

LISTE DES ABREVIATIONS

AAC : Angiopathie Amyloïde Cérébrale
AHA : American Heart Association
AIT : Accident Ischémique Transitoire
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
AVK : Anti vitamine K
CHU : Centre Hospitalo-Universitaire
CRP : protéine C réactive
ECG : ElectroCardioGramme
HAS : Haute Autorité de Santé
HED : Hématome Extradural
HSA : Hémorragie sous arachnoïdienne
HSD : Hématome Sous durale
HTA : HyperTension Artérielle
INR : International Normalized Ratio
IRM : Imagerie par Résonance Magnétique
IV : IntraVeineuse
NFS : Numération Formule Sanguine
NIHSS : National Institute of Health Stroke Score
PA : Pression Artérielle
PPSB : Prothrombine Proconvertine Stuart B
rt-PA : recombinant tissue plasminogen activator
SaPO₂ : Saturation artérielle de l'hémoglobine en Oxygène
TDM : Tomodensitométrie
TCA : Temps de Céphaline Activée
TP : Taux de prothrombine
TVC : Thrombose veineuse cérébrale
UNV : Unité NeuroVasculaire

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Evolution de la zone de l'ischémie cérébrale en l'absence de canalisation .	5
Figure 2 : Fiche informative sur les signes des AVC	8
Figure 3 : Imagerie des AVC en phase aigue	10
Figure 4 : Répartition selon l'âge.	28
Figure 5 : Répartition des patients selon le type profession	30
Figure 6 : Répartition des patients selon les ATCD et facteurs de risque	31
Figure 7 : Répartition selon la durée d'évolution de l'AVC	32
Figure 8 : Répartition des patients selon les déficiences	32
Figure 9 : Délai de reprise des activités professionnelles après AVC	35
Figure 10 : Durée journalière de travail après AVC	36
Figure 11 : La source de revenu et ressources financières	39

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Score ABCD2 : Evaluation du risque de récurrence post-AIT.....	6
Tableau II : Traitement médicamenteux de la prévention vasculaire après un infarctus cérébral ou un AIT.....	16
Tableau III : Répartition selon le statut professionnel en fonction du secteur d'activité	29
Tableau IV : Répartition selon l'ancienneté dans l'entreprise	30
Tableau V : Répartition de l'âge en fonction de l'autonomie fonctionnelle	33
Tableau VI : Facteurs pronostic de l'autonomie globale	34
Tableau VII : Répartition de la reprise du travail en fonction l'autonomie fonctionnelle	35
Tableau VIII : Facteurs pronostiques de reprise du travail	37
Tableau IX : Répartition selon les conséquences sociales de l'AVC	38
Tableau X : Répartition des conséquences sociales en fonction de l'autonomie fonctionnelle	39
Tableau XI : Répartition selon l'activité sportive	40
Tableau XII : Activités de temps libres en fonction des paramètres sociodémographiques et autonomie fonctionnelle	41

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
I. NOTIONS GENERALES DE L'ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL...	4
I.1. Définition de l'AVC.....	4
I.2. Etio-physiopathologie	4
1.2.1. AVC ischémiques constitués	4
I.2.2. AIT	6
I.2.3. AVC hémorragiques.....	7
I.3. Diagnostic	7
I.4. Prise en charge thérapeutique	11
1.4.1. Mesures générales	11
1.4.2. Mesures spécifiques.....	11
1.5. Prévention secondaire.....	13
1.5.1. Prévention secondaire des infarctus cérébraux.....	13
1.5.2. Prévention secondaire des hémorragies intraparenchymateuses.....	15
1.6. Autres Traitements	16
IV. DEVENIR SOCIOPROFESSIONNEL APRES ACCIDENT VASCULAIRE	17
1. Rôles et Relations sociales	17
1.1. Relations de famille.....	17
1.2. Relations sexuelles	18
1.3. Finances	18
1.4. Activités sociales.....	18
2. Activités professionnelles.....	18
2.1. Retour au travail et qualité de vie	20
2.2. Facteurs déterminant de la reprise du travail.....	21
METHODOLOGIE.....	23
1. Cadre d'étude	25
2. Type et période d'étude :	25
3. Population d'étude	25
3.1. Critères d'inclusion	25
3.2. Critères de non inclusion	25

4. Méthodes.....	25
5. Saisie et analyse des données	26
6. Considérations éthiques	26
RESULTATS.....	27
I. Données démographiques	28
1. Age	28
2. Sexe	29
II. Statut socio-éducatif (matrimonial, éducation et rôle social).....	29
III. Statut professionnel	29
IV. Antécédents et facteurs de risque	31
V. Données relatives à l'AVC	31
V. Déficiences cliniques.....	32
VI. Autonomie fonctionnelle	33
VII. Caractéristiques socio-professionnelles.....	35
VIII. Revenus financiers.....	39
IX. Activités de temps libres	40
DISCUSSION	42
I. Données démographiques :	43
II. Statut Professionnel	43
III. Antécédents et facteurs de risque.....	44
IV. Données relatives à l'AVC	44
V. Déficiences cliniques.....	45
VI. Caractéristiques socio-professionnelles	45
VII. Autonomie fonctionnelle.....	48
VII. Revenus financiers	49
VIII. Activités de temps libres.....	50
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	51
REFERENCES	54

INTRODUCTION

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est une pathologie fréquente, grave et un problème majeur de santé publique à l'origine de nombreuses situations de handicap aujourd'hui en Afrique. En Afrique, la fréquence est estimée à 87 %, soit 7 fois plus élevée que dans les pays développés [1], et taux de prévalence de survie estimée à 317,3/100 000 personnes [2].

Au Sénégal, les AVC sont au premier rang des affections neurologiques, avec plus de 30 % des hospitalisations, et sont responsables de deux tiers des décès dans le service de neurologie de Dakar [3,4].

Parmi les individus qui subiront un AVC, on estime que 10% d'entre eux récupéreront entièrement, 25% conserveront une légère invalidité, 40% auront une invalidité importante, 10% conserveront des séquelles qui nécessiteront des soins à long terme et 15% en décèderont selon la Fondation des maladies du cœur du Canada [5]. Ces chiffres illustrent l'impact que les AVC peuvent avoir dans la vie d'un individu.

Chez les survivants, le risque cardiovasculaire est important et la récurrence des AVC varie de 4 à 15 %, ce qui augmente le risque de survenue de séquelles et principalement de handicap [6].

Concernant le retentissement sur la qualité de vie, l'étude Handicap-Santé Ménages et Institutions estimait en 2009 à 1,2% la prévalence des antécédents d'AVC et à 0,8% celle des séquelles d'AVC [7].

Les AVC constituent la première cause de handicap acquis de l'adulte et la deuxième cause de mortalité dans le monde [8].

Au Sénégal, seuls 32% des patients ont été réinsérés sur le plan professionnel et le délai de reprise de travail variait de 7 jours à 12 mois après la survenue de l'AVC [9].

Au Cameroun, le taux de réinsertion socio-professionnelle post-AVC est inférieur à 50 % [10].

D'autres études ont identifié des facteurs comportementaux, sociodémographiques, cliniques, thérapeutiques et des comorbidités susceptibles d'influencer le retour au travail [11-13].

Les AVC constituent par conséquent un problème majeur de santé publique en Afrique et en particulier au Sénégal. Ces conséquences et séquelles posent le problème de la réinsertion socio-professionnelle des victimes surtout celles en activité.

Ces conséquences fonctionnelles sont limitées par la rééducation, facilitant la récupération, qui reste possible jusqu'à deux ans post-AVC [14,15], au-delà les lésions restent fixes.

En partant de cette observation, l'objectif de ce travail est de déterminer le devenir socio-professionnel à deux ans post AVC au Sénégal afin d'améliorer l'accompagnement des patients.

Le présent travail est composé de deux parties : Une première partie permettra de développer, les généralités sur les AVC et une seconde partie présentera les résultats de l'étude.

I. NOTIONS GENERALES DE L'ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL

I.1. Définition de l'AVC

Les évènements vasculaires cérébraux correspondent à plusieurs entités distinctes [16]:

- L'infarctus cérébral qui correspond à un déficit neurologique focal d'installation brutale durant plus de 24 heures pour lequel la neuro-imagerie (scanner ou IRM) exclut toute autre cause potentielle et notamment une hémorragie cérébrale ;
- L'AIT qui se présente comme un déficit neurologique focal d'installation brutale, durant moins de 24 heures, d'origine ischémique, c'est-à-dire pour lequel la neuro-imagerie exclut une autre cause aux troubles neurologiques;
- L'hématome cérébral qui se traduit par un déficit neurologique focal d'installation brutale, pour lequel la neuro-imagerie (scanner ou IRM) met en évidence une hémorragie récente congruente avec les signes cliniques.

I.2. Etio-physiopathologie

1.2.1. AVC ischémiques constitués

L'AVC ischémique, ou infarctus cérébral est dû à un blocage de la circulation du sang dans une zone du cerveau. Il en résulte la mort du tissu cérébral due à un manque d'oxygène et de nutriments car les processus métaboliques dans le territoire affecté sont à l'arrêt.

Lors du blocage de la circulation du sang on distingue telles que mises en évidence sur la (*Figure 1*):

- Une zone de nécrose centrale, noire ou sombre, qui s'installe rapidement lorsque la perfusion cérébrale chute au-dessous du seuil critique.
- Une zone de pénombre périphérique, grise, qui est la cible de la prise en charge en urgence. En effet, si la revascularisation dans la zone hypoperfusée est rapide, les perturbations tissulaires sont réversibles.

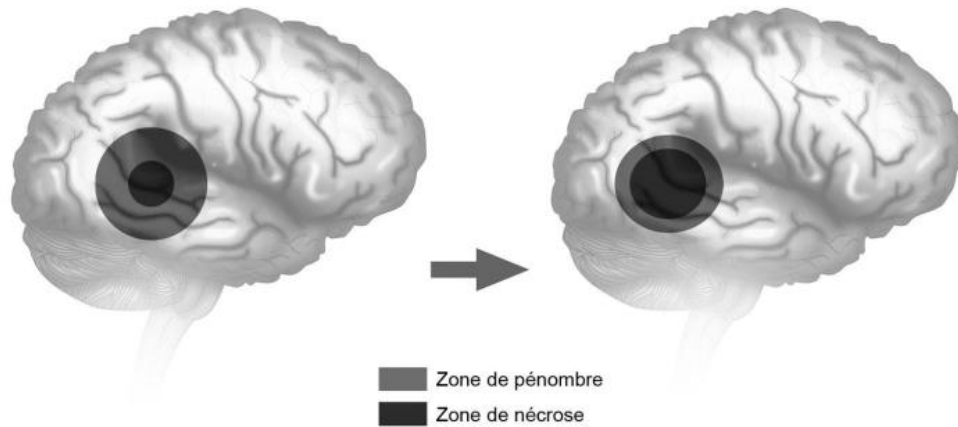


Figure 1 : Evolution de la zone de l'ischémie cérébrale en l'absence de canalisation [14].

Les causes de ce blocage peuvent être de deux types : un **mécanisme d'occlusion artérielle** ou un **mécanisme hémodynamique**.

➤ Le mécanisme d'occlusion artérielle par thrombose ou embolie est le plus fréquent.

- **L'athérosclérose** correspond à une lésion focale ubiquitaire de la paroi des artères, elle se caractérise par un épaississement localisé de l'intima formant une plaque où s'associent athérome et sclérose. Le thrombus peut donc provenir de lésions sténosantes des artères de gros calibre à la base du cerveau conduisant à une hypoperfusion critique en aval des sténoses.
- L'embolie peut, lui, être de source artérielle ou cardiaque (valve prothétique, fibrillation auriculaire qui sont des **cardiopathies emboligènes**). Une étude [17] publiée dans *The American Journal of Cardiology* montre que la fibrillation auriculaire multiplie par 4 à 5 le risque de survenue d'un AVC.

➤ Le mécanisme hémodynamique est rare. Il s'agit dans ce cas d'une chute de la perfusion cérébrale mais sans occlusion, à la suite d'un effondrement de la pression artérielle.

Les aspects étiologiques des accidents vasculaires cérébraux ischémiques au Sénégal [18] est une étude rétrospective descriptive qui grâce à une collecte de données sur les cas d'AVC à l'Hôpital Principal de Dakar a permis de définir la répartition de la façon suivante : les étiologies cardio-emboliques retrouvées chez 27 patients, 60 patients avaient un accident vasculaire cérébral ischémique cryptogénique; 3 patients (athéro-embolique); 10 patients (lacunes).

1.2.2. AIT

L'AIT est un signe majeur avant-coureur de l'AVC ischémique. Les AIT et les infarctus cérébraux partagent les mêmes causes. Le bilan étiologique sera identique dans les deux situations. Dans l'AIT, la perméabilisation précoce se fait avant la mort neuronale, et est responsable de la régression totale et rapide des signes.

Il reste un facteur de risque significativement indépendant avec un risque moyen de survenue d'AVC de 4 % [19].

C'est pourquoi il existe un score permettant d'évaluer ce risque de récurrence à court terme : le score ABCD2 (*Tableau I*). Plus le score est élevé plus le risque d'infarctus cérébral constitué est élevé au cours du suivi [20].

Tableau I : Score ABCD2 : Evaluation du risque de récurrence post-AIT.

Symptôme		Nombre de points
Âge	≥ 60 ans	1
Pression artérielle (B pour <i>blood pressure</i>)	PAS ≥ 140 ou PAD ≥ 90	1
Manifestation clinique (C pour <i>clinical manifestations</i>)	Déficit moteur unilatéral	2
	Trouble du langage isolé	1
	Autre	0
Durée	< 10 minutes	0
	10 – 60 minutes	1
	>60 minutes	2
Diabète	Oui	1
Score maximal		7

I.2.3. AVC hémorragiques

L'AVC hémorragique ou hémorragie cérébrale ou méningée est une forme moins commune représentant 15% des AVC. La mort du tissu cérébral est ici due à un saignement causé par la rupture d'un vaisseau.

Les étiologies principales sont les suivantes [21]:

- **Hypertension artérielle**, l'hémorragie dans ce cas est en rapport avec des lésions chroniques des artères.
- Malformations vasculaires tel que l'**anévrisme** artériel, qui sont systématiquement recherchées chez le sujet non hypertendu de moins de 60 ans.
- L'**angiopathie amyloïde cérébrale** (AAC) caractérisée par des dépôts dans les petits vaisseaux cérébraux de protéine amyloïdogène causants des hématomes intracérébraux lobaires récidivants. Son origine reste largement méconnue. Un défaut de clearance du peptide A β est largement évoqué dans sa physiopathologie [22].
- Trouble de l'hémostase d'origine iatrogène (prise d'anticoagulants au long cours)

I.3. Diagnostic

Il s'agit de signes neurologiques focaux ou globaux, d'installation brutale. Les plus fréquemment retrouvés sont : céphalées brutales, troubles de la vision, troubles du langage, troubles moteurs.



