui	14(22)	9(21)	6(18)
Antécédents d'AVC			
Non	50(77)	31(74)	26(76)
Oui	15(23)	11(26)	8(24)
Obésité			
Non	57(88)	36(86)	30(88)
Oui	8(12)	6(14)	4(12)
Sédentarité			
Non	62(95)	40(95)	33(97)
Oui	3(5)	2(5)	1(3)
Alcoolisme			
Non	61(94)	39(93)	32(94)
Oui	4(6)	3(7)	2(6)
Tabagisme			
Non	65(100)	42(100)	34(100)
Score NIHSS			
AVC léger	38(58)	20(48)	16(47)
AVC modéré	22(34)	20(48)	16(47)
Normal	5(8)	2(4)	2(6)
Rééducation fonctionnelle en MPR			
Non	15(23)	8(19)	5(15)
Oui	50(77)	34(81)	29(85)
Troubles anxio-dépressifs			
Non	36(55)	22(52)	18(53)
Oui	29(45)	20(48)	16(47)
Anxiété			
Non	36(55)	23(55)	20(58)
Anxiété légère	16(25)	10(24)	8(24)
Anxiété modérée	11(17)	7(17)	6(18)
Anxiété sévère	2(3)	2(4)	0(0)
Dépression			
Non	40(62)	23(55)	20(58)
Dépression légère	13(20)	11(26)	8(24)
Dépression modérée	12(18)	8(19)	6(18)

Tableau XI : Caractéristiques paracliniques des patients en fonction des scores mRS, Barthel et IADL4

	Handicap n=65	Dépendance fonctionnelle n=42	Qualité de vie n=34
	n'(%)	n'(%)	n'(%)
Type d'AVC			
AVC Hémorragique	26(40)	20(48)	16(47)
AVC Ischémique	39(60)	22(52)	18(53)
Siège de la lésion			
Droite	28(43)	18(43)	14(41)
Gauche	37(57)	24(57)	20(59)
Etiologie			
Arthérosclérose	23(36)	13(31)	12(35)
Lacunes	1(1)	1(2)	1(3)
Fibrillation auriculaire	1(1)	1(2)	1(3)
Microangiopathie liée à l' HTA	24(37)	19(45)	15(44)
En cours d'exploration	16(25)	8(19)	5(15)
Topographie AVC I			
Cérébelleuse supérieure	1(2)	0	0
Cérébrale antérieure	3(8)	0	0
Cérébrale postérieure	2(5)	1(4)	1(6)
Perforantes du tronc cérébral	0	0	0
PICA	3(8)	25(9)	2(11)
Sylvien superficiel	17(44)	14(64)	9(50)
Sylvien profond	6(15)	1(4)	2(11)
Sylvien total	3(8)	3(14)	2(11)
Multifocale	4(10)	1(4)	2(11)
Topographie AVC H			
Caudée	2(8)	0	1(6)
Lenticulaire	11(42)	9(45)	5(31)
Lobaire	1(4)	0	0
Thalamique	12(46)	11(55)	10(63)

3.3. Facteurs associés

3.3.1. Association entre le degré de handicap et les facteurs cliniques

Il y avait un lien statistiquement significatif entre la reprise des activités socio-professionnelles, l'impact du handicap sur le niveau social, le type d'AVC, la rééducation fonctionnelle , le niveau de sévérité de l'AVC, le niveau

d'indépendance fonctionnelle, la qualité de vie, la dépression et le degré de handicap évalué par le score de Rankin modifié (p<0,05).

La fréquence de la rééducation fonctionnelle (p=0,066), l'anxiété (p=0,3), le niveau socio-économique (p>0,9), l'étiologie (p=0,077) et la topographie (p > 0,9) de l'AVC n'étaient pas significativement liés au handicap.

Le **tableau XII** montre les données cliniques associées au handicap

Tableau XII : Données cliniques associées au handicap

	Handicap N = 65	Pas de handicap, N = 12	p-valeur2
Reprise des activités socio-professionnelles			0,014
Non	57(89,1%)	7 (10,9%)	
Oui	8(61,5%)	5 (38,5%)	
Impact du handicap sur le niveau social			<0,001
Aucun changement	5 (38,5%)	8 (61,5%)	
Diminution	60(93,8%)	4 (6,2%)	
Type d'AVC			0,021
AVC Hémorragique	26(89,7%)	3 (10,3%)	
AVC Ischémique	39(81,2%)	9 (18,8%)	
Rééducation fonctionnelle en MPR			<0,001
Non	15(57,7%)	11(42,3%)	
Oui	50(98%)	1 (2,0%)	
Niveau de sévérité de l'AVC			<0,001
Pathologique	38(89,5%)	4 (9,5%)	
AVC modéré	22(100%)	0 (0,0%)	
Normal	5(38,5%)	8 (61,5%)	
Niveau d'indépendance fonctionnelle			<0,001
Dépendance légère	11(66,7%)	1 (8,3%)	
Dépendance modérée	25(44,0%)	0 (0,0%)	
Dépendance sévère	4(0,0%)	0 (0,0%)	
Dépendance totale	1(0,0%)	0 (0,0%)	
Indépendance	24(62,9%)	11(31,4%)	
Altération de la qualité de vie			<0,001
modérée	22 (100%)	0 (0,0%)	
sévère	12 (100%)	0 (0,0%)	
Pas d'altération	31(72,1%)	12(27,9%)	
Niveau de dépression			0,023
Absence de dépression	40(76,9%)	12(23,1%)	
Dépression légère	13 (100%)	0 (0,0%)	
Dépression modérée	12 (100%)	0 (0,0%)	

3.3.2. Association entre l'indépendance fonctionnelle et les facteurs cliniques

La reprise des activités socio-professionnelles, la rééducation fonctionnelle, le niveau de sévérité de l'AVC, le handicap mesuré par le Rankin modifié et la qualité de vie étaient significativement associés à l'indépendance fonctionnelle évaluée par le score de Barthel ($p<0,05$).

Il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre l'indépendance fonctionnelle et l'âge et le sexe.

Le **tableau XIII** montre les données cliniques associées à l'indépendance fonctionnelle

Tableau XIII : Données cliniques associées à l'indépendance fonctionnelle

	Dépendance	Indépendance, N = 35	p-valeur2
Reprise des activités socio-professionnelles			<0,001
Non	42 (65,6%)	22 (34,4%)	
Oui	0	13 (100,0%)	
Rééducation fonctionnelle en MPR			0,01
Non	8 (30,8%)	18 (69,2%)	
Oui	34 (66,7%)	17 (33,3%)	
Niveau de sévérité de l'AVC			<0,001
AVC léger	20 (47,6%)	22 (52,4%)	
AVC modéré	20 (90,9%)	2 (9,1%)	
Normal	2 (15,4%)	11 (84,6%)	
Degré de handicap			<0,001
léger	19 (46,3%)	22 (53,7%)	
modéré	15 (93,8%)	1 (6,2%)	
sévère	7 (87,5%)	1 (12,5%)	
Normal	1 (8,3%)	11 (91,7%)	
Altération de la qualité de vie			<0,001
modérée	16 (72,7%)	6 (27,3%)	
sévère	12 (100%)	0 (0,0%)	
Pas d'altération	14 (32,6%)	29 (67,4%)	

3.3.3. Association entre la qualité de vie et les facteurs cliniques

La rééducation fonctionnelle, le niveau de sévérité de l'AVC, le niveau d'indépendance fonctionnelle et le degré du handicap étaient associés de façon significative à la qualité de vie évalué par le score de IADL4 ($p<0,05$).

