UNIVERSITÉ D'ABOMEY- CALAVI

(UAC)

FACULTÉ DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

(FASHS)

DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

(DP)

RAPPORT DE FIN DE STAGE

SUJET

QUALITÉ DE VIE DES PERSONNES EN POST-ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL DE LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE NEUROLOGIE DU CNHU-HKM DE COTONOU

Réalisé par

GUEDEHOUNSOU Jerry Vogrès

Tuteur de stage

Dr. Richard **HOUEZE**

Assistant Neurologue

CUN / CNHU- HKM

Directeur de mémoire

Dr. Ornheilia **ZOUNON**

Enseignant - Chercheur

DP - FASHS / UAC

COMPOSITION DU JURY

Présidente : Dr. Ornheilia ZOUNON, Enseignant – Chercheur DP - FASHS / UAC

Examinateur : Dr Aristide AKOVOWANOU, Enseignant – Chercheur DP - FASHS / UAC

Membre : Dr Joël KPENONHOUN, Enseignant – Chercheur DP - FASHS / UAC

Mention : Très Bien ; Note : 17/20

Soutenue le 24 mai 2024

SOMMAIRE

Introduction

Chapitre I : cadre institutionnel et déroulement du stage

Chapitre II : cadre théorique de la recherche et approche méthodologique

Chapitre III : présentation des résultats, analyse et discussion

Conclusion et suggestion

DEDICACES

Je dédie ce travail à mes chers parents, source de vie

A mes chers frères et sœurs, source de joie et de bonheur

A toute ma famille, source d'espoir et de motivation

REMERCIEMENTS

Il me tient à cœur d'exprimer ma profonde reconnaissance envers tous ceux qui ont apporté leur contribution à la réalisation de ce travail. Mes sincères remerciements vont particulièrement à l'endroit :

Du Dr Ornheilia ZOUNON, Enseignant-chercheur au DP, directeur de mémoire
Pour cette disponibilité, l'attention particulière accordée à la rédaction de notre mémoire et les enseignements dont vous nous aviez souvent gratifiés. Belle carrière universitaire à vous !

Des membres du jury
Pour votre présence, le temps consacré à la lecture et à l'appréciation de ce travail.

Du Dr Richard HOUEZE, Médecin neurologue au CNHU de Cotonou
Pour votre encadrement attentif et vos conseils éclairés tout au long de ce stage. Belle carrière universitaire à vous !

Du corps professoral et au personnel administratif du département de la psychologie
Pour votre coopération, votre considération et pour la qualité des enseignements que vous nous aviez transmise.

Du personnel de la Clinique Universitaire de Neurologie du CNHU-HKM de Cotonou
Pour votre accueil et accompagnement

De mes chers amis, Samuel MASSEDE, Clémence NOUGNON et Souad MAMADOU
Pour votre soutien et votre encouragement.

Des personnes enquêtées
Pour votre participation.

De tous ceux dont les noms n'ont pu être cités
Ce n'est point un oubli. Merci d'avoir semé un peu de votre espoir en moi.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Répartition selon la situation maritale des patients suivis à la CUN du CNHU-HKM de Cotonou du 14 août au 13 novembre 2023. 21

Tableau II: Répartition selon la profession des patients suivis à la CUN du CNHU-HKM de Cotonou du 14 août au 13 novembre 2023. 22

Tableau III: Répartition selon la satisfaction à accomplir les tâches ménagères des patients suivis à la CUN du CNHU-HKM de Cotonou du 14 août au 13 novembre 2023. 22

Tableau IV: Répartition selon l'heure consacrée à la rééducation chez les patients suivis à la CUN du CNHU-HKM de Cotonou du 14 août au 13 novembre 2023 24

Tableau V: Relation entre durée de rééducation et la fonction physique..... 24

Tableau VI: Répartition selon la fréquence du soutien familial chez patients suivis à la CUN du CNHU-HKM de Cotonou du 14 août au 13 novembre 2023. 25

Tableau VII: Répartition selon le rôle du soutien familial et psychologique dans le processus de réadaptation des patients suivis à la CUN du CNHU-HKM de Cotonou du 14 août au 13 novembre 2023. 26

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Cadre conceptuel montrant les modèles de la qualité de vie en post-AVC 10

Figure 2: Schéma illustrant les types d'AVC (FMCAVC, 2023) 15

Figure 3 : Diagramme de flux des patients en post AVC admis à la CUN du CNHU-HKM . 20

Figure 4*:* Répartition selon l'âge des patients suivis à la CUN du CNHU-HKM de Cotonou du 14 août au 13 novembre 2023. 21