Figure 2 : Fiche informative sur les signes des AVC

L'examen neurologique doit déterminer le score NIHSS qui permet la surveillance neurologique et aide à la prise des décisions.

Le score NIHSS (National Institute of Health Stroke Score) détaillé en est une échelle spécifique de l'AVC, c'est le *gold standard* de l'évaluation clinique de l'état neurologique des patients en infarctus cérébral aigu. Il existe une corrélation entre le score NIHSS obtenu et le volume de tissu cérébral infarcté, et il permet également d'établir un pronostic vital et fonctionnel [23].

L'utilisation de scores et échelles officielles telles que le score NIHSS est recommandé par la *American Heart Association* (AHA) car ils peuvent être appliqués rapidement, ont démontré leur utilité et peuvent être réalisés par une large partie des professionnels de santé avec précision et fiabilité [24].

L'utilisation d'une échelle standardisée permet de quantifier le déficit neurologique, facilite la communication et aide à identifier les patients éligibles aux différents traitements que nous verrons par la suite.

Les signes cliniques marqueurs de troubles neurologiques focaux orientent le diagnostic vers un AVC mais imposent un recours à l'imagerie médicale afin de confirmer celui-ci. Le diagnostic est basé sur :

- Le scanner cérébral, qui permet le diagnostic de l'hémorragie cérébrale mais est moins précis concernant l'ischémie. Ce type d'imagerie sert donc uniquement à distinguer un accident ischémique constitué d'une

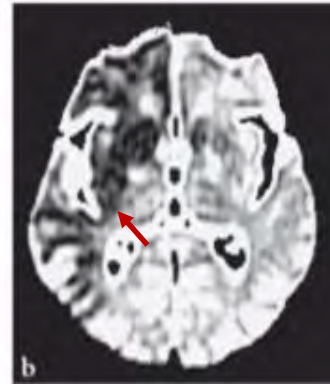
hémorragie intracérébrale ou d'une hémorragie méningée. Il doit être réalisé avant la mise en route de tout traitement spécifique.

- L'IRM qui est donc l'examen de référence à réaliser sans délai, car plus performant. L'IRM permet, en effet dès la première heure de préciser la nature ischémique ou hémorragique de l'AVC ainsi que le caractère récent ou ancien. La séquence aide également à évaluer l'étendue de l'aire infarctique et la sévérité des lésions (*Figure 3*). Cependant cette technique n'est disponible que de façon restreinte.

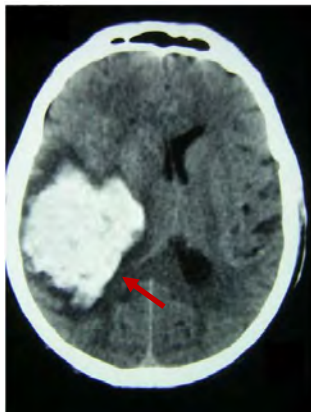
Un lien pourra être fait entre les signes cliniques et la localisation de l'ischémie à l'imagerie. L'établissement d'un diagnostic précis est primordial avant la mise en route rapide de mesures thérapeutiques adéquates. En parallèle, le recueil d'informations, notamment l'heure de début des symptômes, est fondamentale puisque cela conditionnera le traitement initial.



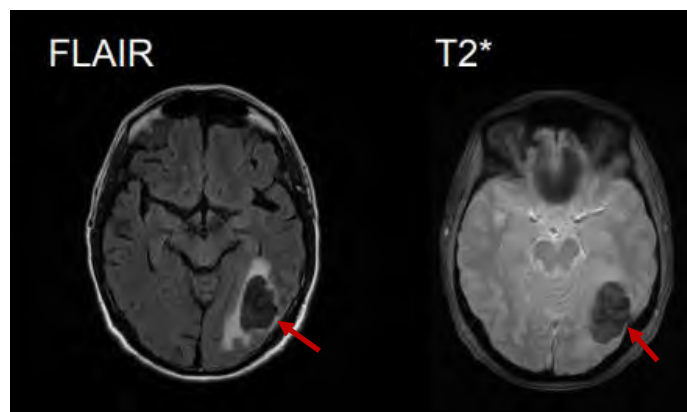
AVC Ischémique en phase aigüe au scanner



AVC Ischémique en phase aigüe (2heures) à l'IRM.
a. IRM de diffusion ; b. IRM de



AVC Hémorragique en phase aigüe au



AVC Hémorragique en phase aigüe à l'IRM.

Figure 3 : Imagerie des AVC en phase aigüe

Les résultats des examens et interrogatoires menés dans le cadre de la surveillance neurologique et la surveillance des paramètres vitaux servent de base à l'enquête étiologique. En s'appuyant sur les différentes causes d'infarctus cérébral et de leurs circonstances de survenue, il est ainsi possible d'établir le mécanisme de l'AVC.

L'orientation initiale dépend de l'interrogatoire, la clinique et de l'imagerie cérébrale

I.4. Prise en charge thérapeutique

1.4.1. Mesures générales

Ces mesures débutent dès la phase pré-hospitalière [25]:

- Surveillance rapprochée
- Neurologique (score NIHSS)
- Pression artérielle : on ne traite (de manière progressive) qu'en cas de chiffres très élevés au-delà des valeurs suivantes :
 - Infarctus cérébral : TA > 220/120 mm Hg;
 - Infarctus cérébral si thrombolyse ou thrombectomie endovasculaire : TA > 185/110 mmHg
 - Hémorragie intraparenchymateuse : TA > 140/90 mm Hg (diminuer la TA permet de réduire la croissance de l'hémorragie)
- Température : baisser si température supérieure à 38 °C.
- Saturation en oxygène : oxygénothérapie si SaO₂ < 95 %;
- Glycémie : lutte contre l'hyperglycémie et l'hypoglycémie sévère :
- Perfusion (si besoin) avec sérum physiologique et prévention des troubles métaboliques.
- Nursing : prévention d'escarres, soins de bouche, etc.
- Kinésithérapie motrice précoce, pour améliorer la perception d'un membre paralysé, prévenir les attitudes vicieuses et les limitations articulaires.
- Prévention de complications systémiques : thromboemboliques.

1.4.2. Mesures spécifiques

a. Thrombolyse (en as d'infarctus cérébral)

Les patients ayant un infarctus cérébral peuvent bénéficier sous certaines conditions d'un traitement thrombolytique qui se base sur le concept d'une restauration précoce de la circulation dans le territoire touché. La méthode est une revascularisation de l'artère intracrânienne occluse, permettant une

préservation du tissu neuronal lésé réversiblement dans la zone de pénombre [26].

La restauration de la fonction neuronale réduit le handicap neurologique clinique. La thrombolyse correspond à une injection par voie IV de rt-PA (altéplase), à l'heure actuelle il s'agit de la seule stratégie thérapeutique médicamenteuse qui ait démontré son efficacité [27].

Le délai maximal de réalisation d'une thrombolyse établie par l'American Stroke Association était initialement de 3 heures après le début des symptômes. Cependant, une nouvelle étude de cette même association a été menée afin de tester l'efficacité et la sûreté de ce traitement administré entre 3 et 4,5 heures après les premiers signes de l'AVC [28].

Les résultats de cette étude ont conduit à élargir le délai maximal de réalisation de la thrombolyse à 4h30 [29].

b. Thrombectomie mécanique (en as d'infarctus cérébral)

La thrombectomie mécanique est un geste de neuroradiologie interventionnelle qui consiste à extraire un caillot d'une artère intracrânienne grâce à l'utilisation de dispositifs médicaux spécifiques appelés communément «Stent Retriever» ou de système de thrombo-aspiration [30].

L'étude DAWN a permis d'étendre la fenêtre thérapeutique pour la thrombectomie mécanique de 6 à 24 heures après le début des symptômes [31]. La technique de thrombectomie mécanique présente un intérêt dans la prise en charge des patients ayant un AVC ischémique aigu, en rapport avec une occlusion d'une artère intracrânienne de gros calibre de la circulation antérieure visible à l'imagerie, soit d'emblée en association avec la thrombolyse intraveineuse, soit en technique de recours: après échec d'un traitement par thrombolyse IV ou seul en cas de contre-indication à la thrombolyse IV [30].

c. Antagonisation (en cas d'hémorragie intraparenchymateuse)

- Hémorragie sous AVK : administration en urgence de PPSB + vitamine K adaptée au poids du patient.
- Hémorragie sous antithrombine (Anti-IIa) : administration en urgence d'idarucizumab.
- Hémorragie sous anti-Xa oral : administration en urgence de PPSB ou FEIBA.
- Hémorragie sous antiagrégant plaquettaire : absence de démonstration du bénéfice de la transfusion de plaquettes.

d. Chirurgie et traitement endovasculaire

Deux types de traitements chirurgicaux peuvent être envisagés suivant les recommandations [26]:

- Endartériectomie carotidienne, dans le cas d'une sténose carotidienne de plus de 50%
- Angioplastie carotidienne avec pose de stent dans le cas où l'endartériectomie est contre-indiquée.

1.5. Prévention secondaire

1.5.1. Prévention secondaire des infarctus cérébraux

La prévention secondaire dépend de la cause de l'infarctus cérébral.

1. Athérosclérose

Prise en charge des facteurs de risque vasculaire :

- antihypertenseurs :
 - Privilégier les inhibiteurs de l'enzyme de conversion et diurétiques thiazidiques ;
 - Objectif : PA < 140/90 mm Hg ;
- hypocholestérolémians :
 - Privilégier les statines;
 - Objectif : LDL-cholestérol < 1 g/l ;

- Antidiabétiques : objectif : HbA1c <8 % au cours des 6 premiers mois post-AVC puis <7 %;
- Règles hygiéno-diététiques ;
- Activités physiques régulières (30 minutes de marche rapide quotidienne).

Traitement antiagrégant plaquettaire, qui réduit le risque de récurrence d'infarctus cérébral de 20 % environ :

- Trois traitements ont fait la preuve de leur efficacité :
 - o Aspirine (50 et 300 mg par jour) ; L'acide acétylsalicylique est fortement recommandé en prévention secondaire chez les personnes atteintes de maladie cardiovasculaire, vasculaire cérébrale ou artérielle périphérique symptomatique [32,33].
 - o Clopidogrel (75 mg par jour);
 - o Association dipyridamole-aspirine (400 mg/50 mg par jour) ;
- L'association de ces traitements n'apporte pas de bénéfice et augmente le risque de complications hémorragiques;
- Les anticoagulants oraux (AVK, antithrombine, anti-Xa) au long cours n'ont pas d'intérêt dans cette indication.

Prise en charge chirurgicale des sténoses carotidiennes symptomatiques serrées :

- Les sténoses > 70 % à l'origine de l'artère carotide interne représentent l'indication principale ; l'indication sera discutée au cas par cas pour les sténoses entre 50 et 70 % ;
- L'endartériectomie est la technique de référence ; à ce jour, il n'y a pas d'indication démontrée de l'angioplastie (\pm stent) en première intention ;
- Une intervention dans les 15 jours suivant l'infarctus cérébral est souhaitée; le bénéfice diminue au fur à mesure qu'on s'éloigne de l'évènement initial ;
- Elle n'est pas indiquée en cas d'infarctus cérébral sévère.

2. Petits infarctus profonds (ou « lacunes »)

La prévention repose sur :

- Le traitement des facteurs de risque (HTA ++)
- Un médicament antiplaquettaire (cf. Athérosclérose).

3. *Cardiopathies emboligènes*

- En cas de fibrillation atriale, les anticoagulants oraux - AVK, antithrombine (dabigatran), anti-Xa (Rivaroxaban, Apixaban), constituent le traitement de référence.

4. *Autres causes*

- Après dissection artérielle extra crânienne
 - o Les AVK ou l'aspirine peuvent être prescrits.
 - o Le choix du traitement dépend de la taille de l'infarctus cérébral et du degré de sténose.
 - o Le traitement est interrompu après cicatrisation de l'artère (3 à 6 mois habituellement).
- Infarctus cérébral sans cause identifiée : un traitement par antiplaquettaire au long cours est recommandé.

1.5.2. Prévention secondaire des hémorragies intraparenchymateuses

Elle repose avant tout sur le traitement de l'étiologie :

- Traitement de l'HTA ;
- Traitement endovasculaire ou chirurgical d'une malformation vasculaire ;
- Correction d'un trouble de la coagulation.

Tableau II : Traitement médicamenteux de la prévention vasculaire après un infarctus cérébral ou un AIT

ANTIAGREGANTS PLAQUETTAIRES	Aspirine à faible dose (50 à 325 mg/jour) En première intention, dès que possible après un AVC ischémique artériel.
	Clopidogrel (75 mg/j)
ANTICOAGULANTS	Antivitamine K (AVK) Pour les patients à risque d'embolie artérielle (avec une cible INR différente selon l'origine de l'embol : FA, valve mécanique...)
	Anticoagulants oraux directs en cas de FA non valvulaire <ul style="list-style-type: none"> • inhibiteurs directs du facteur Xa : rivaroxaban, apixaban, edoxaban (non commercialisé) ; • inhibiteur direct de la thrombine (anti-IIa) : dabigatran.
	Héparine de bas poids moléculaire (HBPM) En remplacement des AVK, 4 à 5 jours avant une intervention chirurgicale programmée A dose curative pour les cardiopathies à haut risque embolique et fort risque de récurrence.

1.6. Autres Traitements

La rééducation

✓ Phase aiguë

Il a pour objectif la prévention des complications de décubitus, nutritionnelles et respiratoires.

La kinésithérapie motrice précoce, pour améliorer la perception d'un membre paralysé, prévenir les attitudes vicieuses et les limitations articulaires.

L'intensité du programme dépend de l'état du patient et du degré d'invalidité. Si une rééducation active n'est pas possible, une rééducation passive doit tout de même être instaurée afin de minimiser le risque de rétractions tendineuses, douleurs articulaires, ulcères de décubitus et pneumonie [26].

✓ **Phase de récupération**

La rééducation en phase de récupération, doit être biquotidienne et a pour objectif de favoriser la plasticité cérébrale. D'où l'Intérêt de la rééducation sur le pronostic fonctionnelle et le devenir des patients.

Les soins associeront le masseur kinésithérapeute, l'orthophoniste, l'ergothérapeute ou le psychologue en fonction des besoins qui auront été établis lors de l'évaluation.

Les recommandations pour la pratique clinique de la rééducation de la fonction motrice chez l'adulte publiées par la HAS [34] mettent en avant l'amélioration du pronostic dans le cas où la rééducation est débutée précocement après l'AVC.