Par contre, l'anxiété ($p>0,9$), la dépression ($p=0,2$), n'étaient pas significativement liés à la qualité de vie.

Le **tableau XIV** montre les données cliniques associées à la qualité de vie

Tableau XIV : Données cliniques associées à la qualité de vie

	Altération de la qualité de vie	Pas d'altération, N = 43	p-valeur2
Rééducation fonctionnelle en MPR			0,008
Non	5 (19,2%)	21 (80,8%)	
Oui	29(56,9%)	22 (43,1%)	
Niveau de sévérité de l'AVC			<0,001
AVC léger	16(38,1%)	26 (61,9%)	
AVC modéré	16(72,7%)	6 (27,3%)	
Normal	2 (15,4%)	11 (84,6%)	
degré de handicap			<0,001
Léger	14(34,1%)	27 (65,9%)	
Modéré	13(81,2%)	3 (18,8%)	
Sévère	7(87,5%)	1 (12,5%)	
Normal	0 (0,0%)	12(100,0%)	
Niveau d'indépendance fonctionnelle			<0,001
Dépendance légère	4 (33,3%)	8 (66,7%)	
Dépendance modérée	19 (76%)	6 (24,0%)	
Dépendance sévère	4 (100%)	0 (0,0%)	
Dépendance totale	1 (100%)	0 (0,0%)	
Indépendance	6 (17,1%)	29 (82,9%)	

4. DISCUSSION

La discussion de notre travail s'articulera autour des trois points suivants :

- ✓ Atteinte des objectifs
- ✓ Forces et faiblesses de l'étude
- ✓ Commentaires des résultats et comparaison avec les données de la littérature.

4.1. Atteinte des objectifs

L'objectif général de cette thèse était d'évaluer le handicap physique et la qualité de vie en post-accident vasculaire cérébral à la clinique universitaire de neurologie du CNHU-HKM en 2022. Plus spécifiquement, il s'agissait d'apprécier le handicap physique après un AVC par le score Rankin modifié, de déterminer le niveau d'indépendance fonctionnelle après un AVC par le score BARTHEL, d'apprécier la qualité de vie par le score IADL4, d'identifier les facteurs associés à un faible niveau d'indépendance fonctionnelle et de déterminer les facteurs associés à une mauvaise qualité de vie chez les patients suivis en post-AVC en neurologie au CNHU-HKM.

Nous pouvons dire qu'au terme de cette étude nous avons globalement atteint nos objectifs. D'une part, l'appréciation du handicap physique via le score de Rankin et celle de la qualité de vie par le score IADL4 nous a permis d'obtenir une prévalence du handicap physique et de l'altération de la qualité de vie après l'AVC estimée respectivement à 84,42% et 44,15%. D'autre part, après détermination des variables indépendantes et après leur croisement avec nos variables principales puis une analyse logistique bivariée, il en ressort que :

- ✓ la reprise des activités socio-professionnelles, l'impact du handicap sur le niveau social, le type d'AVC, la rééducation fonctionnelle, la fréquence de la rééducation, le niveau de sévérité de

l'AVC, le niveau d'indépendance fonctionnelle, l'altération de la qualité de vie, les troubles anxio-dépressif étaient les facteurs associés de façon significative au degré de handicap.

- ✓ la reprise des activités socio-professionnelles, la rééducation fonctionnelle, le niveau de sévérité de l'AVC, le handicap physique mesuré par le mRS, la qualité de vie étaient les facteurs associés de façon significative à l'indépendance fonctionnelle
- ✓ l'impact du handicap sur le niveau social, la rééducation fonctionnelle, le niveau de sévérité de l'AVC, le niveau d'indépendance fonctionnelle, le degré du handicap étaient les facteurs associés de façon significative à l'altération de la qualité de vie.

4.2. Forces et limites de l'étude

4.2.1. Forces

Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive et analytique avec un échantillonnage exhaustif. Les avantages d'une telle méthodologie résident dans sa rapidité, sa facilité de mise en œuvre mais également l'absence de biais d'échantillonnage et l'exactitude des données recueillies. L'anonymat du questionnaire a permis de lever le complexe lié au jugement personnel.

Les résultats pourront nous permettre d'améliorer la prise en charge des patients en suivi post-AVC par la création d'une consultation post-AVC avec détection d'une déficience motrice et d'une mauvaise qualité de vie grâce aux échelles adaptées et recommandées.

4.2.2. Limites

Les principales faiblesses de notre étude résidaient dans la taille de l'échantillon durant la période d'étude ainsi que l'exclusion des patients

aphasiques ne permettant pas de généraliser les résultats à tous les patients victimes d'AVC.

Enfin notons les biais d'information et de confusion lors de la collecte des données que nous avons limités au maximum en posant des questions simples et claires. Aussi, lors de la collecte, les enquêtés avaient la possibilité de poser des questions sur chaque point d'ombre concernant le questionnaire. Le recrutement des patients a rigoureusement respecté les critères que nous nous sommes fixée en matière d'échantillonnage. Ce processus nous a permis de sélectionner uniquement les patients concernés par l'étude afin de limiter les biais de sélection.

4.3. Commentaires et comparaison des résultats

Nous aborderons successivement les données socio-démographiques, les données sur le handicap physique et l'indépendance fonctionnelle pour terminer par les données sur la qualité de vie après AVC.

4.3.1. Données socio-démographiques

4.3.1.1. Age

Dans notre population d'étude, l'âge moyen des patients était de 57,74 ±12,54 ans, avec des extrêmes de 30 ans et 87 ans. Nos résultats sont proches de ceux de **Diagne *et al.*** au Sénégal, qui avaient retrouvé un âge moyen de 55,25 ans avec des extrêmes de 32 et 82 ans [6]. Au Bénin, **K. C. Adjien *et al.*** [38]et **Marie Joelle *et al.*** [24] avaient aussi trouvé des résultats similaires avec respectivement un âge moyen de 58,9 ±13,6 ans, et 56±13ans.

Nos résultats s'éloignent de ceux de **ZHOU** [39] en France qui avait trouvé une moyenne d'âge supérieure à la nôtre (72,3 ans). **Assogba *et al.*** [9]

quant à eux avaient eu un âge moyen inférieur au notre (47ans) avec des extrêmes de 21 et 73ans.

4.3.1.2. Sexe

Dans la population générale, nous avons trouvé une prédominance masculine (59,74% avec un sex-ratio de 1,49). Cette prédominance masculine a été retrouvée également par plusieurs autres auteurs tels que **N. Charfi *et al.*** [40] (1,62) ; **Rabat *et al.*** [41] (1,70) et **Dadah *et al*** [7](1,27)

Cependant **N'goran *et al*** [42] et **Noura *et al*** [43] retrouvaient une prédominance féminine.