Figure 5: Répartition selon la qualité de vie des patients suivis à la CUN du CNHU-HKM de Cotonou du 14 août au 13 novembre 2023. 23

Figure 6: Répartition selon l'évaluation du niveau de dépression des patients suivi à la CUN du CNHU-HKM de Cotonou du 14 août au 13 novembre 2023. 25

Figure 7: Relation entre le soutien familial et niveau de dépression 26

SIGLES ET ACRONYMES

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CNHU- HKM : Centre National Hospitalier et Universitaire- Hubert Koutoukou MAGA

CUN : Clinique Universitaire de Neurologie

FMC AVC : Fondation des Maladies du Cœur et de l'Accident Vasculaire Cérébral

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RESUME

L'AVC pose un problème de santé publique, pourvoyeur de lourd handicap qui entrave la vie d'un patient et de toute sa famille. L'objectif principal était d'étudier la qualité de vie des personnes en post-AVC. Il s'agissait d'une étude transversale à visé descriptive et analytique qui s'était déroulée sur une période de trois mois allant du 14 août au 13 novembre 2023 dans la Clinique Universitaire de Neurologie du CNHU-HKM de Cotonou. Elle portait sur des patients victimes d'AVC et ayant fait régulièrement la rééducation fonctionnelle. 47 patients ont été inclus, ils avaient en moyenne 58,59 ans avec une prédominance masculine et un sex-ratio de 2 ,6. La majorité des patients a récupéré de leur mobilité et la fonction physique altérées par l'AVC par le biais de la rééducation fonctionnelle. La durée moyenne hebdomadaire de rééducation par patient était de 20h. Seulement17,02% des patients ont bénéficié d'une intervention psychologique.

Cette étude montre que l'AVC est une maladie qui prédomine chez les Hommes de sexe masculin et de plus de 50 ans. Il altère gravement la qualité de vie des patients. Plusieurs facteurs influencent cette qualité de vie à l'instar du manque de soutien familial et psychologique.

Mots clés : qualité de vie ; Accident Vasculaire Cérébral ; Clinique Universitaire de Neurologie

ABSTRACT

Stroke poses a public health problem, causing serious disability that hampers the life of a patient and their entire family. The main objective was to study the quality of life of people post-stroke. This was a cross-sectional study with a descriptive and analytical aim which took place over a period of three months from August 14 to November 13, 2023 in University Clinic of Neurology of the CNHU-HKM in Cotonou. It focused on stroke patients who had regularly undergone functional rehabilitation. 47 patients were included, they had on average 58.59 years with a male predominance and a sex ratio of 2.6. The majority of patients recovered their mobile and physical function impaired by the stroke through functional rehabilitation. The average weekly duration of rehabilitation per patient was 20 hours. Only 17.02% of patients benefited from a psychological intervention.

This study shows that stroke is a disease that predominates in males over 50 years old. It seriously affects the quality of life of patients. Several factors influence this quality of life such as lack of family and psychological support.

Key words: quality of life; Stroke; University Clinic of Neurology.

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Le secteur de la santé publique est confronté aux défis complexes et variés liés à la prise en charge des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC). Cette affection neurologique se définit selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2009 comme étant « le développement rapide des signes cliniques localisés ou globaux de dysfonctionnent cérébral avec des symptômes durant plus de 24 heures, pouvant conduire à la mort sans autre cause apparente qu'une origine vasculaire » cité par (Nkosi, 2014, p. 19). Il perturbe soudainement la circulation sanguine en destination du cerveau, et peut causer plusieurs complications d'ordre biologique, psychologique et social. L'accident vasculaire cérébral constitue la première cause de handicap moteur acquis de l'adulte ; deuxième cause de démence après la maladie d'Alzheimer ; troisième cause de mortalité pour les hommes et la première pour les femmes après le cancer (Béjot et al., 2021). Dans le monde, 12,22 millions de personnes ont eu un accident vasculaire cérébral et 6,55 millions de personnes sont décédées d'un AVC selon l'OMS en 2019. Ayant une hausse incidence dans les pays développés, l'AVC occupe le premier rang parmi les causes de décès après les maladies infectieuses en Afrique et constitue le motif d'hospitalisation le plus fréquent dans les services de neurologie avec pour principal facteur de risque, l'hypertension artérielle (Gnonlonfoun et al., 2013). On estime à environ 800 000 le nombre de personnes ayant survécu à un AVC. Parmi ceux-ci, environ 60% gardent des séquelles neurologiques plus ou moins importantes sous forme de déficit moteur, de troubles du langage, de troubles sensitifs ou visuels pour ne citer que les plus fréquents (FRM, s-d). Face à cette situation de handicap de survenue brutale, les patients, qui gardent des séquelles importantes, ont souvent besoins de l'assistance d'un, ou parfois plusieurs de leurs proches. Bien que les conséquences immédiates de l'AVC soient souvent évidentes, l'exploration de la qualité de vie post-AVC offre un aperçu approfondi des défis complexes auxquels les survivants sont confrontés dans leur parcours de récupération. Ce travail réalisé durant notre stage académique à la clinique universitaire de neurologie du centre national hospitalier et universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM) de Cotonou, a pour objectif d'évaluer la qualité de vie des personnes en post-accident vasculaire cérébral de la clinique universitaire de neurologie du CNHU-HKM de Cotonou, tout en mettant en lumière les interventions possibles qui contribuent à améliorer leur bien-être à long terme.