IV. DEVENIR SOCIOPROFESSIONNEL APRES ACCIDENT VASCULAIRE

1. Rôles et Relations sociales

La participation sociale est l'action de contribuer à la collectivité en donnant du temps gratuitement aux organisations et aux individus à l'extérieur de la sphère domestique [35]. Ce don de temps renvoie à la nature même du lien social, c'est-à-dire à l'ensemble des appartenances, des affiliations, des relations qui unissent ou divisent les gens ou les groupes sociaux entre eux. Il se distingue du lien marchand ou du lien avec l'État, par la nature de gratuité qui qualifie ses échanges [36].

1.1. Relations de famille

Dans l'ensemble, les études ont rapporté les conséquences de l'AVC sur les relations familiales et dans ces études, 5 % à 54 % des échantillons ont connu des problèmes familiaux. D'autres études ont rapporté les problèmes conjugaux après un AVC, y compris la séparation ou le divorce [37,38]. Les effets de l'AVC chez les enfants ont été rapportés, y compris les conflits parent-enfant, les

difficultés de garde d'enfants, et impact sur les enfants en tant que tuteurs [39,40].

1.2. Relations sexuelles

Des études ont examiné l'impact de l'AVC sur la sexualité, signalant des problèmes dans les relations sexuelles des participants ou la fréquence des activités sexuelles [41,42].

1.3. Finances

L'AVC a un impact sur la situation financière avec une prévalence de problèmes financiers allant de 24% à 33% [37,43].

1.4. Activités sociales

Les études ont rapporté les conséquences de l'AVC sur les activités de loisirs avec une détérioration ou diminution de ces activités [44,45].

2. Activités professionnelles

L'emploi rémunéré est une occupation étant très valorisée chez les adultes. En fait, le travail occupe un rôle clé dans l'existence humaine [46]. Quelques auteurs ont soulevé à travers les résultats de leurs études que les survivants perçoivent le travail comme étant important malgré qu'ils aient subi un AVC [47-49].

Le travail est une occupation souvent reliée à la santé. Après un AVC, le retour au travail peut être vu d'une façon différente et peut devenir pour les survivants d'un AVC un moyen de se sentir normalisé aux yeux de la société [50]. Pour d'autres, il est un signe de récupération qui signifie qu'ils redeviennent peu à peu ce qu'ils étaient [47,49]. Pour Alaszewski et al. [47], la valeur et la signification que les survivants accordent au travail varient en fonction de leurs expériences antérieures. Par exemple, si un individu vivait déjà une condition de santé chronique, rendant le travail difficilement possible, l'AVC et ses répercussions viennent tout simplement dresser de nouvelles barrières devant le retour au travail.

Dans une optique différente, la majorité des survivants interrogés dans l'étude de Stone [51] et ceux de l'étude de Hartke [52] avaient tendance à accorder moins d'importance au travail suite à leur AVC et ce, malgré leur désir de réintégrer leur emploi.

L'étude de Bourland [53] suggère que la qualité de vie des survivants d'AVC soit un processus dynamique et unique qui est relié étroitement à la reprise ou le remplacement d'occupations étant significatives pour l'individu. Pour ce faire, l'individu traverse un processus d'éveil à travers lequel il revoit ses priorités, ses valeurs et ses croyances.

En raison de pertes importantes sur le plan des rôles préconisés, l'individu se forge nécessairement une nouvelle identité [53]. Une autre étude menée par Stone [51] auprès de femmes ayant subi un AVC mentionne qu'elles ont développé de nouvelles priorités suite à leur AVC. En fait, ces priorités peuvent se résumer à une appréciation de la vie, un développement d'un nouveau sens de soi et un certain lâcher prise.

Quant aux survivantes d'AVC de l'étude de Cross [54], elles expriment qu'elles voient davantage la vie au jour le jour. Bourland et al. [53] insistent sur le fait que le rôle des thérapeutes en réhabilitation est de faciliter et d'adapter le processus d'exploration de nouvelles activités dans le quotidien de ces individus.

Dans la même optique, Trygged [55] indique qu'il est important, à travers le processus de réhabilitation de demeurer attentif à l'identité professionnelle et personnelle de l'individu qui est train de se rétablir.

Selon le plan d'action de santé mentale (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005) [56], la catégorie de besoins la plus négligée est celle reliée à la restauration des rôles. Wolf et al. [57] indiquent dans leur article que puisque la population subissant des AVC est de plus en plus jeune, il est nécessaire que les ergothérapeutes aillent maintenant au-delà des soins aigus et

ce, en encadrant davantage la participation de ces individus dans leur travail, leur famille et leur communauté.

Dans la même optique, l'Association canadienne de médecine physique et de réadaptation a émis six recommandations étant basées sur les meilleures évidences et parmi celles-ci, on note l'importance d'accorder un support adéquat dans la communauté [58].

2.1. Retour au travail et qualité de vie

Si le travail est significatif chez ces adultes survivants d'un AVC, il est probable qu'un retour au travail ait un impact sur leur satisfaction face à la vie. Vestling et al. [12] ont déterminé à travers leur étude que les individus qui étaient retournés au travail suite à leur AVC ont un meilleur niveau de satisfaction et de bien-être dans la vie que ceux qui n'y sont pas retournés. Röding et al. [59] ont évalué plus spécifiquement la satisfaction à travers la vie des adultes ayant subi un AVC. Leurs résultats indiquent que 53% des participants ne sont pas satisfaits de la vie en général et que 66% d'entre eux ne sont pas satisfaits de leur situation professionnelle.

Les femmes sont significativement moins satisfaites que les hommes à l'égard de leur situation professionnelle. Une étude menée par Hillman [48] révèle que des hommes retraités ayant subi un AVC perçoivent le fait de demeurer productif comme une source de bien-être et que cela augmente aussi leur intégration sociale. Dans un même ordre d'idée, Thomas [60] et Berkman [61] mentionnent, suite à leur étude menée auprès de 2761 aînés, que le fait d'avoir un rendement dans des rôles productifs a un impact sur la santé, le bien-être et amène un sentiment d'efficacité personnelle.

Enfin, les résultats de l'étude de Vestling [62], portant sur les différents aspects subjectifs du travail, concluent que les survivants qui ont identifié l'aspect intrinsèque du travail (liberté, utilisation des connaissances, développement personnel) comme étant l'aspect le plus important sont ceux qui

rapportent un bien-être dans leur situation vocationnelle significativement plus élevé.

2.2. Facteurs déterminant de la reprise du travail

Suite à un AVC, le travail peut être remis en question. En fonction des déficits présents, certains individus auront la possibilité de retourner au travail tandis que pour d'autres, diverses barrières peuvent persister et ainsi rendre le retour au travail impossible.

Le retour au travail chez les survivants d'AVC est une sphère qui a été bien explorée à travers les écrits dans la dernière décennie. Les études varient beaucoup entre elles puisqu'elles n'optent pas pour une définition semblable du travail, que le délai de retour au travail varie et que l'intervalle d'âge des survivants n'est pas toujours le même. Daniel et al. [63] ont réalisé une revue systématique qui avait pour objectif de déterminer les conséquences sociales d'un AVC chez les personnes en âge de travailler.

Les 70 études recensées ont permis d'illustrer la grande variabilité qui est présente dans le retour à l'emploi chez les individus ayant fait un AVC. En effet, la proportion du retour au travail recensée varie entre 0 et 100%. Cet écart important vient appuyer le fait que le retour au travail se veut une problématique multifactorielle.

Trygged [55] apporte une nuance quant à la façon d'aborder le retour au travail en mentionnant que dans l'approche de réhabilitation au travail, il est aussi important d'axer sur la capacité de l'individu à garder cet emploi.

En ce qui concerne les facteurs déterminants du retour au travail, Graham, Pereira et Teasell [58] mentionnent que le retour au travail devrait être examiné dans un contexte de facteurs multiples impliquant la sociodémographie, la neurologie, la neuropsychologie et les habiletés fonctionnelles.

L'approche qualitative utilisée dans le cadre d'une étude par Culler [64] permet d'obtenir la perspective des survivants face aux barrières qu'ils perçoivent en lien avec le retour au travail. Selon leurs résultats, les survivants

perçoivent en majorité les problèmes physiques, les difficultés cognitives et perceptuelles comme étant des barrières au retour au travail. La variabilité des approches utilisées dans les études mentionnées précédemment rend difficile l'établissement des facteurs les plus déterminants quant au retour au travail.

METHODOLOGIE

OBJECTIFS DE L'ETUDE

✓ Objectif général :

Déterminer le devenir socioprofessionnel à deux ans post-AVC au Sénégal afin d'améliorer l'accompagnement des patients.

✓ Objectifs spécifiques:

- Déterminer le score d'autonomie fonctionnelle grâce à l'index de Barthel,
- Déterminer la qualité de vie des patients par rapport à la nature du handicap,
- Préciser la qualité de vie sur la réinsertion socioprofessionnelle.

1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans les services de Neurologie des CHU de Fann et de Pikine.

2. Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale, qui s'était déroulée sur une durée totale de 7 mois entre le 1er Janvier au 31 Juillet 2021 aux CHU de Fann et de Pikine.

3. Population d'étude

Nous avons recensé l'ensemble des patients suivis dans les services de neurologie sus-cités, pour accident vasculaire cérébral pendant la période d'étude.

3.1. Critères d'inclusion

Ont été inclus les sujets répondant aux critères d'inclusion suivants :

- Patient acceptant de participer à l'enquête ;
- Victimes d'AVC, confirmés à l'imagerie cérébrale, évoluant d'au moins 2 ans.

3.2. Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus dans cette étude :

- Les TVC, les HSD, HED et les HSA.

4. Méthodes

Les données nécessaires à la réalisation de l'étude ont été recueillies à partir de l'interrogatoire des patients et /ou de l'entourage par des questions ouvertes. Les données ont été colligées à partir d'une fiche d'enquête qui a permis de recueillir les éléments des caractéristiques sociodémographiques, les rôles et relations sociales, la reprise ou non des activités professionnelles. L'autonomie globale a été évaluée par l'index de Barthel. Les relations sociales et les activités professionnelles ont été évaluées par des questions ouvertes, tirées de l'échelle SIP 65.

5. Saisie et analyse des données

Les données ont été recueillies sur un support individuel (fiche d'enquête), saisies dans une base de données Excel et analysées à l'aide du logiciel Epi-info version 7.1.3.3 et les proportions calculées et comparées au seuil $\alpha=0,05$.

Les données ont été analysées aux tests statistiques de chi2 et le test exact de Fisher.

La saisie et le traitement de texte ont été exécutés sur le logiciel Microsoft office Word et Excel 2013

6. Considérations éthiques

Tout patient participant à l'étude et son accompagnant ont reçu des informations utiles en vue de l'obtention de leur consentement éclairé. Il leur est expliqué au préalable le but et l'objectif de l'étude. Lors de la collecte, la confidentialité dans la collecte des données est assurée.

RESULTATS

De Janvier à juillet 2021, nous avons colligé 84 patients dans les services de neurologie des Centres Hospitalo-universitaires de Fann et de Pikine. Parmi ces patients suivis pour accidents vasculaires cérébraux : 49 AVCI (58,33%) répartis en 28 femmes (57,14%) et 21 hommes (42,86%) ; et 35 AVCH (41,67%) répartis en 19 femmes (54,29%) et 16 hommes (45,71%).

I. Données démographiques

1. Age :

La tranche d'âge la plus fréquemment retrouvée était celle de (61-70ans) avec un pourcentage de 26,19%; suivie de 25% pour les patients entre (51- 60 ans). La moyenne d'âge de nos patients était de $56,3 \pm 15,9$ ans avec des extrêmes allant de 21 à 86 ans.

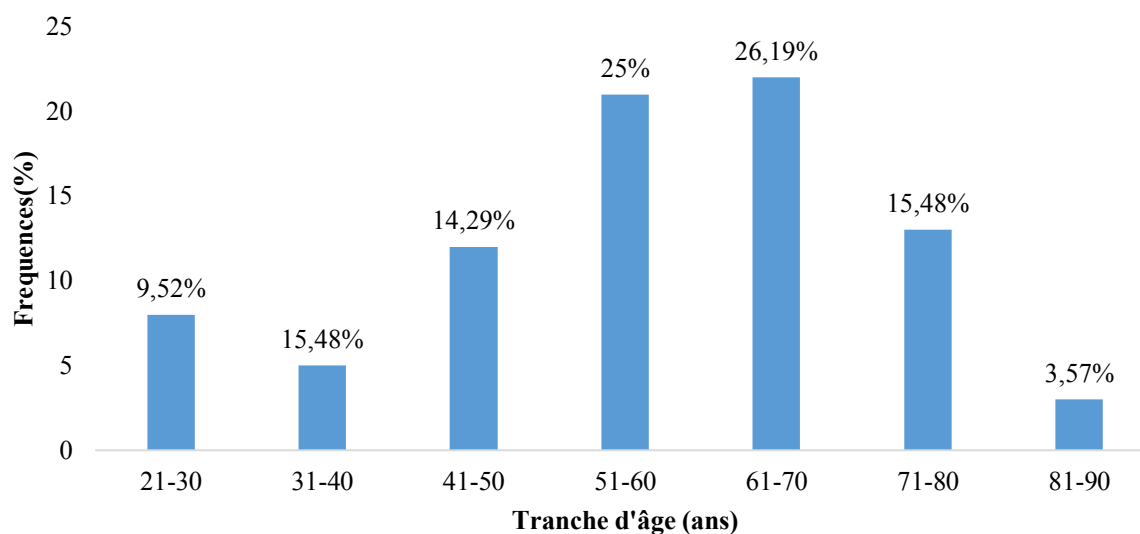


Figure 4 : Répartition selon l'âge.

2. Sexe

Le sexe féminin représentait 55,95 %, et masculin 44,05 % soit un sexe ratio étant de 0,7 en faveur des femmes.

II. Statut socio-éducatif (matrimonial, éducation et rôle social)

Dans la série, les mariés prédominaient avec 64,29% des patients en couple ; 30,95% dans la grande famille et 4,76% vivaient seuls.

Les patients scolarisés représentaient 53,57% dont 23,81% avec un niveau d'études supérieures. Quarante-six virgule quarante-trois des patients étaient non scolarisés.

La majorité des patients soit 88.1% étaient des responsables de famille et 79,59% des patients avaient un métier rémunéré.

III. Statut professionnel

Tableau III : Répartition selon le statut professionnel en fonction du secteur d'activité (n=49)

	Effectif (%)		Total	p-value
	Publique	Privé		
Profession	26,09	73,91	58,33	0,74

Les patients avec une activité professionnelle représentaient 58,33% dont 75,51% dans le secteur privé et 24,49% dans le publique et ceux sans profession 41,67%.

Les commerçants représentaient 30,76% et les fonctionnaires 24,49%.