Notons qu'il est généralement admis que l'incidence des AVC est plus élevée chez les hommes que chez les femmes probablement suite à l'effet protecteur des facteurs hormonaux (œstrogènes), ce qui a contrario expliquerait un rééquilibrage entre les deux sexes après la ménopause [44].

4.3.2. Données sur le handicap physique

- **Fréquence**

Nous avons trouvé une fréquence de 84,42% pour le handicap dont la majorité avait un handicap léger (53,25%). Ce taux est superposable aux résultats auxquels sont parvenus d'autres auteurs comme **Assogba *et al***. au Togo (73,7%) [9]**, Charfi *et al***. en Tunisie (72,1%) [40], **Diagne *et al*.** au Sénégal **(**87%) [6] qui ont aussi utilisé le score de Rankin modifié pour évaluer le handicap.

On en déduit que la prévalence hospitalière du handicap physique à la CUN du CNHU-HKM est élevée et de sévérité légère.

Cette fréquence élevée du taux de handicap pourrait s'expliquer entre autres, par les tendances démographiques et l'augmentation de la prévalence des maladies vasculaires.

- **Facteurs associés**

L'analyse bivariée a permis de mettre en évidence un certain nombre de facteurs associés de manière significative ($p<0.05$) au handicap physique.

Ce sont : la reprise des activités socio-professionnelles ($p=0,014$), l'impact du handicap sur le niveau social ($p=0,014$), le type d'AVC ($p=0,021$), la rééducation fonctionnelle ($p<0,001$), le niveau de sévérité de l'AVC ($p<0,001$), le niveau d'indépendance fonctionnelle ($p<0,001$), la qualité de vie ($p<0,001$) et la dépression ($p=0,023$).

Après un AVC, les patients portant un handicap physique ont des difficultés à se réintégrer dans le monde professionnel soit parce qu'ils perdent leur travail à cause de la longue absence ou soit parce qu'ils n'arrivent plus à assurer pleinement leurs fonctions ce qui est dû à la limitation de leurs capacités fonctionnelles. On en déduit que l'AVC entraîne un lourd retentissement sur les activités professionnelles.

En effet, le handicap entraîne une limitation des mouvements de l'individu et réduit ses interactions sociales ce qui forcément impactera sa qualité de vie. La limitation des interactions sociales après ictus pourrait aussi s'expliquer par le fait qu'en Afrique la maladies est considérée comme une affaire familiale et est rarement extériorisé pour éviter le regard du voisin.

L'association du handicap au type d'AVC vient confirmer le meilleur pronostic fonctionnel reconnu depuis longtemps dans les AVCH au détriment des AVCI.

L'association de la rééducation fonctionnelle au handicap physique confirme la place bien importante de la kinésithérapie dans la prise en charge des AVC dont le but majeur est de rendre plus indépendant le patient. Il faut noter que plus la rééducation fonctionnelle est précoce et régulière plus le patient a la chance de récupérer rapidement ses capacités fonctionnelles pour être autonome.

Plusieurs études comme celles de **Napon *et al.*** [45]**, Feigin *et al.*** [46] ont confirmé l'association significative entre la sévérité du handicap et les troubles de l'humeur post AVC.

De même **Sonu *et al.*** [47] en 2017 en Inde, **Jeffrey *et al.*** [48] aux Etats Unis en 2012 ont montré qu'il existe aussi une association significative entre la sévérité de l'AVC et le handicap physique.

L'anxiété et l'âge n'étaient pas associés de manière significative au handicap dans notre étude (p=0,2). Cependant certains auteurs comme **Jonathan *et al.*** [49] (Australie, 2004**)** et **Seana *et al***. [50] (Australie, **2009)** avaient trouvé une association entre l'âge, l'anxiété et le handicap. Ceci pourrait s'expliquer par la variabilité des échelles utilisées et la taille de l'échantillon. En effet, ces auteurs avaient utilisé le London Handicap Scale avec des tailles d'échantillon trois à quatre fois supérieures au nôtre.

4.3.3. Données sur l'indépendance fonctionnelle

- **Fréquence**

Nous avons trouvé que 55,55% de nos patients avaient une dépendance fonctionnelle et la population la plus représentée avait une dépendance modérée (32,47%). Cette fréquence est inférieure à celle trouvée par **0kome Obiang *et al.*** [51] pour qui tous les patients étaient dépendants malgré qu'on ait utilisé les

mêmes échelles. Cette différence pourrait s'expliquer par le délai de suivi post-AVC qui est rigoureusement de trois mois post ictus pour **Okome Obiang *et al.*** [51] alors qu'elle varie de un mois à plusieurs années dans notre étude. On pourrait comprendre que ces patients n'ont pas eu suffisamment de séances de rééducation.

Capinala *et al.* [52] ont également trouvé une fréquence élevée de dépendance fonctionnelle à l'index de Barthel (plus de 70%).

On déduit que la prévalence hospitalière de la dépendance fonctionnelle à la CUN du CNHU-HKM est élevée et de sévérité modérée.

- **Facteurs associés**

L'analyse bivariée a permis de l'associer de façon significative à : la reprise des activités socio-professionnelles (p<0,001), la rééducation fonctionnelle (p=0,001), le niveau de sévérité de l'AVC (p<0,001), le handicap (p<0,001) et la qualité de vie (p<0,001).

La corrélation entre la sévérité de l'AVC et l'indépendance fonctionnelle a été aussi trouvée par **Riou-Comte *et al.*** [53]**.**

Aussi, l'association entre la qualité de vie et l'indépendance fonctionnelle a été confirmée par **Suzanne *et al.***[54] et **Charfi *et al.*** [40]**.**

Elle n'était pas associée de manière significative à l'âge et au sexe comme l'ont montré certains auteurs comme **Renggli *et al.*** [55] et **DAVIET**[56].

De même, elle n'était pas associée à la dépression et à l'anxiété. Cependant, **Napon *et al.*** [45] au Burkina**, Feigin *et al.*** [46] ont trouvé une

association significative entre l'indépendance fonctionnelle et les troubles de l'humeur post AVC.

4.3.4. Données sur la qualité de vie

- **Fréquence**

Dans notre étude, 44,15% des patients avaient une qualité de vie altérée. Cette fréquence est inférieure à celle trouvée par **Charfi *et al.*** [40](68%) qui a utilisée l'échelle SF-36 pour évaluer la qualité de vie de 147 patients.

Ceci pourrait se traduire par la variabilité des échelles utilisées et la faible taille de notre échantillon.

- **Facteurs associés**

Il y avait un lien statistiquement significatif entre la rééducation fonctionnelle (p=0,008), le niveau de sévérité de l'AVC (p<0,001), le niveau d'indépendance fonctionnelle (p<0,001), le degré du handicap (p<0,001) et la qualité de vie (p<0,05).

Nos résultats concordent avec ceux d'**Assogba *et al.*** [9]qui ont décrit le handicap comme un facteur fortement associé à la qualité de vie.

De même, nos résultats s'accordent avec ceux de **Matinou *et al.*** [57] qui ont également montré une association entre la sévérité de l'AVC et la qualité de vie.