Pour y parvenir, nous avons structuré notre document en trois chapitres. Le premier, aborde le cadre institutionnel et le déroulement du stage, le deuxième et le troisième chapitres présentent respectivement le cadre théorique et l'approche méthodologique, et les résultats de l'enquête ainsi que l'analyse et la discussion des résultats.

CADRE INSTITUTIONNEL ET DEROULEMENT DU STAGE

CHAPITRE I : CADRE INSTITUTIONNEL ET DEROULEMENT DU STAGE

Notre stage s'est déroulé dans la Clinique Universitaire de Neurologie du Centre National Hospitalier et Universitaire- Hubert Koutoukou MAGA. Ainsi, dans cette première partie de notre développement, nous allons décrire le cadre institutionnel et le contenu des diverses activités qui ont meublé cet espace d'expériences.

1.1 Description

Le CNHU Hubert-Koutoukou MAGA est l'hôpital de référence de la République du Bénin. Il a été créé en 1962 par le premier président de la République du Bénin dont il porte le nom. Il acquit le statut de centre hospitalier et universitaire en 1973 puis en 2001 devient CNHU-HKM. Il avait à sa création une capacité de 150 lits. Mais aujourd'hui sa capacité d'accueil avoisine 1000 lits (FINKPON, 2022).

Il a pour vocation d'offrir des soins de référence ; d'assurer la formation des agents de santé (médecins spécialistes, médecins généralistes, sages-femmes, infirmiers, assistants sociaux, techniciens de laboratoire, kinésithérapeutes, pharmaciens) ; la formation continue des étudiants et d'assurer l'enseignement et la recherche fondamentale et opérationnelle.

Il se compose des cliniques et services impartis en département :

- Le département de médecine et spécialités médicales (endocrinologie, neurologie, rhumatologie, néphrologie, hépato-gastro-entérologie, médecine interne, cardiologie, psychiatrie) ;
- Les départements multidisciplinaires à savoir : Clinique Universitaire d'Accueil des Urgences (CUAU) et le Service Polyvalent d'Anesthésie Réanimation (SPAR) ; Les départements de chirurgie et spécialités chirurgicales (traumatologie, chirurgie viscérale, chirurgie pédiatrique, urologie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie) ;
- La Clinique Universitaire de Gynécologie -Obstétrique (CUGO) ;
- Le département de pédiatrie
- Le département de services médicotechniques (hématologie, parasitologie, bactériologie-virologie, biochimie, banque de sang, service d'imagerie, pharmacie, kinésithérapie).

1.1.1 La Clinique Universitaire de Neurologie (CUN)

La CUN est spécialisée dans le diagnostic et le traitement des troubles neurologiques, allant des maladies du système nerveux central aux affections système nerveux périphérique. Elle dispose essentiellement de trois pôles :

- **Un pôle de consultation externe**

Les consultations sont assurées par 05 médecins disponibles, chacun ayant son jour de permanence. Elles se font non loin du bâtiment de la psychiatrie.

- **Un pôle d'hospitalisation**

L'hospitalisation est située entre le service de pédiatrie et celui de la gynécologie, derrière l'unité de l'hémodialyse. Elle compte trente-et-sept (37) lits répartis dans huit (08) salles conventionnelles où on y installe les patients pour les affections neurologiques. En plus, une USINV comportant 06 lits scopés et qui reçoit des patients en phase aiguë des AVC.