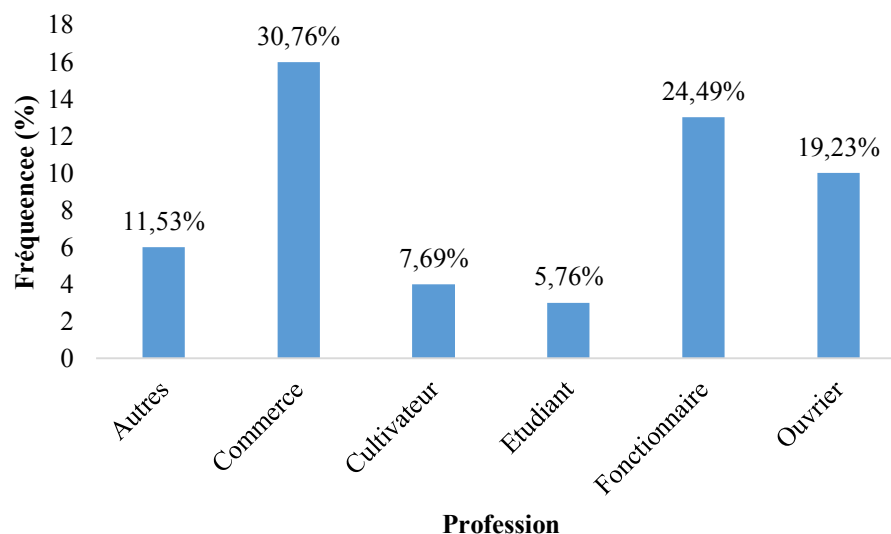


Figure 5 : Répartition des patients selon le type profession (n=52)

Tableau IV : Répartition selon l'ancienneté dans l'entreprise (n=49)

Ancienneté dans l'entreprise en années	Nombre	Fréquence (%)
<2	2	4,08
>21	26	53,06
11 - 20	7	14,29
2 - 5	7	14,29
6 - 10	7	14,29
Total	49	100,00

La majorité des professionnels soit 53,06% avaient une ancienneté dans l'entreprise de plus de 21 ans ; 28,58% entre (6 et 20ans) et 18,37% avaient moins de 6 ans de travail.

IV. Antécédents et facteurs de risque

L'HTA était retrouvée chez 70,23% de nos patients, le diabète dans 14,28% des cas. Les autres facteurs de risque sont mentionnés sur la *figure 6*.

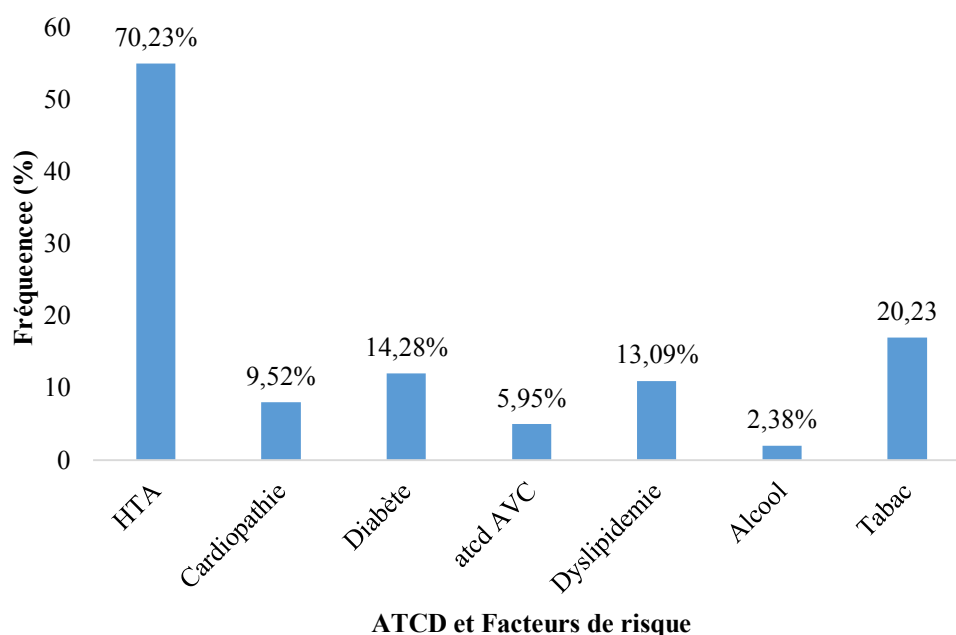


Figure 6 : Répartition des patients selon les ATCD et facteurs de risque

V. Données relatives à l'AVC

Les AVC ischémiques prédominaient dans 58,33% et les hémorragies intra-parenchymateuse 41,67% des cas.

La durée moyenne d'évolution de l'AVC était de $32,75 \pm 6,8$ mois avec des extrêmes allant de 24 à 60 mois.

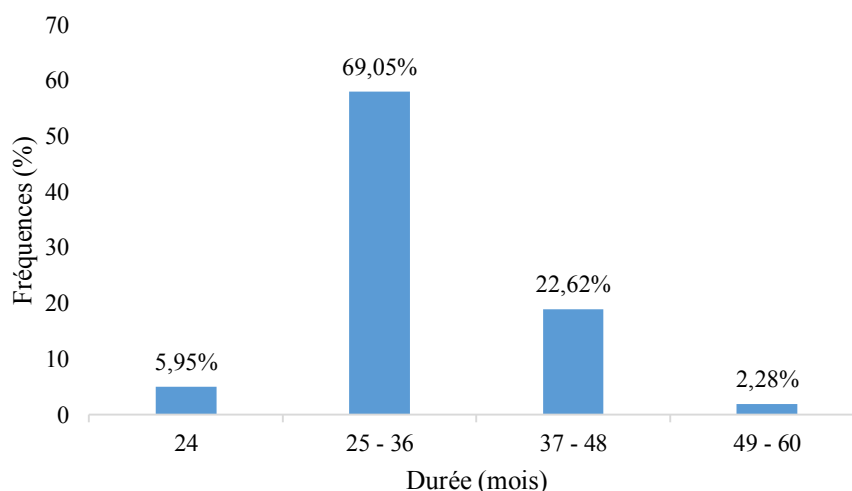


Figure 7 : Répartition selon la durée d'évolution de l'AVC

V. Déficiences cliniques

Un déficit hémicorporel (69,04%), une spasticité (34,32%), et la douleur (22,61%) ont été les principales déficiences retrouvées. La *Figure 8* montre les déficiences retrouvées.

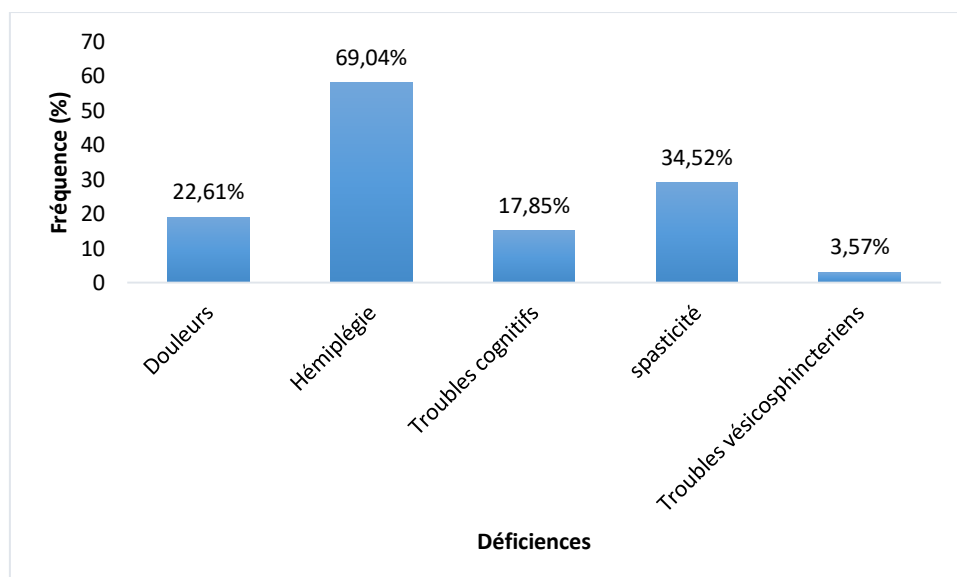


Figure 8 : Répartition des patients selon les déficiences

VI. Autonomie fonctionnelle

Soixante-neuf pourcent des patients avaient un index de Barthel entre (81-100), 17,85% entre (40-60) et 13,09% entre (61 - 80).

Tableau V : Répartition de l'âge en fonction de l'autonomie fonctionnelle

Age (ans)	Nombre			Fréquence (%)	p-value
	< 40	40-60	60-100		
20 - 30	0	0	8	9,52	0,32
31 - 40	0	1	4	5,95	
41 - 50	0	2	10	14,28	
51 - 60	0	3	18	25	
61 - 70	0	3	19	26,19	
71 - 80	0	5	8	15,47	
81 - 90	0	1	2	3,57	

Inférieur à 40 : dépendance totale ; 40-60 : dépendance partielle, supérieur à 60 : autonomie

Cent pourcent des patients de la tranche (20 - 30 ans) ; 83,33% de la tranche (41-50) ; 80% de la tranche (31- 40ans); avaient un index de Barthel entre (60-100). Le *tableau VI* résume les facteurs pronostics de l'autonomie globale.

Tableau	VI :	Facteurs	pronostic	de	l'autonomie	globale
Effectifs (%)						
		40 - 60	61 - 80	81 - 100	Total	p-value
Sexe						
F		60	63,64	53,45	55,95	0,77
M		40,00	36,36	46,55	44,05	
Etat Matrimonial						
Célibataire		0,00	0,00	17,24	11,90	0,22
Divorcé		6,67	0,00	5,17	4,76	
Marié		60	72,73	63,79	64,29	
Niveau d'étude						
Non scolarisé		60,00	72,73	37,93	46,43	0,17
Primaire		20,00	18,18	13,79	15,48	
Secondaire		6,67	0,00	18,97	14,29	
Supérieur		13,33	9,09	29,31	23,81	
Nature AVC						
Hémorragique		33,33	9,09	50	41,67	0,03
Ischémique		66,67	90,91	50	58,33	
Durée AVC (mois)						
24		6,67	0,00	6,90	5,95	0,44
25 - 36		60	72,73	70,69	69,05	
37 - 48		26,67	18,18	22,41	22,62	
49 - 60		6,67	9,09	0,00	2,38	

Tableau VII : Répartition de la reprise du travail en fonction l'autonomie fonctionnelle (n=52)

	Effectifs %			Total	p-value
	40 - 60	61 - 80	81 - 100		
Reprise du travail					
Non	90	80	51,35	61,54	0,056
Oui	10	20	48,65	38,46	

Quatre-vingt-quinze pourcent des patients ayant repris le travail avaient à un index de Barthel entre (60-100).

VII. Caractéristiques socio-professionnelles

a. Activités professionnelles

La reprise du travail était effective dans 38,46%. Le délai moyen de reprise du travail a été de $10,1 \pm 7,2$ mois. La *figure 9* montre la répartition des patients selon le délai de reprise des activités professionnelles.

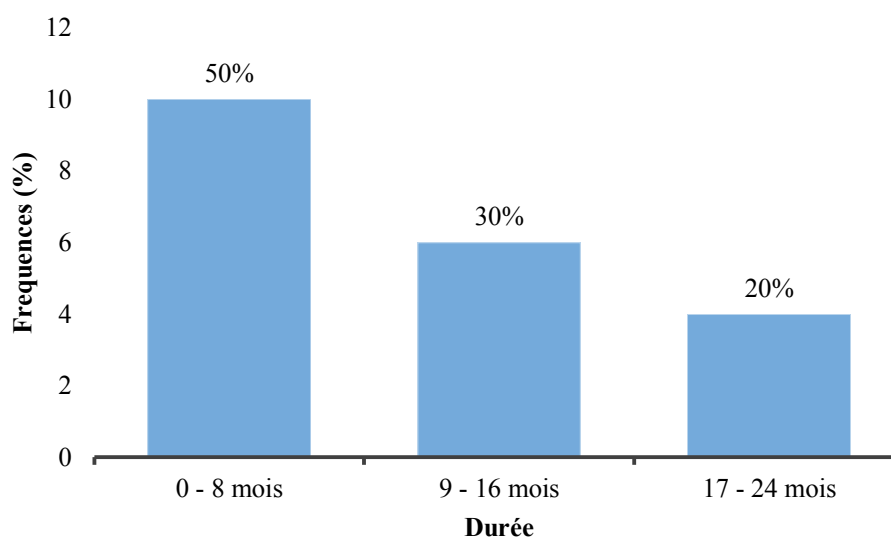


Figure 9 : Délai de reprise des activités professionnelles après AVC (n=20)

Quatre-vingt-quinze pourcent des patients avaient maintenu leur emploi malgré un rendement diminué, parmi lesquels 90% avaient retrouvé leur poste antérieur, 11% avaient bénéficié d'un reclassement et un patient a été licencié.

Le rendement professionnel était conservé chez 63% de nos patients. 75% des patients gardaient les mêmes heures de travail par jour avec une moyenne $7,7 \pm 2,2$ heures (La *Figure 10* montre la durée journalière de travail des patients.)

Le salaire était maintenu chez 95% des patients et réduit chez un patient requalifié.

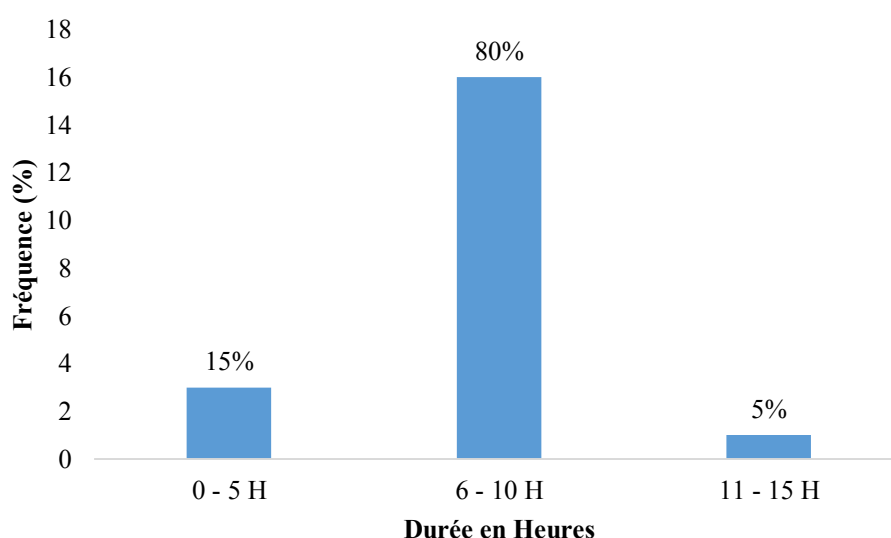


Figure 10 : Durée journalière de travail après AVC (n=20)

Une insatisfaction au travail a été retrouvée chez 15% des patients, dont 26,92% avec intention d'arrêt de travail.