La qualité de vie était associée l'indépendance fonctionnelle. Ceci a été confirmé par **Suzanne *et al.***[54] et **Charfi *et al*.** [40]**.**

La qualité de vie n'était pas associée de manière significative à l'âge comme l'ont affirmé **Diagne *et al.*** [6] qui ont décrit l'âge comme étant un facteur prédictif d'une mauvaise qualité de vie. Ceci est inattendu puisque plus l'âge avance, moins on est apte sur le plan fonctionnel et il s'ensuit une altération de la qualité de vie.

Par contre, l'anxiété (p>0,9) et la dépression (p=0,2), n'étaient pas significativement liées à la qualité de vie ce qui a été confirmé par **Assogba *et al.*** [9]**.** Ceci nous paraît paradoxal vu qu'il ne pourrait y avoir une bonne qualité de vie sans une bonne humeur. On pourrait peut-être l'expliquer par la faible taille de l'échantillon de notre étude. Il faut signaler que certains auteurs comme **Matinou *et al.*** [57]ont trouvé une association significative entre la qualité de vie et les troubles de l'humeur.

La qualité de vie était indépendante du niveau socio-économique. L'étude de **Suzanne *et al.*** [54] sur la qualité de vie en post-AVC a aussi montré que le statut socio-économique n'impactait pas la qualité de vie. Ceci nous parait étonnant vu l'influence économique de l'AVC sur ses victimes.

Par contre, au Brésil, **Capinala et al** ont trouvé dans leur étude sur l'impact socio-économique de l'AVC chez les patients et les membres de la famille que 25 % (14 patients) de l'échantillon ont dépensé plus de 50 % du revenu mensuel du ménage, tandis que 10 (17,9 %) les patients consacrent plus de 100 % de leur revenu mensuel et seulement 2 (3,6 %) les patients consacrent jusqu'à 10 % de leur revenu mensuel à leur maladie. Ce qui donne une idée claire du grand impact socio-économique de l'AVC sur la famille en tenant compte des autres besoins fondamentaux qui n'ont pas de couverture financière [52]. L'influence économique de l'AVC sur ses victimes est un cycle infernal. En effet, les patients en particulier ceux qui exercent une profession libérale voient leurs activités au ralentie ou même suspendues et dans le même temps

sont obligés de payer pour la prise en charge de leurs états de santé ce qui les affaiblit davantage financièrement. Cet état de chose altère irrémédiablement la qualité de vie.

CONCLUSION ET SUGGESTIONS

Conclusion

L'AVC est un réel problème de santé publique. Cette étude met en exergue les conséquences directes de l'AVC (le handicap physique et la dépendance fonctionnelle). Elle vient confirmer la répercussion du handicap sur la qualité de vie des patients. Pour améliorer davantage cette qualité de vie, il faudrait mettre en place des politiques sanitaires en matière de prévention primaire par des campagnes de sensibilisation sur les facteurs de risque afin d'éviter au maximum les AVC.

Suggestions

➢ A l'endroit des responsables politico-administratives

- Créer un centre de rééducation accessible au plus grand nombre de patients.
- Recruter un psychologue dédié à la CUN pour assurer efficacement la prise en charge psychologique des patients victimes d'un AVC dans la CUN du CNHU-HKM.
- Recruter une assistante sociale dédiée à la CUN pour une réinsertion socio-professionnelle des survivants d'AVC.
- Subventionner la prise en charge de l'AVC pour soulager les patients sur le plan économique.
- Viabiliser les services sociaux des hôpitaux et des services administratifs

➢ A l'endroit du personnel de santé

- Organisation des journées de dépistage des facteurs de risque vasculaire en particulier chez les sujets de plus de 50ans
- Insister sur l'importance de la rééducation fonctionnelle après l'AVC.

➢ A l'endroit de la population

- Sensibiliser l'entourage des victimes d'AVC par rapport à l'importance d'un accompagnement psychologique des survivants d'AVC.

REFERENCES

1. **Feigin VL, Mensah GA, Norrving B, Murray CJL, Roth GA**, GBD 2013 Stroke Panel Experts Group. Atlas of the Global Burden of Stroke (1990-2013): The GBD 2013 Study. Neuroepidemiology. 2015;45(3):230-6.

2. **Strong K, Mathers C, Bonita R.** Preventing stroke: saving lives around the world. Lancet Neurol. févr 2007;6(2):182-7.

3. **Sturm JW, Donnan GA, Dewey HM, Macdonell RAL, Gilligan AK, Srikanth V, et al.** Quality of life after stroke: the North East Melbourne Stroke Incidence Study (NEMESIS). Stroke. oct 2004;35(10):2340-5.

4. **Peter Rothwell.** Une mesure du risque d'AVC après un AIT. The Lancet, Published online June 21, 2005, DOI:10.1016/S0140-6736(05)66702-5

5. **Dhamoon MS, Moon YP, Paik MC, Boden-Albala B, Rundek T, Sacco RL, et al.** Quality of life declines after first ischemic stroke. The Northern Manhattan Study. Neurology. 27 juill 2010;75(4):328-34.

6. **Diagne NS, Camara M, Cisse O, Sy A, Diop A, Gaye NM, et al.** Vécu post-AVC d'une cohorte sénégalaise : quel facteur de risque pour quel items de qualité de vie. J Réadapt Médicale Prat Form En Médecine Phys Réadapt. sept 2016;36(3):156-60.

7. **Dadah SML, Basse AM, Sene MS, El HMB, Seck LB, Sy AB, et al.** Qualite de vie apres un accident vasculaire cerebral au Senegal: a propos de 50 cas. Afr J Neurol Sci. 2013;32(2):24-9.

8. **Owolabi MO, Ogunniyi A.** Profile of health-related quality of life in Nigerian stroke survivors. Eur J Neurol. janv 2009;16(1):54-62.

9. **Assogba Komi , Mofou B, Damelan K, Afiwa A, Kossivi A, Vinyo K, et al**. CLINICAL STUDIES / ETUDE CLINIQUES QUALITE DE VIE, ANXIETE ET DEPRESSION CHEZ LES SURVIVANTS D'AVC AU TOGO. Afr J Neurol Sci. 2011;30(1):7.

10. **Diagne NS, Ndao AK, Ndiaye M, Seck LB, Sene Diop MS, Basse A, et al**. Troubles vésicosphinctériens au cours des accidents vasculaires cérébraux. J Réadapt Médicale Prat Form En Médecine Phys Réadapt. 1 juin 2013;33(2):37-9.

11. **Didier Niama Natta , Alagnidé Etienne, Kpadonou Toussaint.** Quality of life after stroke in Benin. Ann Phys Rehabil Med. 1 sept 2016;59:e75.

12. Comité national Coordination Action Handicap (CCAH) Les-differents-types-de-handicap - Disponible sur: https://www.ccah.fr/CCAH/Articles/Les-differents-types-de-handicap

13. Qualité de vie | Cairn.info . Disponible sur: https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-260.htm

14. Définitions : qualité - Dictionnaire de français Larousse Disponible sur: https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/qualit%C3%A9/65477#165726

15. **Béjot Y, Touzé E, Osseby GV, Giroud M.** Épidémiologie descriptive. In : Bousser MG, Mas JL, eds. Accidents vasculaires cérébraux. Paris : Doin, 2009.