- **Un pôle d'exploration neurophysiologique**

Ce pôle inclut : une Echographie des Troncs Supra Aortiques (EDTSA), un Echo Doppler Trans Crânien (EDTC), un Potentiel Evoqué Visuel (PEV), un Potentiel Evoqué Auditif (PEA), un Potentiel Evoqué Somesthésique (PES), un SUDOSCAN, un Electroneuromyogramme (ENMG) et un Electroencéphalogramme (EEG).

Au plan structurel, la CUN comporte :

- Le bureau du chef service ;
- Le bureau de chaque médecin ;
- Quatre (04) salles de consultation ;
- Le bureau du surveillant de l'unité ;
- Le bureau de la secrétaire ;
- Une salle d'électroencéphalogramme ;
- Une salle de PEV, PES et PEA ;
- Une salle des EDTSA et EDTC ;
- Une salle d'électroneuromyogramme ;
- Une (01) salle de STAFF
- Une salle des médecins en DES (Diplômés d'Etudes Spécialisées)

Le personnel de ce service de neurologie est composé de :

- Cinq (05) médecins neurologues, dont un chef de service ;
- Sept (07) infirmiers ;
- Sept (07) aides-soignants.
- Vingt (20) médecins en DES
- Des internes et des externes mais ne font pas partie du personnel

1.2 Description des activités menées

En tant que stagiaire en psychologie passionné de la neuropsychologie, nous avons effectué notre stage aux côtés des médecins neurologues sur une période de trois (03) mois dans un environnement de travail stimulant. Pendant ce temps, nous avons acquis des expériences théoriques et pratiques dans le domaine de la neurologie. Voici quelques activités que nous avons menées.

1.2.1 Observation des Consultations

Lors des consultations, nous avions l'opportunité de participer aux entretiens avec les médecins neurologues et les patients. Ceci passe par un recueillement d'anamnèse bien détaillée du patient par le motif de consultation les antécédents médicaux, les symptômes, les conditions de survenue da la maladie. Ensuite, nous effectuions une évaluation physique, se concentrant sur le système nerveux. Cela inclut des examens de la coordination, de la force musculaire, de la sensibilité, des réflexes, … En fonction des résultats de l'anamnèse et de l'évaluation physique, le neurologue demande des examens complémentaires tels que des scanners, des analyses de sang, l'EEG, l'imagerie par résonnance magnétique (IRM). Les affections neurologiques les plus souvent diagnostiquées sont les névralgies dans toutes leurs formes, la lombalgie, les céphalées, les accidents vasculaires cérébraux, l'épilepsie, … A cet effet, nous nous étions tâchés de faire de bon d'examen, de remplir des ordonnanciers selon les consignes du neurologue. Quelques fois, l'occasion nous était offerte de donner notre compréhension sur le tableau clinique que présentent les patients. Nous avions également conduit des patients à l'unité de soin intensif neuro-vasculaire (USINV). Quand tirait vers sa fin la consultation, le neurologue éduquait les patients sur leur condition, les options de traitement, les attentes en terme de récupération ou de gestion des symptômes et les éventuels changements de mode de vie. Après une consultation avec un patient présentant un accident vasculaire cérébral (AVC),

nous le recevions en entretien afin de lui soumettre notre questionnaire dans le cadre de notre recherche.

1.2.2 L'enregistrement d'électroencéphalogramme (EEG)

L'enregistrement de l'électroencéphalogramme est une technique qui à mesurer l'activité électrique du cerveau. Au commencement, nous accueillions le patient en lui expliquant comment allait se dérouler le travail puis l'enregistrer dans un registre et dans l'ordinateur avec son identité, sa date de naissance, le sexe et le numéro de téléphone. Suite à ça, l'on posait un casque et des électrodes conductrices à l'aide d'une pâte conductrice sur le cuir chevelu du patient selon un montage. Ainsi, les électrodes placées à des positions spécifiques permettraient de recueillir l'activité électrique de différentes régions du cerveau. Après cette étape, le patient allait ensuite s'allonger sur un lit où s'effectuait l'EEG dans des conditions de repos ou de tâche (les yeux ouverts, les yeux fermés, la respiration rapide, …) pendant 30 minutes. Une fois l'EEG terminé, nous donnions un rendez-vous au patient pour récupérer les résultats. Les affections conduisant souvent à la réalisation de l'EEG sont telles que : les céphalées, les crises épileptiques, les pertes de connaissance, etc...

1.2.3 Tâches administratives

Au secrétariat, nous avions participé aux activités tout en préparant les dossiers médicaux des patients pour leurs consultations, en veillant que les documents nécessaires soient disponibles pour les neurologues. En plus de ça, nous avions également effectué le transfert des courriers vers d'autres services.