Les absences étaient jugées fréquentes chez 25% des patients. Quatre-vingt pourcent des patients avec trouble du langage n'ont pas repris le travail (le *tableau VIII* montre les facteurs pronostiques de la reprise du travail).

Tableau VIII : Facteurs pronostiques de reprise du travail (n=52)

	Effectif (%)		Total	p-value
	Non	Oui		
Sexe				
Féminin	71,43	28,57	100	0,35
Masculin	54,84	45,16	100	
Age (ans)				
20 - 40	18,18	81,82	100	0,0002
41 - 60	64,00	36,00	100	
61 - 80	86,67	13,33	100	
81 - 10	100,00	0,00	100	
Situation matrimoniale				
Célibataire	30,00	70,00	100	0,003
Divorcé	66,67	33,33	100	
Marié	64,71	35,29	100	
Veuf	100,00	0,00	100	
Niveau d'étude				
Non scolarisé	94,44	5,56	100	0,0006
Primaire	57,14	42,86	100	
Secondaire	40,00	60,00	100	
Supérieur	41,18	58,82	100	
Profession				
Autres	16,67	83,33	100	0,96
Commerce	81,25	18,75	100	
Cultivateur	100,00	0,00	100	
Etudiant	0,00	100,00	100	
Fonctionnaire	50,00	50,00	100	
Ouvrier	80,00	20,00	100	
Troubles du langage	80,00	20,00	100	1

b. Rôles et relations sociales

Soixante-seize pourcent étaient visités par les amis et connaissances et 23,81% ne recevaient plus les visites, une mauvaise perception de la maladie a été retrouvé chez 27,38% des patients.

L'insatisfaction à la vie de couple était retrouvée chez 5,66% des patients mariés et un divorce chez patient.

La communication du couple était conservée chez 75,47%, diminuée chez 24,53% et les relations étaient tendues dans 15,09% des cas. Un sentiment de surprotection était retrouvait chez 20,75%.

L'insatisfaction de la vie sexuelle était notée chez 43,4% des patients et les raisons avancées, étaient liées à l'incapacité motrice dans 62,5% et aux troubles génito-sexuels chez 9,38%. (Les *Tableaux IX et X* montrent les conséquences sociales de l'AVC).

Tableau IX : Répartition selon les conséquences sociales de l'AVC

Conséquences sociales	Effectifs (%)		Total
	Oui	Non	
Visite amis et connaissances	76,19	23,81	100
Mauvaise Perception de la maladie	27,38	72,62	100
Satisfaction de la vie de couple	94,34	5,66	100
Conservation des discussions dans le couple	75,47	24,53	100
Relations tendues	15,09	84,91	100
Sentiment de surprotection	20,75	79,25	100
Satisfaction vie sexuelle	56,6	43,40	100
Diminution de la sexualité	60,38	39,62	100
Divorce	1,89	98,11	100
Réaménagement du loyer	16,67	83,33	100

Tableau X : Répartition des conséquences sociales en fonction de l'autonomie fonctionnelle

	Effectif (%)			Total	p-value
	40 - 60	61 - 80	81 - 100		
Insatisfaction sexuelle					
Non	10,00	10,00	80,00	100	0,18
Oui	21,74	21,74	56,52	100	
Diminution sexualité					
Non	9,52	9,52	80,95	100	0,35
Oui	18,75	18,75	62,50	100	
Réaménagement loyer					
Non	17,14	12,86	70,00	100	0,9
Oui	21,43	14,29	64,29	100	

VIII. Revenus financiers

La source de revenu était familiale dans 69,05% des cas, personnelle dans 19,05% ; les assurances et mutuelles ont été respectivement dans 5,95% et 4,76% des cas. 29,76% des patients étaient insatisfait de leur situation financière.

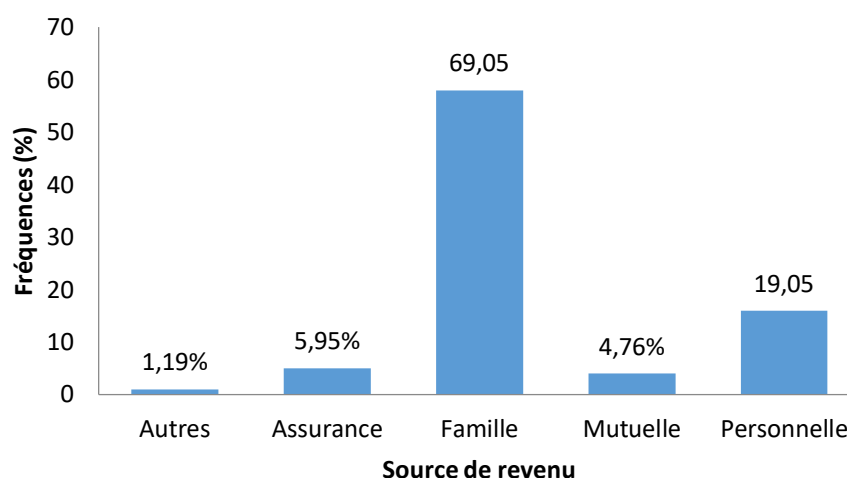


Figure 11 : La source de revenu et ressources financières (n=84)

IX. Activités de temps libres

Une activité de loisir a été retrouvée chez 39,29% des patients. 47,62% faisaient la marche comme activité sportive ; 8,33% du vélo. Le *Tableau XI* montre les différentes activités de loisirs des patients.

Tableau XI : Répartition selon l'activité sportive (n=84)

Activités sportives	Nombre	Fréquence (%)
Football	1	1,19
Marche	40	47,62
Pas d'activités	36	42,86
Vélo	7	8,33
Total	84	100

Tableau XII : Activités de temps libres en fonction des paramètres sociodémographiques et autonomie fonctionnelle

	Effectif (%)		Total	p-value
	Non	Oui		
Age (ans)				
20 - 40	15,38	84,62	100	0,01
41 - 60	33,33	66,67	100	
61 - 80	60,00	40,00	100	
81 - 90	66,67	33,33	100	
Sexe				
Féminin	53,19	46,81	100	0,05
Masculin	29,73	70,27	100	
Niveau d'étude				
Non scolarisé	53,85	46,15	100	0,06
Primaire	53,85	46,15	100	
Secondaire	33,33	66,67	100	
Supérieur	20,00	80,00	100	
Profession				
Autres	16,67	83,33	100	0,01
Commerce	50,00	50,00	100	
Cultivateur	75,00	25,00	100	
Etudiant	0,00	100,00	100	
Fonctionnaire	23,08	76,92	100	
Ouvrier	30,00	70,00	100	
Autonomie Fonctionnelle				
40 - 60	80,00	20,00	100	0,0006
61 - 80	63,64	36,36	100	
81 - 100	29,31	70,69	100	

DISCUSSION

Durant la période d'étude (7 mois), nous avons inclus 84 patients suivis pour AVC en consultation externe dans les services de neurologie des CHU de Fann et de Pikine

I. Données démographiques :

I.1. Age

La tranche d'âge la plus fréquemment retrouvée était celle de 61 à 70 ans (26,1%) ; l'âge moyen était de $56,3 \pm 15,9$ ans avec des extrêmes allant de 21 à 86 ans en accord avec les données africaines [9,65-68]. Ce pendant cette moyenne était inférieure à celle des pays développés [69-71]. Ce taux élevé dans cette tranche d'âge (61 -70 ans), faisant de l'AVC une affection du sujet âgé principalement.

La moyenne d'âge des pays occidentaux, nettement supérieure à la nôtre pourrait s'expliquer par le vieillissement de la population. Cet âge correspond à la classe d'âge où l'incidence des AVC augmente significativement en Afrique [72].

I.2. Sexe

Le sexe ratio dans les AVC est variable selon les études [9,10,65,68,73-78]. Nous avons retrouvé une prédominance féminine avec un sex ratio de 0,7.

Cette prédominance féminine s'expliquerait par la variation des populations d'étude.

La survie est en moyenne plus longue chez la femme après un AVCI avec une surmortalité masculine.

II. Statut Professionnel

Dans notre série, 58,33% avaient une activité professionnelle dans le secteur public et privé respectivement dans 24,49% et 75,51%.

Par contre dans la série de Diagne [75], le taux des salariés était de 22,22 % avec 12,12 % de fonctionnaires. Au Cameroun, Manga et al. [10], les participants travaillaient dans le secteur public (34,6%), le secteur privé formel

(34,6%) et le secteur informel (30,8%), ce taux est largement supérieur par rapport au notre.

La majorité des patients soit 53,06% avaient une ancienneté dans l'entreprise de plus de 21 ans et 4,08% avaient moins de 2 ans de travail. Dans la série de Manga et al. [10] l'ancienneté professionnelle moyenne des participants était égale à $20,5 \pm 11,5$ années avec des extrêmes allant de 2 à 48 ans.

III. Antécédents et facteurs de risque

1. Hypertension artérielle (HTA)

L'hypertension artérielle (HTA) représentait le facteur de risque le plus fréquent dans notre série (70,23%) ce qui concorde aux séries africaines [10,68,79-81], et aux séries occidentales [82,83].

Le sexe féminin prédominait dans 62,71% avec un taux élevé (16,22%) dans la tranche (71- 80ans) en accord avec la littérature [84,85].

En France la prévalence augmente avec l'âge, passant de 23,9 % et 8,6 % dans la tranche d'âge 35-44 ans à 79,8 % et 71,3 % chez les 65-74 ans [86].

Dans notre étude, l'HTA n'est pas un facteur déterminant chez les sujets jeunes.

2. Diabète

Dans notre étude, le diabète a été retrouvé dans de 14,28% en accord avec N'goran et al. en Côte d'ivoire [87] et Sene-Diouf au Sénégal [88]. Ce taux reste inférieur à celui trouvé dans les autres séries africaines [10,89] et en nouvelle Calédonie [90].

IV. Données relatives à l'AVC

Les AVC ischémiques prédominaient dans 58,33% et les hémorragies intra-parenchymateuse 41,67% ce qui corrobore avec la littérature [9,10,77]. La durée moyenne d'évolution de l'AVC est de $32,75 \pm 6,8$ mois avec des extrêmes allant de 24 à 60 mois.

V. Déficiences cliniques

Après accident vasculaire cérébral, les troubles neuromoteurs sont plus fréquemment retrouvés (69,04%), suivis des troubles sensitifs (22,61%) et du langage (14,28%), mais l'autonomie globale à 2 ans post-AVC, était retrouvée chez 72% des patients. Ce résultat corrobore avec ceux de la littérature [9,10,75,77].

Les troubles vesico-sphinctériens à type d'incontinence ont été retrouvé dans 3,57%. Par contre Daviet et al. à 3mois 17% [91], Edwards et al. à 6 mois 19% [92], Kolorninsky et al. à 12 mois 32% [93], Patel et al. à 2 ans 10% [94], Jorgensen et al. à 9 ans 17% [95].

Les troubles du langage représentaient 14,28% ce qui est inférieur à celui trouvé par Laska et Pedersen (50%) à 18 mois [96,97].

Les troubles cognitifs étaient retrouvés dans 17,85%. Par contre Kong et al. [98] ont découvert un taux 45,1% à 2 ans, Ozdemir et al. [99] 79% après la phase aigüe de l'AVC.

L'existence de séquelles fonctionnelles a influencé négativement la reprise du travail chez 51,92% des patients, les troubles sensitifs 13,46% et les troubles du langage 80%.

VI. Caractéristiques socio-professionnelles

a. Activités professionnelles

La reprise des activités professionnelles a été retrouvée chez 38,46%. Ce taux est supérieur à ceux retrouvés par Boudzounou (32%) [9] et Dadah (12%) [77], mais inférieur à ceux des études de Wozniak et Saeki [63,100,101]. Les différences observées pourraient résulter des définitions du travail utilisées dans les différentes études, des facteurs culturels, et la mise en place de programmes d'accompagnement des patients en post-AVC.

Cependant, notre taux reste faible comparé à l'autonomie globale des patients, évaluée par l'index de Barthel. L'exigence des tâches professionnelles qui demandent finesse et dextérité, mais aussi endurance, fait de l'index de

Barthel un outil d'évaluation peu adapté à la reprise professionnelle. Nos patients avaient une durée moyenne de travail de $7,7 \pm 2,2$ heures.

Le délai moyen de reprise de travail après AVC était de $(10,1 \pm 7,2)$ mois qui est supérieur à celui trouvé au Cameroun ($2,1 \pm 0,14$ mois) [10] et au Congo (2,44 mois) [78]. Dans la série de Boudzoumou, ce délai variait de 7 jours à 12 mois [9]. Par contre ce taux reste inférieur à la série française ($19,2 \pm 13,4$ mois) [13]. Au Canada, 17 % parmi les malades âgés de moins de 50 ans, ont repris le travail dans les 3 mois qui ont suivi leur AVC, soit 9 % à temps plein et 8 % à temps partiel [40].

On constate qu'au Sénégal la reprise des activités professionnelles est effective vers le dixième mois et est plus précoce dans les autres pays africains.

Les facteurs associés à la reprise de travail étaient le sexe masculin ($p = 0,2$), l'âge jeune ($P = 0,0006$) et le niveau d'étude ($P = 0,0006$), l'absence d'handicap ($P = 0,04$). Le taux de reprise de travail était plus élevé chez les patients ayant un niveau d'études supérieur (18,36 %) en accord avec la littérature [10,78,102,103] et chez les employés de bureau (24,48%) [12,104-106]. En France, le taux de reprise est moins élevé chez les travailleurs de bureau (39,3 %) par rapport aux ouvriers (60,7 %) [13]. Au Japon, le taux de reprise de travail était plus élevé chez les travailleurs de bureau et les étudiants (66,7 %) ($p=0,044$) [107], et plus important chez ceux ayant un AVC ischémique ($p = 0,022$) et une hémiplégie droite ($p=0,056$) [106].

Après la reprise professionnelle, le maintien du poste était la règle malgré un rendement diminué dans 37% des cas, une durée de travail réduite chez 21% des patients, des absences fréquentes (25%) et seul un patient a été licencié dans notre étude.

Quatre-vingt-neuf pour cent maintenaient leur poste, 11% avaient bénéficié d'une requalification de poste. En France, Neau et al. concluaient à une relativement bonne réinsertion professionnelle mais s'étonnaient que les aménagements de poste soient fréquents et que, dans un cas sur deux, ce ne soit

pas l'ancien travail qui soit repris [108]. Leys et al. soulignaient que 12 patients avaient perdu leur emploi dans la période suivant l'AVC, malgré une apparente bonne récupération [109]. Ce qui laisse penser, que la satisfaction au travail et à la vie est déterminante pour le maintien du poste de travail.