16. **Alexis Schnitzler**. Handicap dans les suites d'un accident vasculaire cérébral : étude de prévalence et impact des filières de soin. Santé publique et épidémiologie. Université de Versailles-Saint Quentin en Yvelines 2015 ; 13.

17. **Lozano R, Fullman N, Abate D, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al.** Measuring progress from 1990 to 2017 and projecting attainment to 2030 of the health-related Sustainable Development Goals for 195 countries and territories : a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. The Lancet. 2018 ; 392(101 59) : 2091-138.

18. Stroke Unit Trialists Collaboration. How do stroke units improve patient outcomes ? A collaborative systematic review of the randomized trials. Stroke. 1997 ; 28 : 2139-2144.

19. **Truelsen T, Piechowski-Jóźwiak B, Bonita R, et al** (2006) Stroke incidence and prevalence in Europe: a review of available data. Eur J Neurol 13:581–598.

20. **Damasceno A, Gomes J, Azevedo A, et al** (2010) An epidemiological study of stroke hospitalizations in Maputo, Mozambique: a high burden of disease in a resource-poor country. Stroke 41:2463–2469.

21. **Tododjitche Thierry Armel Adoukonou** : Pathologie vasculaire en Afrique. Rev Neurol. avril 2015; A204.

22. **Système canadien de surveillance des maladies chroniques** (SCSMC). Disponible sur: https://sante-infobase.canada.ca/scsmc/outil-de-donnees/Index

23. **Tododjitche Thierry Armel Adoukonou.** Épidémiologie et pronostic des accidents vasculaires cérébraux à Parakou au Bénin. Médecine humaine et pathologie. Université de Limoges; Université d'AbomeyCalavi (Bénin), 2021 ; 14.

24. **Marie Joelle Cossi, Gobron C, Preux P-M, et al** (2012) Stroke: prevalence and disability in Cotonou, Benin. Cerebrovasc Dis Basel Switz 33:166–172.

25. **Adoukonou TA, Vallat J-M, Joubert J, et al** (2010) [Management of stroke in sub-Saharan Africa: current issues]. Rev Neurol (Paris) 166:882–893.

26. **American Heart Association**, Mortalité après un accident vasculaire cérébral. Paris: OCDE; 2017 nov p. 114-5. Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2017/mortalite-apres-un-accident-vasculaire-cerebral_health_glance-2017-33-fr

27. **Peretti C, Grimaud O, Tuppin P, Chin F, Woimant F.** Prevalence of stroke, sequelae and difficulties in activities of daily living: French Disabilities and Health Studies 2008-2009. Bull Épidémiol Hebd. 10 janv 2012;1:1-6.

28. **Carota A, Dieguez S, Bogousslavsky J.** [Psychopathology of stroke]. Psychol Neuropsychiatr Vieil. déc 2005;3(4):235-49.

29. **Carota A, Paolucci S.** Depression after stroke. In: The behavioral and cognitive neurology of stroke. New York, NY, US: Cambridge University Press; 2007. p. 548-70.

30. **Azanmasso H, Hounmenou G, Moigny Y, Alagnide E, Kpadonou T, Nada K.** Prévalence de la dépression et de l'anxiété chez les victimes d'accident vasculaire cérébral à Cotonou. Rev Neurol. mars 2017 ; 173 :S60-S61

31. **Baumann M, Aïach P.** L'« AIDANT PRINCIPAL » FACE A L'AVC D'UN PROCHE. :7.

32. **Mukarugwiro LI.** Accident vasculaire cérébral en Afrique subsaharienne: aspects épidémiologiques et particularités sanitaires dans le but d'améliorer sa prévention et sa bonne prise en charge. :72.

33. **Godefroy O, Leclercq C, Roussel M, Moroni C, Quaglino V, Beaunieux H, et al.** French adaptation of the vascular cognitive impairment

harmonization standards: the GRECOG-VASC study. Int J Stroke Off J Int Stroke Soc. juin 2012;7(4):362-3.

34. **Mahoney F.I.,** Barthel D.W., 1965.

35. UK-TIA Study Group. (1988). The UK-TIA aspirin trial: Interim results. Br Med J, 296, 316-320.

36. **Lawton, M.P., & Brody, E.M.** (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. The Gerontologist, 9(3), 179-186.

37. **Zigmond AS, Snaith RP.** The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand. juin 1983;67(6):361-70.

38. **Adjien KC, Gnonlonfoun D, Avlessi I, Adoukonou T, Houinato D.** Morbimortalité des AVC au CNHU de Cotonou. Rev Neurol (Paris). 1 avr 2016;172:A165-6.

39. **Zhou Z, Daviet JC, Marin B, Macian F, Salle JY, Zhou N, et al.** Vital and functional outcomes of the first-ever hemispheric stroke, epidemiological comparative study between Kunming (China) and Limoges (France). Ann Phys Rehabil Med. 1 nov 2010;53(9):547-58.

40. **N. Charfi , Trabelsi S, Turki M, Mâalej Bouali M, Zouari L, Dammak M, et al.** Impact du handicap physique et des troubles émotionnels concomitants sur la qualité de vie en post-AVC. L'Encéphale. 1 oct 2017;43(5):429-34.

41. **Rabat Y, Houeze R, Sharmila S, Olindo S, Poli M, Debruxelles S, Renou P, Rouanet F, Berthoz S, Sibon I.** Association between neurological outcome and poststroke comorbid mood and anxiety disorders: A real- life experience. 2020

42. **N'goran YNK, Traore F, Tano M, Kramoh KE, Kakou JBA, Konin C, et al**. Aspects épidémiologiques des accidents vasculaires cérébraux (AVC) aux urgences de l'institut de cardiologie d'Abidjan (ICA). Pan Afr Med J. 25 juin 2015;21:160.

43. **Noura Iggar, Lahlou Z, Haddouali K, Bellakhdar S, El Otmani H, El Moutawakil B, et al.** Sexe et facteur de risque d'AVCI. Rev Neurol (Paris). 1 avr 2022;178:S90-1.

44. **Petrea RE, Beiser AS, Seshadri S, Kelly-Hayes M, Kase CS, Wolf PA.** Gender differences in stroke incidence and poststroke disability in the Framingham heart study. Stroke. avr 2009;40(4):1032-7.

45. **Napon C., Dabilgou A, Allasane D, Adelaide JM,Kabore J.** L'anxiété post accident vasculaire cérébral en milieu hospitalier au Burkina –Faso. EMC 2017.

46. **Feigin VL, Lawes CMM, Bennett DA, Anderson CS.** Stroke epidemiology: a review of population-based studies of incidence, prevalence, and case-fatality in the late 20th century. Lancet Neurol. janv 2003;2(1):43-53.

47. **Sonu Bhaskar , Stanwell P, Bivard A, Spratt N, Walker R, Kitsos GH, et al.** The influence of initial stroke severity on mortality, overall functional outcome and in-hospital placement at 90 days following acute ischemic stroke: A tertiary hospital stroke register study. Neurol India. 11 janv 2017;65(6):1252.

48. **Jeffrey L. Saver, MD; Hernana ALTMAN, MBA** Relationship Between Neurologic Deficit Severity and Final Functional Outcome Shifts and Strengthens During First Hours After Onset Stroke. 2012;43:1537-1541. Disponible sur: https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/STROKEAHA.111.636928

49. **Jonathan W. Sturm , Donnan GA, Dewey HM, Macdonell RAL, Gilligan AK, Thrift AG.** Determinants of handicap after stroke: the North East Melbourne Stroke Incidence Study (NEMESIS). Stroke. mars 2004;35(3):715-20.

50. **Seana L. Gall, Dewey HM, Sturm JW, Macdonell RAL, Thrift AG.** Handicap 5 years after stroke in the North East Melbourne Stroke Incidence Study. Cerebrovasc Dis Basel Switz. 2009;27(2):123-30.

51. **Okome Obiang Im, Ed OM, Jf NE.** Evaluation de la Reprise de l'Autonomie des Hémiplégiques Vasculaires au Service de Rééducation Fonctionnelle du CHU d'Owendo. 2022;23:5.

52. **CAPIÑALA, Henriques Tchinjengue. BETTENCOURT, Miguel Santana.** Impact socio-économique de l'AVC chez les patients et les membres de la famille. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. An 05, Ed. 10, vol. 13, p. 05-40. octobre 2020. ISSN: 2448-0959

53. **Riou-Comte N, Guillemin F, Gory B, Zhu F, Soudant M, Hossu G, et al.** Facteurs prédictifs d'une indépendance fonctionnelle après infarctus cérébral sur occlusion artérielle proximale. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. 1 févr 2020;68(1):63-4.

54. **Suzanne C. Howitt, Jones MP, Jusabani A, Gray WK, Aris E, Mugusi F, et al.** A cross-sectional study of quality of life in incident stroke survivors in rural northern Tanzania. J Neurol. août 2011;258(8):1422-30.

55. **Renggli A, Haselbach D, Croquelois DA.** Déterminants de l'évolution de la mesure d'indépendance fonctionnelle (MIF) des patients avec accident vasculaire cérébral lors de la neuroréhabilitation multiprofessionnelle intensive. :19.

56. **Daviet JC.** Facteurs prédictifs du devenir vital et fonctionnel d'une cohorte d'hémiplégiques vasculaires : conséquences sur les modalités de prise en charge. :138.

57. **Matinou A. D. Rego, Duloquin G, Sauvant M, Amaral S, Delpont B, Devilliers H, et al.** Qualité de vie au cours de la première année après un accident ischémique cérébral traité par revascularisation aiguë. Rev Épidémiologie Santé Publique. 1 févr 2022;70(1):41-2.

ANNEXES

Annexe1 : score de Rankin modifiée

0 : Aucun symptôme

1 : Pas d'incapacité en dehors des symptômes : activités et autonomie conservées

2 : Handicap faible : incapable d'assurer les activités habituelles mais autonomie

3 : Handicap modéré : besoin d'aide mais marche possible sans assistance

4 : Handicap modérément sévère : marche et gestes quotidiens impossibles sans aide

5 : Handicap majeur : alitement permanent, incontinence et soins de nursing permanent

6 : Décès du patient

Annexe2 : index de Barthel

❖ 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.

❖ Continence urinaire

10: continence.

5: fuites occasionnelles.

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

❖ Continence rectale

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.

❖ Toilettes

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.

❖ Habillement

10: indépendance (pour boutonner un bouton, fermer une fermeture éclair, lacer ses chaussures, mettre des brettelles).

5: a besoin d'aide, mais fait la moitié de la tâche en un temps raisonnable

0: dépendance complète.

❖ Transfert du lit au fauteuil

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

10: surveillance ou aide minime.

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

0: incapacité totale.

❖ Déplacement

15: N’a pas besoin de fauteuil roulant. Indépendant pour une distance de 50m, éventuellement avec des cannes.

10: peut faire 50 mètres avec aide.

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.

Annexe3 : score IADL4

Activité	Description	Score
Capacité à utiliser le téléphone	Je me sers du téléphone de ma propre initiative, cherche et compose les numéros	0
	Je compose un petit nombre de numéros connus	1
	Je réponds au téléphone mais n'appelle pas	1
	Je suis incapable d'utiliser le téléphone	1
Capacité à utiliser les moyens de transport	Je peux voyager seul et de façon indépendante avec ma voiture ou les transports en commun	0
	Je peux me déplacer seul en taxi mais pas en autobus	1
	Je peux prendre les transports en commun si je suis accompagné	1
	Transport limité au taxi ou à la voiture en étant accompagné	1
	Je ne me déplace pas du tout	1
Responsabilité pour la prise des médicaments	Je m'occupe moi-même de la prise, dosage et horaire	0
	Je peux les prendre de moi-même s'ils sont préparés à l'avance	1
	Je suis incapable de les prendre de moi-même	1
Capacité à gérer son budget	Je suis autonome pour gérer le budget, faire les chèques, payer des factures	0
	Je me débrouille pour les dépenses au jour le jour, mais j'ai besoin d'aide pour gérer à long	1

	terme mon budget	
	Je suis incapable de gérer l'argent nécessaire à payer mes dépenses au jour le jour	1
TOTAL		

Annexe 4 : NIHSS

Item	Intitulé	Cotation	Score
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 stéréotypée ou aucune réponse motrice**	
1b	**Orientation (âge, mois)**	**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 1ophtalmoplégie 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 (la=3)**	

4	**Paralysie faciale**	**0 motricité faciale normale 1 asymétrie faciale modérée (paralysie faciale unilatérale incomplète) 2 paralysie faciale unilatérale centrale franche 3 paralysie faciale périphérique ou diplégie faciale**	
5	**Motricité membre supérieur**	**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 le membre chute dans les 10 secondes sur le plan du lit.3 pas d'effort contre la pesanteur (le membre chute mais le patient peut faire un mouvement tel qu'une flexion de hanche ou une adduction.)4 absence de mouvement (coter 4 si le patient ne fait aucun mouvement volontaire) X cotation impossible (amputation, arthrodèse)**	**Dt G**
6	**Motricité membre inférieur**	**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 le membre chute dans les 5 secondes sur le plan du lit.3 pas d'effort contre la pesanteur (le membre chute mais le patient peut faire un mouvement tel qu'une flexion de hanche ou une adduction.)4 absence de mouvement (le patient ne fait aucun mouvement volontaire) X cotation impossible (amputation, arthrodèse)**	**Dt G**
7	**ataxie**	**0 ataxie absente** **1 ataxie présente pour 1 membre** **2 ataxie présente pour 2 membres ou plus**	
8	**sensibilité**	**0 sensibilité normale** **1 hypoesthésie minime à modérée2 hypoesthésie sévère ou anesthésie**	
9	**langage**	**0 pas d'aphasie 1 aphasie discrète à modérée : communication informative 2 aphasie sévère 3 mutisme ; aphasie totale**	
10	**dysarthrie**	**0 normal 1 dysarthrie discrète à modérée 2 dysarthrie sévère X cotation impossible**	

11	**extinction, négligence**	**0 absence d'extinction et de négligence 1 extinction dans une seule modalité, visuelle ou sensitive, ou négligence partielle auditive, spatiale ou personnelle. 2 négligence sévère ou anosognosie ou extinction portant sur plus d'une modalité sensorielle**	
		Total	

ANNEXE 5 : HAD

Echelle de dépression HADS (HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale) de Sigmond et Snaith

1) Anxiété

Je me sens tendu ou énervé.