Dans notre étude, 26,92% des patients avaient envie d'arrêter le travail dans l'entreprise après l'AVC et 15 % d'insatisfaction au travail. Un poste inadapté et une réduction du salaire, pourrait être déterminant dans l'insatisfaction au travail après AVC. Dans notre série l'évaluation du poste n'a pas été réalisée mais le salaire était diminué chez un patient.

b. Rôles et relations sociales

Dans notre étude; 76,19% des patients continuent à recevoir des visites d'amis et des proches. Ce taux est largement supérieur à celui retrouvé par Diagne [75].

L'AVC entraîne des modifications dans la vie du couple avec une insatisfaction de la vie sexuelle (43,4%), une diminution de la sexualité dans 60,38% et une diminution des discussions dans 24,53%, divorce chez un patient. Diagne retrouvait une vie sexuelle modifiée à 6 mois chez 54 % des cas [75]. Cela signifie que l'insatisfaction à la vie sexuelle diminue avec la durée d'évolution.

Treize études ont rapporté les conséquences de l'AVC sur les relations familiales et dans ces études, 5 % à 54 % des échantillons ont connu des problèmes familiaux. Neuf études ont rapporté des problèmes conjugaux après un AVC, y compris la séparation ou le divorce [37-41,110,111]. Six d'entre elles ont indiqué que les problèmes conjugaux étaient une conséquence directe de l'AVC [37-41,111]. Une étude a rapporté que 5 % de l'échantillon avaient connu une détérioration de la relation conjugale [37], alors qu'une autre a constaté que 38 % des couples avaient connu des conflits depuis l'accident vasculaire cérébral [40].

Les effets de l'AVC chez les enfants ont été rapportés dans 5 études, y compris les conflits parent-enfant, les difficultés de garde d'enfants, et impact sur les enfants en tant que tuteurs [39-41,43,59]. Six études ont rapporté l'impact de l'AVC sur la dynamique des relations familiale, avec 4 décrivant cela comme négatif [41,44,59]. Deux d'autres études ont signalé peu de complications [112,113].

Dix études ont examiné l'impact de l'AVC sur la sexualité, signalant des problèmes dans les relations sexuelles des participants ou la fréquence des activités sexuelles [40-43,59,108,114-117].

Prévalence de la détérioration des relations sexuelles signalée dans 8 études allaient de 5% à 76% [40,42,43,108,114-117].

Ces conséquences sociales seraient plurifactorielles, liées d'une part aux limitations physiques, troubles de la communication, et aux conséquences financières. Nous avons constaté, que les diminutions de l'activité sexuelle sont plus fréquemment liées à l'incapacité motrice, qu'aux troubles génito-sexuels. Ces incapacités motrices (44,04%), explique aussi en partie l'inactivité sportive (42,62%), l'absence d'activité de loisirs chez 39,29% de nos patients. Les considérations culturelles sur la pratique sportive et sexuelle chez les personnes âgées pourraient aussi y contribuer.

Les limitations physiques et autres déficiences, impactent aussi sur les relations sociales, en particulier les visites d'amis.

VII. Autonomie fonctionnelle

Dans notre série, l'index de Barthel était entre (60-100) dans 82,15% des cas, ce qui est inférieur à celui trouvé par Grangère et al. (96%) [118] dans le même intervalle. Les femmes (55,95%) avaient un index relativement élevé que les hommes (44,05%) en désaccord avec la littérature [119,120]. Cent

pourcent des patients (20 - 30 ans) avaient un index entre (60-100) contre 55,95% pour ceux âgé de plus de 61 ans en accord avec la littérature [77,118]. L'âge jeune est un élément de bon pronostic avec une réinsertion plus facile [121]. L'âge n'influencerait que les aspects relatifs aux activités de la vie quotidienne mais pas la récupération neurologique [122]. Les célibataires (100%) avaient un index entre (60-100) contre 83,33% des mariés dans le même intervalle. 85,71% des AVCH se situaient entre (60-100) de l'index de Barthel contre 79,59% pour les AVCI concordant avec la littérature [123,124] avec une récupération fonctionnelle plus favorable pour les AVCH. 63,09% des patients entre (60-100) avaient une durée d'évolution de (24-36 mois) après l'AVC, contre 19% (37- 48 mois) dans le même intervalle ce qui pourrait s'expliquer par la plasticité lésionnelle jusqu'à deux ans post AVC [14,15], au-delà les lésions restent fixes. 86,66% des patients scolarisés avaient un index entre (60-100), contre 76,92% de non scolarisés dans le même intervalle. 95% des patients ayant repris le travail avaient à un index de Barthel entre (60-100), un résultat supérieur à la série de Datie [125] où 32% avaient repris l'activité professionnelle chez une population suivie pendant un an et la série de Pradat et al. [126] notaient 60% de récupération professionnelle à 3ans.

Bluvol et Ford-Gilboe illustrent que le niveau d'indépendance fonctionnel est le facteur qui influence le plus significativement la qualité de vie chez les survivants [23]. Les troubles du langage représentent un facteur prédictif négatif de retour au travail dans notre étude et pour d'autres auteurs pour lesquels les patients aphasiques ont plus de difficultés à reprendre le travail que les non-aphasiques [104,105,107,108,127,128].

VII. Revenus financiers

Les dépenses sanitaires d'une kinésithérapie bien conduite en externe après AVC au Burkina-Faso, estimée en 2013 entre 192 000 et 396 000 FCFA (293 à 604 €) en trois mois [129]. (Le salaire minimum au Sénégal en 2021 est de 59640 FCFA (90.96 euros) par mois, associée à une réduction du salaire,

touchant 61,22% de nos patients, ont des conséquences économiques sur les ménages, d'où le besoin d'aide des familles.

Dans notre étude, 29,76% des patients n'étaient pas satisfaits de leur condition financière après l'AVC. La source de revenu des patients était familiale dans 69,05%; personnelle 19,05% des cas. Les assurances et mutuelles contribuent respectivement à 5,95% et 4,76% des cas, alors qu'au Cameroun seulement 15 % des participants issus du secteur public et du secteur privé formel ont bénéficié d'une prise en charge par l'assurance maladie [10].

Sept études ont rapporté l'impact de l'AVC sur la situation financière avec 3 déclarants des besoins financiers non satisfaits [37,43,114]. et 4 déclarants les expériences personnelles des participants sur leur situation financière [40,41,47,59]. Dans 4 études rapportant la prévalence de problèmes, cela allait de 24% à 33% [37,40,43,114].

VIII. Activités de temps libres

L'arrêt des activités de loisirs a été retrouvé dans (42,86%) ; un taux inférieur à celui de Diagne qui retrouvait 61 % [75].

Neuf autres études ont rapporté les conséquences de l'AVC sur les activités de loisirs, 4 d'entre elles signalent une détérioration ou diminution de ces activités [38,44,45,116]. Cinq études ont quantifié la diminution des activités de loisirs allant de 15 % à 79% [38,44,45,114,116].

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le devenir socioprofessionnel ainsi que la récupération fonctionnelle restent un problème de santé publique au Sénégal, avec un impact socio-économique très élevé, susceptible d'altérer la qualité de vie chez les survivants d'un AVC en occasionnant plusieurs conséquences, notamment, chez les personnes en âge de travailler. Outre le retour au travail, il y a un impact négatif de l'AVC sur les aspects de participation sociale, y compris les effets néfastes sur la vie de famille, les besoins financiers non satisfaits et la détérioration de la vie sexuelle. Les rôles sociaux et familiaux et le fonctionnement physique semblent être des domaines nécessitant une plus grande attention des cliniciens.

Cette étude réalisée de façon transversale, par des questions ouvertes portant sur les conditions sociales, professionnelles et financières des patients a permis de retrouver :

- Sur le plan social, une diminution des visites d'amis (23,81%), une modification de la sexualité (43,4%), une diminution des discussions des couples (24,53%), le réaménagement du loyer (16,67%), une sédentarité avec une absence d'activité de loisirs et sportives malgré une autonomie satisfaisante, évaluée par l'index de Barthel. Les difficultés financières sont retrouvées chez 29,76% et les principales sources sont familiales et personnelles.
- Sur le plan professionnel, la reprise est effective dans 38,46% et le maintien du poste est de règle, mais l'adaptation du poste de travail et le reclassement professionnel reste faible. Les facteurs déterminants du statut socio-professionnel des patients post-AVC sont sexe masculin, l'âge jeune, le niveau d'étude, l'absence d'handicap.

RECOMMANDATIONS

Au personnel de santé

- Associer une évaluation spécifique, fonction du poste de travail, à l'évaluation globale de l'autonomie,
- Coordination entre médecin rééducateur, neurologues, médecins du travail, pour la reprise des activités professionnelles,
- Inciter les patients à adhérer à des associations de patients AVC ou de défense des droits des patients AVC
- Recommander, dès que possible, un sport adapté aux capacités fonctionnelles et financières des patients,
- Organiser des thérapies d'éducation sexuelle aux couples d'AVC.

Aux médecins du travail

Inciter les patients à adhérer aux mutuelles et aux assurances

Aux décideurs de la santé

Favoriser la formation d'ergothérapeutes et d'orthophonistes et de psychologues.

REFERENCES

- [1]. Johnston SC, Mendis S, Mathers CD. Global variation in stroke burden and mortality: estimates from monitoring, surveillance, and modelling. *Lancet Neurol.* 2009; 8(4):345-54.
- [2]. Feigin VL, Forouzanfar MH, Krishnamurthi R, Mensah GA, Connor M, Bennett DA, et al. Global and regional burden of stroke during 1990–2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The lancet.* 2014;383(9913):245-55.
- [3]. Masson E. Survie des accidents vasculaires cérébraux comateux à Dakar (Sénégal) [Internet]. EM-Consulte. [Cité 3 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/173889/survie-des-accidents-vasculaires-cerebraux-comateu>
- [4]. Sow D, Toure K, Basse A.M, Ndiaye M.M. Pronostic des hémorragies cérébrales spontanées du sujet de moins de 55 ans, dans un pays en développement d’Afrique de l’ouest. Exemple du Sénégal, à propos de cinquante-trois cas. *Med Sante Trop.* 2016;26:170-4.
- [5]. Fondation des maladies du cœur du Canada. (2012). Qu’est-ce qu’un AVC? Repéré à http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.3562137/k.6ECC/AVC__Questce_qu_un_AVC.htm.
- [6]. Levine DA, Morgenstern LB, Langa KM, Piette JD, Rogers MA, Karve SJ. Recent trends in cost-related medication nonadherence among stroke survivors in the United States. *Ann Neurol.* 2013;73(2):180-8.
- [7]. De Peretti C, Grimaud O, Tuppin P, Chin F, Woimant F. Prévalence des accidents vasculaires cérébraux et de leurs séquelles et impact sur les activités de la vie quotidienne: apports des enquêtes déclaratives Handicap-santé-ménages et Handicap-santé-institution. *Prévalence.* 2012; 10(1):1-6.
- [8]. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJ. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *The lancet.* 2006;367(9524):1747-57.
- [9]. Boudzoumou BED. Reprise de travail après un accident vasculaire cérébral au CHU de Fann Dakar Sénégal en 2017-2018. *J Neurol Neurochir Psychiatr.* 2019;2(19):21-6.
- [10]. Manga Lo, Ayelo P, Mandengue SH, Djientcheu VP, Foguem ST, Sangah BW. Réinsertion socioprofessionnelle après accident vasculaire cérébral à Yaoundé. *Arch Mal Prof Environ.* 2020; 81(1):32-9.

- [11]. Busch MA, Coshall C, Heuschmann PU, McKevitt C, Wolfe CD. Sociodemographic differences in return to work after stroke: the South London Stroke Register (SLSR). *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2009; 80(8):888-93.
- [12]. Vestling M, Tufvesson B, Iwarsson S. Indicators for return to work after stroke and the importance of work for subjective well-being and life satisfaction. *J Rehabil Med*. 2003; 35(3):127-31.
- [13]. Doucet T, Muller F, Verdun-Esquer C, Debelleix X, Brochard P. Returning to work after a stroke: A retrospective study at the Physical and Rehabilitation Medicine Center “La Tour de Gassies”. *Ann Phys Rehabil Med*. 2012;55(2):112-27.
- [14]. Salthun-Lassalle B. Récupérer après un AVC [Internet]. *cerveauetpsycho.fr*. Pour la Science; [cité 20 août 2021]. Disponible sur: <https://www.cerveauetpsycho.fr/sd/medecine/https://www.cerveauetpsycho.fr/sd/medecine/recuperer-apres-un-avc-9029.php>
- [15]. Yelnik AP, Bonan IV, Simon O, Gellez-Leman MC. Rééducation après accident vasculaire cérébral. *EMC-Neurol*. 2008;5(3):1-15.
- [16]. Collège de la Haute Autorité de Santé. Accident vasculaire cérébral [Internet]. HAS; 2007. Disponible sur: http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/07-042_traceur_guide-adl-avc.pdf.
- [17]. Kannel WB, Wolf PA, Benjamin EJ, Levy D. Prevalence, incidence, prognosis, and predisposing conditions for atrial fibrillation: population-based estimates. *Am J Cardiol*. 1998;82(7):2N-9N.
- [18]. Mboup, M. C., Sarr, S. A., Dia, K., & Fall, P. D. Aspects étiologiques des accidents vasculaires cérébraux ischémiques au Sénégal. *Pan African Medical Journal*. 2015;22:201.
- [19]. Osseby G, Minier D, Couvreur G, Moreau T, Giroud M. Epidémiologie et physiopathologie des accidents vasculaires cérébraux artériels. *Drugs Perspect*. Sept 2002; p 2-10.
- [20]. Galvin R, Geraghty C, Motterlini N, Dimitrov BD, Fahey T. Prognostic value of the ABCD2 clinical prediction rule: a systematic review and meta-analysis. *Fam Pract*. 2011; 28(4):366-76.
- [21]. College Réanimation AVC’ <<http://www.ce-mir.fr/UserFiles/File/national/desc-des/livremaison-2015/neuro/avc.pdf>> [accessed 27 September 2018].