0 Jamais.

1 De temps en temps.

2 Souvent.

3 La plupart du temps.

J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver.

0 Pas du tout.

1 Un peu mais cela ne m'inquiète pas.

2 Oui, mais ce n'est pas trop grave.

3 Oui, très nettement.

Je me fais du souci.

0 Très occasionnellement.

1 Occasionnellement.

2 Assez souvent.

3 Très souvent.

Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté

0 Oui, quoi qu'il arrive.

1 Oui, en général.

2 Rarement.

3 Jamais.

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

0 Jamais.

1 Parfois.

2 Assez souvent.

3 Très souvent.

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

0 Pas du tout.

1 Pas tellement.

2 Un peu.

3 Oui, c'est tout à fait le cas.

J'éprouve des sensations soudaines de panique.

0 Jamais.

1Pas très souvent.

2Assez souvent.

3Vraiment très souvent.

1) Dépression

Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois.

0 Oui, tout autant.

1 Pas autant.

2 Un peu seulement.

3 Presque plus.

Je ris facilement et vois le bon côté des choses.

0 Autant que par le passé.

1 Plus autant qu'avant.

2 Vraiment moins qu'avant.

3 Plus du tout.

Je suis de bonne humeur.

0 La plupart du temps.

1 Assez souvent.

2 Rarement.

3 Jamais.

J'ai l'impression de fonctionner au ralenti.

0 Jamais.

1 Parfois.

2 Très souvent.

3 Presque toujours.

Je me m'intéresse plus à mon apparence.

0 J'y prête autant d'attention que par le passé.

1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention.

2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais.

3 Plus du tout.

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

0 Autant qu'avant.

1 Un peu moins qu'avant.

2 Bien moins qu'avant.

3 Presque jamais.

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

0 Souvent.

1 Parfois.

2 Rarement.

3 Très rarement.

Résultats : Cette échelle explore les symptômes anxieux et dépressifs. Faire le total du versant anxiété et dépression : 21 points maximum pour chacun.

- de 0-7 : absence de troubles anxieux et de troubles dépressifs
- de 8-10 troubles anxieux ou dépressifs suspectés
- de 11-21 : troubles anxieux ou dépressifs avérés (11-14 moyen et 15-21 sévère)

Annexe6 : Questionnaire de recherche

I-Données sociodémographiques

Q1. Age : ans.

Q2. Sexe : □ M □ F Autre à préciser :……. □

Q3. Ethnie : Fon et apparentés □ Yoruba et apparentés □ Mina et apparentés □ Dendi et apparentés □ Peulh □ Adja □ Autres à préciser..... □

Q4. Résidence : Urbaine □ Rurale□

Q5. Profession : Fonctionnaire□ Commerçant□ artisan□ Etudiant/Elève □ ménagère □ Sans emploi□ Autre à préciser..... □

Q6. Niveau socio-économique : <100.000(Bas) □ Entre 100.000 et 200.000(moyen) □ > 200.000(élevé) □

Q7. Niveau d'étude : Aucun □ Alphabétisé □ Primaire□ Secondaire□ Supérieur□

Q8. Situation matrimoniale : Marié □ Divorcé □ Veuf □ Célibataire : □

Q9. Latéralité : Gaucher □ Droitier□ Autre à préciser :……□

Q10. Religion : Chrétiens □ Musulmans□ Animiste : □ Autre à préciser…….□

II-Antécédents

- **Personnels**

Q11. HTA: Oui□ Non□

Q12. Diabète : Oui□ Non□

Q13. ATCD AVC : Oui□ Non□

Q14. Obésité : Oui□ Non□

Q15. Sédentarité : 1 : oui □ 2 : non □

Q16. Alcoolisme: 1 : oui □ 2 : non □

Q17. Tabagisme : 1 : oui □ 2 : non□

Q18. Autre à préciser……..

III- Mode de vie

Q19. Seul □ En famille □

Q20. Comportement vis-à-vis de son handicap : Acceptation □ Indifférence □

Q21. Relation:

1- dans la vie conjugale

Aucun changement □ Divorce □ Mal tolérance □ Surprotection □

2- dans le milieu familial :

Aucun changement □ Négligence □ Surprotection □

Q22. Reprise des activités socio-professionnelles :1- Non□ 2- Oui□ si Oui préciser le délai de reprise…….

Q23. Activités de loisirs : 1- Oui□ 2- Non□.

Q24. Impact du handicap sur le niveau socio-économique : Augmentation □ Stationnaire □ Diminution □

IV- Examen clinique

Q25. Date de survenue de l'AVC : …….

Q26. Date de consultation post-AVC : …….

Q27. Type d'AVC : AVC H □ 2 : AVC I □ Autre …….

Q28. Siège de la lésion : 1 : gauche□ 2 : droite □

Q29. Topographie **:**

- AVC I :
  - cérébrale antérieure□ Sylvien superficiel □ Sylvien profond □
  - Cérébrale postérieure □ Autre ……
- AVCH :
  - Thalamique □ Caudée □ Lenticulaire □
  - Lobaire □
    - frontal□ pariétal□ temporal □ occipital □

Q30. Etiologie :

Athérosclérose□ Microangiopathie liée à l'HTA □ fibrillation auriculaire □ Autres Cardiopathies emboligènes □ Vascularite □ Rupture de malformations vasculaires □ Lacunes □ Causes inconnues □ Autres…….

Q31. Aphasie : Oui□ Non□

Si oui : fluente □ non fluente □

Q32. Dysarthrie : Oui□ Non□

Q33. Rééducation fonctionnelle en MPR : Oui□ Non□

Si oui :

Délai AVC-kiné……

Fréquence : 2/sem.□ 3/sem.□ 1/jour□ autre à préciser……..……

Q34. Score NIHSS :……

Q35. RANKIN :……..

Q36. Score de BARTHEL:……..

Q37. IADL[4] …….