- [22]. Raposo N, Pariente J, Albucher J-F, Olivot J-M, Calvière L, Viguier A, et al. Angiopathie Amyloïde Cérébrale : avancées récentes et perspectives. *Bull Académie Natl Médecine*. 1 févr 2021; 205(2):180-91.
- [23]. Bagg S, Pombo AP, Hopman W. Effect of age on functional outcomes after stroke rehabilitation. *Stroke*. 2002; 33(1):179-85.
- [24]. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, et al. 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 1 mars 2018; 49(3):e46-99.
- [25]. Jauch EC, Saver JL, Adams Jr HP, Bruno A, Connors JJ, Demaerschalk BM, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2013; 44(3):870-947.
- [26]. 2003 EUSI_recommendations_flyer_french.Pdf". <http://www.congrexswitzerland.com/fileadmin/files/2013/esostroke/pdf/EUSI_recommendations_flyer_french.pdf> [accessed 15 October 2018].
- [27]. Espinola-Klein C, Rupprecht H-J, Blankenberg S, Bickel C, Kopp H, Victor A, et al. Impact of infectious burden on progression of carotid atherosclerosis. *Stroke*. 2002;33(11):2581-6.
- [28]. Werner Hacke [Internet]. [Cité 26 juill 2021]. Disponible sur: http://scholar.google.com/citations?user=_wgQG7oAAAAJ&hl=de
- [29]. HAS Accident Vasculaire Cérébral : Prise En Charge Précoce (D'alerte, Phase Préhospitalière, Phase Hospitalière Initiale, Indications de La Thrombolyse)' <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/avc_prise_en_charge_precoce_-_recommandations.pdf> [accessed 30 October 2018].
- [30]. Lhuillier-Nkandjeu Huguette, 'Haute Autorité de santé', 2018, 31. <https://www.hassante.fr/jcms/c_2725124/fr/thrombectomie-des-arteres-intracraniennes-par-voieendovasculaire-rapport-d-evaluation-technologique> [accessed 16 June 2019].
- [31]. Lau KK, Leung TW, Soo YO. The era after DAWN: treatment of acute ischaemic stroke. *Hong Kong Med J*. 2018; 24:313-5.

- [32]. Collaboration AT. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. *Bmj*. 2002; 324(7329):71-86.
- [33]. Berger JS, Brown DL, Becker RC. Low-dose aspirin in patients with stable cardiovascular disease: a meta-analysis. *Am J Med*. 2008;121(1):43-9.
- [34]. HAS Accident Vasculaire Cérébral : Méthodes de Rééducation de La Fonction Motrice Chez l'adulte' <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-11/11irp01_argu_avc_methodes_de_reeducation.pdf> [accessed 5 October 2018].
- [35]. Gaudet S. Lire les inégalités à travers les pratiques de participation sociale. SociologieS [Internet]. 27 janv 2012 [cité 28 août 2021]; Disponible sur: <https://journals.openedition.org/sociologies/3874>
- [36]. Godbout Jacques T. Ce qui circule entre nous. Donner, recevoir, rendre. Seuil, coll. La couleur des idées, Paris; 2007.
- [37] Mackay A, Nias BC. Strokes in the young and middle-aged: consequences to the family and to society. *J R Coll Physicians Lond*. 1979; 13(2):106.
- [38]. Sjögren K. Leisure after stroke. *Int Rehabil Med*. 1982; 4(2):80-7.
- [39]. Coughlan AK, Humphrey M. Presenile stroke: long-term outcome for patients and their families. *Rheumatol Rehabil*. 1982; 21(2):115-22.
- [40]. Teasell RW, McRae MP, Finestone HM. Social issues in the rehabilitation of younger stroke patients. *Arch Phys Med Rehabil*. 2000; 81(2):205-9.
- [41]. Banks P, Pearson C. Parallel lives: younger stroke survivors and their partners coping with crisis. *Sex Relatsh Ther*. 2004; 19(4):413-29.
- [42]. Korpelainen JT, Kauhanen M-L, Kemola H, Malinen U, Myllylä VV. Sexual dysfunction in stroke patients. *Acta Neurol Scand*. 1998; 98(6):400-5.
- [43]. Low JTS, Kersen P, Ashburn A, George S, McLellan DL. A study to evaluate the met and unmet needs of members belonging to Young Stroke groups affiliated with the Stroke Association. *Disabil Rehabil*. 2003; 25(18):1052-6.
- [44]. Niemi M-L, Laaksonen R, Kotila M, Waltimo O. Quality of life 4 years after stroke. *Stroke*. 1988; 19(9):1101-7.

- [45]. Corr S, Wilmer S. Returning to work after a stroke: an important but neglected area. *Br J Occup Ther.* 2003; 66(5):186-92.
- [46]. Lee SW, Taylor R, Kielhofner G, Fisher G. Theory use in practice: a national survey of therapists who use the Model of Human Occupation. *Am J Occup Ther.* 2008; 62(1):106-17.
- [47]. Alaszewski A, Alaszewski H, Potter J, Penhale B. Working after a stroke: survivors' experiences and perceptions of barriers to and facilitators of the return to paid employment. *Disabil Rehabil.* 2007; 29(24):1858-69.
- [48]. Hillman A, Chapparo CJ. The role of work in the lives of retired men following stroke. *Work.* 2002; 19(3):303-13.
- [49]. Medin J, Barajas J, Ekberg K. Stroke patients' experiences of return to work. *Disabil Rehabil.* 2006; 28(17):1051-60.
- [50]. Wolfenden B, Grace M. Returning to work after stroke: a review. *Int J Rehabil Res.* 2009; 32(2):93-7.
- [51]. Stone SD. Being as doing: Occupational perspectives of women survivors of hemorrhagic stroke. *J Occup Sci.* 2005; 12(1):17-25.
- [52]. Hartke RJ, Trierweiler R, Bode R. Critical factors related to return to work after stroke: a qualitative study. *Top Stroke Rehabil.* 2011; 18(4):341-51.
- [53]. Bourland EL, Neville MA, Pickens ND. Loss, gain, and the reframing of perspectives in long-term stroke survivors: a dynamic experience of quality of life. *Top Stroke Rehabil.* 2011; 18(5):437-49.
- [54]. Cross A, Schneider M. A preliminary qualitative analysis of the impact of hope on stroke recovery in women. *Top Stroke Rehabil.* 2010; 17(6):484-95.
- [55]. Trygged S. Return to work and wellbeing after stroke—a success story? *Int J Ther Rehabil.* 2012;19(8):431-8.
- [56]. Ministère de la santé et des services sociaux (2005). Plan d'action en santé mentale 2005- 2010-La force des liens. Québec. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-914-01.pdf>.
- [57]. Wolf TJ, Baum C, Connor LT. Changing face of stroke: Implications for occupational therapy practice. *Am J Occup Ther.* 2009; 63(5):621-5.
- [58]. Teasell R, Meyer MJ, Foley N, Salter K, Willems D. Stroke rehabilitation in Canada: a work in progress. *Top Stroke Rehabil.* 2009; 16(1):11-9.

- [59]. Rödning J, Lindström B, Malm JAN, Öhman A. Frustrated and invisible—
younger stroke patients' experiences of the rehabilitation process. *Disabil Rehabil.* 2003;25(15):867-74.
- [60]. Glass TA, De Leon CM, Marottoli RA, Berkman LF. Population based
study of social and productive activities as predictors of survival among
elderly *Americans*. *Bmj.* 1999; 319(7208):478-83.
- [61]. Berkman B, Chauncey S, Holmes W, Daniels A, Bonander E, Sampson S,
et al. Standardized screening of elderly patients' needs for social work
assessment in primary care: use of the SF-36. *Health Soc Work.* 1999;
24(1):9-16.
- [62]. Vestling M, Ramel E, Iwarsson S. Quality of life after stroke: well-being,
life satisfaction, and subjective aspects of work. *Scand J Occup Ther.*
2005; 12(2):89-95.
- [63]. Daniel K, Wolfe CD, Busch MA, McKeivitt C. What are the social
consequences of stroke for working-aged adults? A systematic review.
Stroke. 2009; 40(6):e431-40.
- [64]. Culler KH, Wang Y-C, Byers K, Trierweiler R. Barriers and facilitators of
return to work for individuals with strokes: perspectives of the stroke
survivor, vocational specialist, and employer. *Top Stroke Rehabil.*
2011;18(4):325-40.
- [65]. Kouna NP, Millogo A, Siéméfo KFP, Assengone-Z Y. Aspects
épidémiologiques et évolutifs des accidents vasculaires au centre
hospitalier de Libreville (gabon). *AJNS* 2007 Vol. 26, No 2.
- [66]. Diarra ZS. Itinéraire du patient admis pour accident vasculaire cérébral
dans trois formations sanitaires de Bamako. 2012 [cité 8 août 2021];
Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/1295>
- [67]. Bilongo-Manene B. Mortalité et morbidité des AVC dans le service
d'anesthésie réanimation du CHU Gabriel Touré. *These, Med, Bamako,*
2007 ; 137.
- [68]. Abjaw Z., Zoubir M. Prise en charge des accidents vasculaires cérébraux
au service de réanimation à L'hôpital Militaire Avicenne, Marrakech 2012
[cité 8 août 2021]; Disponible sur: <http://wd.fmpm.uca.ma/biblio/theses/annee-htm/art/2012/article14-12.pdf>.

- [69]. Viña Soria L, Martín Iglesias L, López Amor L, Astola Hidalgo I, Rodríguez García R, Forcelledo Espina L, et al. Resultados y evolución funcional de pacientes críticos con ictus isquémico sometidos a trombectomía mecánica. *Med Intensiva*. juin 2018;42(5):274-82.
- [70]. Garnier C, Beaufiles O, Bouaziz A, Esain S, Milhaud D. Devenir des accidents vasculaires cérébraux ischémiques ayant bénéficié d'un traitement de désobstruction (thrombolyse et ou thrombectomie) au sein d'une unité d'urgence spécialisées. *Neuro-réanimation 2 /Annales Françaises et de réanimation 32S (2013) A239-A244*.
- [71]. Lahiri S, Navi BB, Mayer SA, Rosengart A, Merkler AE, Claassen J, et al. Hospital Readmission Rates Among Mechanically Ventilated Patients With Stroke. *Stroke*. Oct 2015; 46(10):2969-71.
- [72]. Adeloye D. An Estimate of the Incidence and Prevalence of Stroke in Africa: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Kiechl S, éditeur. PLoS ONE*. 26 juin 2014;9(6):e100724.
- [73]. Hassane BR. Accident vasculaire cérébral: Service de neurologie du CHU Gabriel Toure [Thèse med]. [Bamako]: Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/518>.
- [74]. Judith K. Complications respiratoires des accidents vasculaires cérébraux dans le service d'anesthésie réanimation du CHU Gabriel Touré. *These, Med, Bamako, 2008; 333*.
- [75]. 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*. 1 sept 2016;36(3):156-60.
- [76]. Sagui E. Les accidents vasculaires cérébraux en Afrique subsaharienne. *Médecine Trop*. 2007; 67(6):596-600.
- [77]. Dadah SML, Basse AM, Sene MS, El HMB, Seck LB, Sy AB, et al. Qualité de vie après un accident vasculaire cérébral au Sénégal: à propos de 50 cas. *Afr J Neurol Sci*. 2013;32(2):24-9.
- [78]. Latou HDBM, Kouapele EF, Bandzouzi PS, Mpandzou G, Aloba KO, Ossou-nguiet P. Réinsertion professionnelle a 3 mois après accident vasculaire cérébral chez l'adulte jeune au Congo. *Ann Sci Santé*. 2021;20(1-2).

- [79]. Hazim A. Prise en charge des accidents vasculaires cérébraux au milieu de réanimation, Hôpital de Kouhigba [PhD Thesis]. *Thèse Doctorat Médecine, Casablanca* 143; 2006.
- [80]. Hassane Bana R. Accident vasculaire cérébral: service de neurologie du CHU Gabriel Touré. *These, Med, Bamako*, 2014.
- [81]. Krzesinski J-M. Hypertension artérielle et AVC. 2018; [cité 8 août 2021]; Disponible sur: <http://hdl.handle.net/2268/221283>.
- [82]. Besson G, Gogousslasky J. Traitement des infarctus cérébraux à la phase aiguë. *Accid Vasc Cérébraux Paris Doin*. 1993;429-36.
- [83]. Bejot Y, Caillier M, Rouaud O, Benatru I, Maugras C, Osseby G-V, et al. Épidémiologie des accidents vasculaires cérébraux: Impacts sur la décision thérapeutique. *Presse Médicale*. 1 janv 2007;36(1, Part 2):117-27.
- [84]. Godet-Mardirossian H, Girerd X, Vernay M, Chamontin B, Castetbon K, De Peretti C. Patterns of hypertension management in France (ENNS 2006–2007). *Eur J Prev Cardiol*. 2012; 19(2):213-20.
- [85]. Burt VL, Whelton P, Roccella EJ, Brown C, Cutler JA, Higgins M, et al. Prevalence of hypertension in the US adult population: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1991. *Hypertension*. 1995;25(3):305-13.
- [86]. Wagner A, Arveiler D, Ruidavets J-B, Cottel D, Bongard V, Dallongeville J, et al. Etat des lieux sur l'hypertension artérielle en France en 2007: l'étude Mona Lisa. *Bull Epidemiol Hebd*. 2008;49(50):484-6.
- [87]. Kouakou N'goran YN, Traore F, Tano M, Kramoh KE, Kakou J-BA, 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* [Internet]. 2015 [cité 25 août 2021];21. Disponible sur: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/21/160/full/>
- [88]. Sene-Diouf F, Basse AM, Ndiaye M, Toure K, Diop MS, Thiam A, et al. Prise en charge des accidents vasculaires cérébraux au Sénégal. *Rev Neurol (Paris)*. 2007;163(8-9):823-7.
- [89]. Bendriss L, Khatouri A. Les accidents vasculaires cérébraux ischémiques. Fréquence des étiologies cardiovasculaires documentées par un bilan cardiovasculaire approfondi. À propos de 110 cas. *Ann Cardiol Angéiologie*. août 2012;61(4):252-6.

- [90]. Yeung Shi Chung H. Epidémiologie des AVC en Nouvelle-Calédonie de mai à novembre 2016 [PhD Thesis]. Université Toulouse III-Paul Sabatier; 2017.
- [91]. Daviet JC, Borie MJ, Salle JY, Popielarz S, Verdié C, Munoz M. Incidence and three months outcome of poststroke urinary disorders. *Ann Readapt Med Phys*. 2004; 47(531):6.
- [92]. Edwards DF, Hahn M, Dromerick A. Post stroke urinary loss, incontinence and life satisfaction: When does post-stroke urinary loss become incontinence? *Neurourol Urodyn Off J Int Cont Soc*. 2006; 25(1):39-45.
- [93]. Kolominsky-Rabas PL, Hilz M-J, Neundoerfer B, Heuschmann PU. Impact of urinary incontinence after stroke: results from a prospective population-based stroke register. *Neurourol Urodyn Off J Int Cont Soc*. 2003; 22(4):322-7.
- [94]. Patel M, Coshall C, Rudd AG, Wolfe CD. Natural history and effects on 2-year outcomes of urinary incontinence after stroke. *Stroke*. 2001; 32(1):122-7.
- [95]. Jørgensen L, Engstad T, Jacobsen BK. Self-reported urinary incontinence in noninstitutionalized long-term stroke survivors: A population-based study. *Arch Phys Med Rehabil*. 2005; 86(3):416-20.
- [96]. Laska AC, Hellblom A, Murray V, Kahan T, Von Arbin M. Aphasia in acute stroke and relation to outcome. *J Intern Med*. 2001; 249(5):413-22.
- [97]. Pedersen PM, Vinter K, Olsen TS. Aphasia after stroke: type, severity and prognosis. *Cerebrovasc Dis*. 2004; 17(1):35-43.
- [98]. Kong K-H, Chua KS, Tow AP. Clinical characteristics and functional outcome of stroke patients 75 years old and older. *Arch Phys Med Rehabil*. 1998; 79(12):1535-9.
- [99]. Özdemir F, Birtane M, Tabatabaei R, Ekuklu G, Kokino S. Cognitive Evaluation and Functional Outcome After Stroke. *Am J Phys Med Rehabil*. juin 2001;80(6):410-5.
- [100]. Wozniak MA, Kittner SJ. Return to work after ischemic stroke: a methodological review. *Neuroepidemiology*. 2002; 21(4):159-66.
- [101]. Saeki S. Disability management after stroke: its medical aspects for workplace accommodation. *Disabil Rehabil*. 2000; 22(13-14):578-82.

- [102]. Treger I, Shames J, Giaquinto S, Ring H. Return to work in stroke patients. *Disabil Rehabil.* 2007; 29(17):1397-403.
- [103]. Trygged S, Ahacic K, K\aaareholt I. Income and education as predictors of return to working life among younger stroke patients. *BMC Public Health.* 2011; 11(1):1-9.
- [104]. Bergmann H, K  thmann M, Ungern-Sternberg A v, Weimann VG. Medical educational and functional determinants of employment after stroke. In: *Age-associated Neurological Diseases.* Springer; 1991. p. 157-61.
- [105]. Saeki S, Ogata H, Okubo T, Takahashi K, Hoshuyama T. Factors influencing return to work after stroke in Japan. *Stroke.* 1993; 24(8):1182-5.
- [106]. Tanaka H, Toyonaga T, Hashimoto H. Functional and occupational characteristics associated with very early return to work after stroke in Japan. *Arch Phys Med Rehabil.* 2011; 92(5):743-8.
- [107]. Saeki S, Toyonaga T. Determinants of early return to work after first stroke in Japan. *J Rehabil Med.* 2010;42(3):254-8.
- [108]. Neau J-P, Ingrand P, Mouille-Brachet C, Rosier M-P, Couderq C, Alvarez A, et al. Functional recovery and social outcome after cerebral infarction in young adults. *Cerebrovasc Dis.* 1998;8(5):296-302.
- [109]. Leys D, Bandu L, Henon H, Lucas C, Mounier-Vehier F, Rondepierre P, et al. Clinical outcome in 287 consecutive young adults (15 to 45 years) with ischemic stroke. *Neurology.* 2002; 59(1):26-33.
- [110]. Arnold M, Halpern M, Meier N, Fischer U, Haefeli T, Kappeler L, et al. Age-dependent differences in demographics, risk factors, co-morbidity, etiology, management, and clinical outcome of acute ischemic stroke. *J Neurol.* 2008; 255(10):1503-7.
- [111]. Dale Stone S. Reactions to invisible disability: the experiences of young women survivors of hemorrhagic stroke. *Disabil Rehabil.* 2005; 27(6):293-304.
- [112]. Hindfelt B, Nilsson O. Long-term prognosis of ischemic stroke in young adults. *Acta Neurol Scand.* 1992; 86(5):440-5.
- [113]. Hindfelt B, Nilsson O. The Prognosis of Ischemic Stroke in Young Adults. *Acta Neurol Scand.* 1977; 55(2):123-30.

- [114]. Kersten P, Low JTS, Ashburn A, George SL, McLellan DL. The unmet needs of young people who have had a stroke: results of a national UK survey. *Disabil Rehabil.* 2002; 24(16):860-6.
- [115]. Kersten P, George S, Low J, Ashburn A, McLellan L. The Subjective Index of Physical and Social Outcome: its usefulness in a younger stroke population. *Int J Rehabil Res.* 2004; 27(1):59-63.
- [116]. Sjögren K, Fugl-Meyer AR. Adjustment to life after stroke with special reference to sexual intercourse and leisure. *J Psychosom Res.* 1982; 26(4):409-17.
- [117]. Sjögren K, Damber JE, Liliequist B. Sexuality after stroke with hemiplegia. I. Aspects of sexual function. *Scand J Rehabil Med.* 1983; 15(2):55-61.
- [118]. Granger CV, Dewis LS, Peters NC, Sherwood CC, Barrett JE. Stroke rehabilitation: analysis of repeated Barthel index measures. *Arch Phys Med Rehabil.* 1979; 60(1):14-7.
- [119]. Akosile CO, Adegoke B, Ezeife CA, Maruf FA, Ibikunle PO, Johnson OE, et al. Quality of life and sex-differences in a south-eastern Nigerian stroke sample. *Afr J Neurol Sci.* 2013; 32(1):19-25.
- [120]. Owolabi MO, Ogunniyi A. Profile of health-related quality of life in Nigerian stroke survivors. *Eur J Neurol.* 2009; 16(1):54-62.
- [121]. Goldstein LB, Adams R, Becker K, Furberg CD, Gorelick PB, Hademenos G, et al. Primary prevention of ischemic stroke: a statement for healthcare professionals from the Stroke Council of the American Heart Association. *Stroke.* 2001; 32(1):280-99.
- [122]. Mayo NE, Wood-Dauphinee S, Côté R, Durcan L, Carlton J. Activity, participation, and quality of life 6 months poststroke. *Arch Phys Med Rehabil.* août 2002;83(8):1035-42.
- [123]. Basse AM. Prise en charge des accidents vasculaires cérébraux à Dakar [Thèse med]. [Dakar]: Université Cheikh Anta Diop de Dakar; 2005.
- [124]. Rapin P-A, Foletti GB, Bogousslavsky J. Evolution des accidents cérébro-vasculaires très sévères. *Rev Neurol Paris.* 2002; 158(11):1096-101.
- [125]. Bioline International Official Site (site up-dated regularly) [Internet]. [Cité 27 août 2021]. Disponible sur: <https://tspace.library.utoronto.ca/html/1807/23275/ns02003.html>

- [126]. Pradat-Diehl P, Tessier C, Mazevet D. devenir professionnel de la personne aphasique. *Entretiens d'orthophonie*, 1998.
- [127]. Black-Schaffer RM, Osberg JS. Return to work after stroke: development of a predictive model. *Arch Phys Med Rehabil*. 1990; 71(5):285-90.
- [128]. Hsieh CL, Lee MH. Factors influencing vocational outcomes following stroke in Taiwan: a medical centre-based study. *Scand J Rehabil Med*. 1997;29(2):113-20.
- [129]. Napon C, Tougma L, Kaboré R, Kaboré J. Pronostic du handicap moteur au cours des accidents vasculaires cérébraux au Burkina Faso. *Médecine Santé Trop*. 2013;23(3):320-3.

ANNEXES

Fiche d'enquête des données

N° Fiche:

Date :...../...../.....

Service :.....

1. caractéristiques sociodémographiques

I. Identification du malade :

1. Nom et Prénom :.....

2. Date de naissance :.....

3. Age (année) :.....

4. Sexe : M F

5. Etat civil :

 Mariés Célibataires Divorcé(e) Veuf

6. Niveau d'étude : Non scolarisé Primaire Secondaire Supérieur

7. Groupe ethnique

8. Profession Oui Non Sans emploi Oui Non

9. Adresse :.....

2. Antécédents et facteurs de risque

Hypertension artérielle

Hypercholestérolémie

Diabète

Tabagisme

Alcoolisme chronique

Surpoids et obésité

Sédentarité

Antécédents familiaux.....

3. Données cliniques,

Suivi médical et paramédical oui non

 Régulière oui non

 Traité oui non

Examen clinique

- Troubles de la déglutition.

- Troubles du langage

- Troubles moteurs ☐
- Douleurs. ☐
- Spasticité. ☐
- Troubles vésico-sphinctériens. ☐
- Escarres pour les patients alités chroniques. ☐
- Troubles de l'humeur. ☐
- Epilepsie. ☐
- Autres.....

4. Nature de l'AVC

AVC I AVCH TVC Autres.....

5. Autonomie fonctionnelle

Index de barthel :

7. caractéristiques professionnelles.

Catégorie socioprofessionnelle

Secteur : privé Public
Type d'emploi Emploi : administratif Activité manuelle

Cadre ☐

Employé ☐

Agents de maîtrise ☐

Ingénieurs ☐

Commerce ☐

Ouvrier ☐

Assimilés ☐

Autres.....

Ancienneté dans l'entreprise en années

< 2 ans ☐

2-5 ans ☐

6-10 ans ☐

11-20 ans ☐

> 21 ans ☐

Reprise du travail : Oui Non

Temps de reprise après AVC.....

Maintien dans l'emploi Oui Non

Garde même poste Oui Non

Requalification de poste Oui Non

Maintien de son salaire Oui Non

Diminution du rendement	Oui	Non		
Heure de travail :				
Durée du travail réduite	Oui	Non		
Qualité moindre	Oui	Non		
Absence plus fréquente	Oui	Non		
Impression d'avoir surmonté sur le plan général	Oui	Non	Non	
Départ de l'entreprise	Oui	Non		
Satisfaction dans la vie liée au retour ou non au travail				
La vie dans son ensemble	Oui	Non		
Mauvaise perception de la maladie	Oui	Non		
Situation professionnelle	Oui	Non		
Situation financière	Oui	Non		
Loisirs	Oui	Non		
Amis / connaissances	Oui	Non		
Relations conjugale	Oui	Non		
Séparation	Oui	Non		
Moins de discussion du couple,	Oui	Non		
Relations tendues avec querelles fréquentes,		Oui	Non	
Sentiment de surprotection	Oui	Non		
Sentiment d'isolement par le conjoint		Oui	Non	
Vie sexuelle	Oui	Non		
Diminution de la sexualité	Oui	Non		
Pourquoi ?.....				
Soins personnels	Oui	Non		
Vie de famille	Oui	Non		
Activités domestiques : ménage jardinage lessive cuisine				
Activités sportives à spécifier :				
Réaménagementoyer	Oui	Non		

Source revenu et ressources financières

Mutuelle ☐

Personnelle ☐

Famille ☐

Autres ☐

Index de Barthel

ITEM	DESCRIPTION	SCORE
ALIMENTATION	Indépendant/Capable de se servir des instruments nécessaires/Prend ses repas en un temps raisonnable	10
	A besoin d'une aide par exemple	5
BAIN	Possible sans aide	
Se lave le visage SOINS PERSONNELS	Se lave le visage; se coiffe se brosse les dents se rase. Peut brancher un rasoir électrique	5
HABILLEMENT	Indépendant met ses chaussures et ses bretelles	10
	A besoin d'aide mais fait la moitié de la tâche dans un temps raisonnable	5
CONTINENCE RECTALE	Aucun accident	10
	Accident occasionnel	5
CONTINENCE URINAIRE	Aucun accident	10
	Accident occasionnel	5
TOILETTES	Indépendant se sert du papier hygiénique; chasse d'eau	10
	A besoin d'aide pour l'équilibre; pour ajuster ses vêtements et se servir du papier hygiénique	5
TRANSFERT DU LIT AU FAUTEUIL	Indépendant; y compris pour faire fonctionner une chaise roulante	15
	Surveillance ou aide minimale	10
	Capable de s'asseoir; mais a besoin d'une aide maximum pour le transfert	5
DEPLACEMENTS	N'a pas besoin de fauteuil roulant. Indépendant pour une distance de 50m avec aide /Eventuellement avec des cannes	15
	Peut faire 50 m avec aide	10
	Indépendant /Pour 50 m dans une chaise roulante; si incapable de marcher	5
ESCALIERS	Indépendant. Peut se servir des cannes	10
	A besoin d'aide pour son service	5

5 mots de Dubois

Nom : _____ Prénom : _____ Age : _____ Date : _____ Évaluateur : _____

ÉTAPE D'APPRENTISSAGE

<p>Rappel spontané</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Rappel avec indice</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
---	--

Boisson
Limonade

Ustensile de cuisine
Passoire

Véhicule
Camion

Bâtiment
Musée

Insecte
Sauterelle

Score d'apprentissage : _____ / 5

RESUME

Devenir socioprofessionnel à 2 ans post-AVC aux CHU de Fann et de Pikine

Introduction : L'accident vasculaire cérébral est une pathologie grave à l'origine de nombreuses situations de handicap aujourd'hui en Afrique et au Sénégal en particulier. Les patients victimes de cette affection, sont confrontés à des difficultés de réinsertion socioprofessionnelle.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale, qui s'était déroulée sur une durée totale de 7 mois entre le 1er Janvier au 31 Juillet 2021 aux CHU de Fann et de Pikine. Nous avons recueilli les caractéristiques socioprofessionnelles, les données relatives à l'AVC, les capacités fonctionnelles par l'index de Barthel, la réinsertion socioprofessionnelle, la satisfaction du retour ou non au travail et de la vie dans son ensemble, les activités physiques de temps libre et la source de revenu financier.

Résultats Nous avons colligé 84 patients, La moyenne d'âge était $56,3 \pm 15,9$ ans, avec une prédominance féminine (55,9 %) ; 64,29% des mariés ; 53,5% de scolarisés; 58,3% avaient une profession dont 75,5% dans le secteur privé. L'HTA était le principal facteur de risque 70,2%; le déficit hémicorporel dominait le tableau 69,04% ; l'AVC ischémique était noté 58,33 % des patients, 82,15% avaient une autonomie selon l'index de Barthel. La reprise du travail dans 38,4%; 89% des patients maintenaient leur poste malgré un rendement diminué 37%; une insatisfaction au travail 15%. Sur le plan social, 23,81% ne recevaient plus les visites d'amis et connaissance; la relation conjugale tendue avec querelle 15,09% ; diminution de la sexualité (60,38%) malgré un taux faible des troubles génito-sexuels. La source principale de revenu était familiale dans 69,05% des cas.

Discussion: La devenir socio-professionnelle à 2 ans, est meilleur qu'à 6 mois au Sénégal. Cependant reste faibles comparé au pays développés, lié en partie à l'insuffisance des reclassements et le manque d'adaptation du poste. La sexualité dans la vie conjugale reste limitée, non pas seulement à cause des limitations physiques mais probablement aux considérations culturelles.

Conclusion : La réinsertion socioprofessionnelle ainsi la récupération fonctionnelle restent un problème majeur de santé publique au Sénégal, Il peut occasionner plusieurs conséquences dans les différentes sphères de la vie des survivants. Le devenir socioprofessionnel pourrait être amélioré par une évaluation et peut devenir pour les survivants d'un AVC un moyen de se sentir normalisé aux yeux de la société.

Mots clés Devenir socioprofessionnel; AVC ; Sénégal

Auteur correspondant : KATENDE MBUYI Thierry, mail : thierrykatende@yahoo.fr