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ENSEIGNANTS ..... b
ACTIONS DE GRÂCES i
DEDICACES iii
REMERCIEMENTS vii
HOMMAGES x
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS xii
LISTE DES TABLEAUX xiv
LISTE DES FIGURES xvi
SOMMAIRE xx
INTRODUCTION 1
1. GENERALITES 5
1.1. Définitions 6
1.1.1. Handicap : 6
1.1.2. Handicap physique : 6
1.1.3. Qualité de vie : 6
1.1.4. Suivi post-AVC 7
1.1.5. Accident vasculaire cérébral (AVC) 7
1.2. Aspect épidémiologique 7
1.2.1. AVC 7
1.2.2. Qualité de vie 10
1.3. Aspects diagnostiques 12
1.3.1. Classification des AVC 12
1.3.2. Facteurs de risque des AVC 13
1.4. Aspects thérapeutiques 15
2. CADRE ET METHODE D'ETUDE 16
2.1. Cadre d'étude 17

2.1.1. CNHU-HKM 17
2.1.2. Clinique Universitaire de Neurologie 17
2.2. Méthode d'étude 19
2.2.1. Type et période d'étude 19
2.2.2. Population d'étude 19
2.2.3. Echantillonnage 19
2.2.4. Variables étudiées 20
2.2.5. Collecte des données 24
2.3. Aspects éthiques 26
2.4. Limites et difficultés rencontrées 26
3. RESULTATS 27
3.1. Diagramme de flux 28
3.2. Description générale des patients 28
3.2.1. Caractéristiques sociodémographique et économique 29
3.2.2. Description du mode de vie et vie relationnelle des patients après l'AVC 31
3.2.3. Caractéristiques cliniques de la population générale 32
3.2.4. Caractéristiques paracliniques de la population générale 35
3.2.5. Handicap lié à l'AVC 37
3.2.6. Indépendance fonctionnelle liée à l'AVC 37
3.2.7. Qualité de vie après AVC 38
3.3. Facteurs associés 41
3.3.1. Association entre le degré de handicap et les facteurs cliniques 41

3.3.2. Association entre l'indépendance fonctionnelle et les facteurs cliniques 43

3.3.3. Association entre la qualité de vie et les facteurs cliniques 44

4. DISCUSSIONS 45
4.1. Atteinte des objectifs 46

4.2. Forces et limites de l'étude 47

4.2.1. Forces 47

4.2.2. Limites 47

4.3. Commentaires et comparaison des résultats 48

4.3.1. Données socio-démographiques 48

4.3.2. Données sur le handicap physique 49

4.3.3. Données sur l'indépendance fonctionnelle 51

4.3.4. Données sur la qualité de vie 53

CONCLUSION ET SUGGESTIONS 56
Conclusion 57

Suggestions 58

REFERENCES 59
ANNEXES ..... A
Annexe1 : score de Rankin modifiée ..... B

Annexe2 : index de Barthel ..... B

Annexe3 : score IADL4 ..... E

Annexe 4 : NIHSS ..... F

ANNEXE 5 : HAD ..... H

Annexe6 : Questionnaire de recherche ..... K

TABLE DES MATIERES ..... O

SERMENT D'HYPPOCRATE

Devant le peuple béninois et en présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hyppocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Je ne permettrai pas que les considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

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

Respectueux et reconnaissant envers les maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs parents. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure

VU LE PRESIDENT DU JURY

VU LE DOYEN

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR DE L'UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

RESUME

Introduction : L'AVC constitue un véritable problème de santé publique à travers le monde. De par les séquelles physiques et / ou psycho-cognitives qu'entraine cette pathologie, il s'ensuit un réel bouleversement dans la vie des patients ce qui altère irrémédiablement leur qualité de vie. L'objectif de notre étude était d'évaluer le handicap physique et la qualité de vie en post -AVC dans la Clinique Universitaire de Neurologie du CNHU- HKM en 2022.

Cadre et Méthodes : il s'agissait d'une étude transversale de type descriptive et analytique qui s'est déroulée du 25 Juillet au 28 Octobre au CNHU. Nous avons fait un recrutement exhaustif de tous les patients ayant fait un AVC datant d'au moins un mois et qui ont consulté pendant cette période d'étude en neurologie pour suivi post-AVC.

Résultats : Nous avons inclus 77 patients d'AVC de survenue datant d'au moins un mois. L'âge moyen des patients était de 57,74ans avec des extrêmes de 30 et 87 ans. La tranche d'âge des [50-69 ans] était la plus représentée (46%). Le sex ratio était de 1,49. Les AVC ischémiques étaient majoritaires (62,34%). A l'échelle de Rankin modifié nous avons observé 15,58% survivants d'AVC qui ne présentaient pas de handicap 53,25% avaient un handicap léger, 20,78% un handicap moyen et chez 10,39% des patients le handicap était sévère. Dans notre population d'étude, 45,45% des patients étaient indépendants, 15,58% avaient une dépendance légère, 32,47% une dépendance modérée et 5,19 % avaient une dépendance sévère. Seulement 1,30% des patients étaient totalement dépendants à l'index de Barthel. 43 patients (55,87%) avaient une bonne qualité de vie contre n= 34 (44,15%) qui présentaient une qualité de vie altérée. Etaient associés au handicap: la reprise des activités socio-professionnelles, l'impact du handicap sur le niveau social, le type d'AVC, la rééducation fonctionnelle, le niveau de sévérité de l'AVC, le niveau d'indépendance fonctionnelle, la qualité de vie et la dépression. Etaient associés significativement à l'indépendance fonctionnelle, la reprise des activités socio-professionnelles, la rééducation fonctionnelle, le niveau de sévérité de l'AVC, le handicap, le degré d'autonomie. Etaient associés significativement à la qualité de vie, la reprise des activités socio-professionnelles, la rééducation fonctionnelle, le niveau de sévérité de l'AVC.

Conclusion : Cette étude a révélé que le handicap, le degré de sévérité de l'AVC sont autant de paramètres mesurables qui altèrent la qualité de vie au quotidien des survivants d'AVC.

Mots clés : AVC – qualité de vie– handicap physique - CNHU-HKM- Bénin.

ABSTRACT

Introduction: Stroke is a real public health problem throughout the world. Due to the physical and/or psycho-cognitive sequelae that this pathology causes, it results in a real disruption in the life of patients, which irreparably alters their quality of life. The objective of our study was to evaluate the physical handicap and the quality of life in post-stroke in the University Clinic of Neurology of the CNHU- HKM in 2022.

Setting and Methods: This was a cross-sectional study of descriptive and analytical type which took place from July 25 to October 28 at the CNHU. We made an exhaustive recruitment of all patients who had a stroke of at least one month and who consulted during this study period in neurology for post-stroke follow-up.

Results: We included 77 stroke patients with an onset of at least 1 month. The mean age of the patients was 57.74 years with extremes of 30 and 87 years. The age group [50-69 years] was the most represented (46%). The sex ratio was 1.49. Ischemic strokes were in the majority (62.34%). On the modified Rankin scale we observed 15.58% stroke survivors who had no disability, 53.25% had mild disability, 20.78% had moderate disability, and in 10.39% of patients the disability was severe. In our study population, 45.45% of patients were independent, 15.58% had mild dependence, 32.47% had moderate dependence, and 5.19% had severe dependence. Only 1.30% of patients were totally dependent according to the Barthel index. Of the 77 patients surveyed, 43 patients (55.87%) had a good quality of life compared to n= 34 (44.15%) who had an impaired quality of life. Factors associated with disability were: resumption of socio-professional activities, impact of disability on social level, type of stroke, functional rehabilitation, level of stroke severity, level of functional independence, quality of life and depression. Significantly associated with functional independence, return to socio-professional activities, functional rehabilitation, level of stroke severity, disability, and degree of autonomy. These were significantly associated with quality of life, return to socio-professional activities, functional rehabilitation, and level of stroke severity.

Conclusion: This study revealed that disability and the degree of stroke severity are measurable parameters that alter the daily quality of life of stroke survivors.

Key words: Stroke - quality of life - physical disability - CNHU-HKM - Benin.