Notre expérience à la clinique universitaire de neurologie du CNHU- HKM de Cotonou nous a permis de développer des compétences cliniques et d'acquérir de nouvelles expériences cliniques précieuses telles que la compréhension des bases biologiques des comportements, la connaissance des troubles neurologiques et la communication avec les patients et les familles.

1.3 Difficultés éprouvées

Au cours de notre stage, nous avons fait face à des difficultés comme :

- **La terminologie spécifique à la neurologie** :

  Dès les premières semaines, il nous a été difficile de comprendre le vocabulaire familier des neurologues, car techniquement ce n'est pas le même que celui psychologique ;
- **La gestion du temps en raison du nombre des patients parfois élevé des postes de consultation** :

A ce niveau, nous n'arrivions pas à rencontrer tous les patients cérébrolésés au même moment pour la collecte des informations. C'est ainsi que nous avions perdu de vue les patients qui ont été consultés dans d'autres salles de consultation pendant que nous étions dans une autre ;

- **La coopération des participants** :

  Pendant l'enquête, certains patients parlaient avec beaucoup de réserve. Cette réticence est liée aux variables étrangères.

CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE ET APPROCHE METHODOLOGIQUE

CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE ET APPROCHE METHODOLOGIQUE

2.1 Clarification conceptuelle

- **Qualité de vie** : elle désigne la manière dont un individu se perçoit dans une situation qui lui est propre dans la vie. Cela peut varier d'un individu à un autre en fonction de ses expériences, de son environnement et de ses aspirations. Pour l'OMS (1993), « *c'est la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement* » (Morand et al., 2022, p. 120).

- **Accident Vasculaire Cérébral (AVC)** : localement appelé « attaque » qui signifie « la mort d'un ou des membre(s) inférieur(s) et/ou supérieur(s) », L'AVC est quelque chose de brutal qui concerne les vaisseaux sanguins en particulier ceux en direction du cerveau et ses différentes parties. Suivant les écrits de A. Huot, un AVC est un infarctus ou une hémorragie qui se produit dans le cerveau, entrainant l'interruption de l'écoulement du sang dans les vaisseaux (Huot et al., 2016).

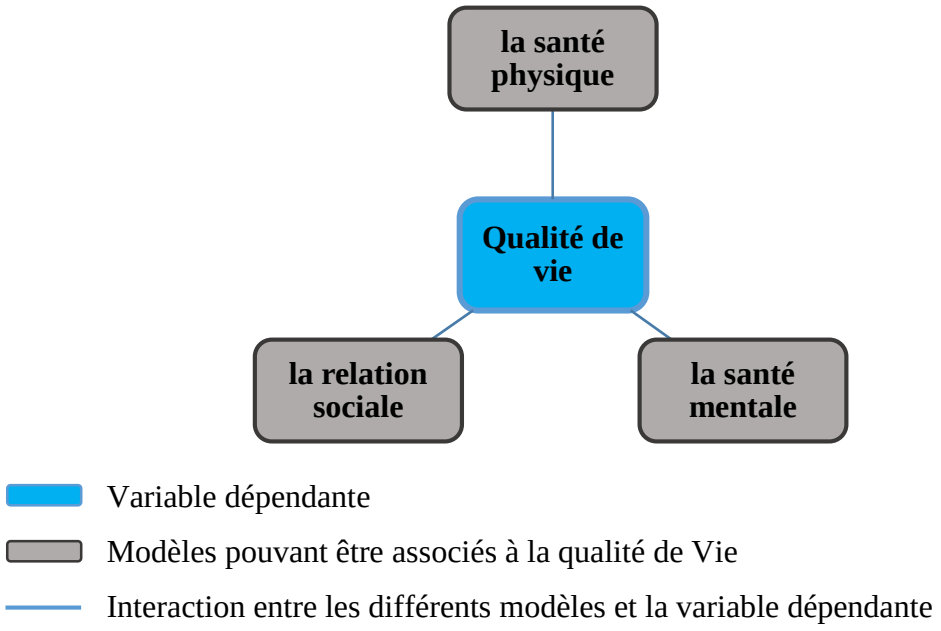

Figure 1: Cadre conceptuel montrant les modèles de la qualité de vie en post-AVC

2.1.1 Note explicative

Le cadre conceptuel présente les modèles qui sont associés à la qualité de vie. Ces modèles sont d'ordre biologique (physique), psychologique (mental) et social.

- **Le modèle de la santé physique**

Il s'agit de l'état de santé général de la personne, y compris la présence ou l'absence de maladie, de symptômes et de limitations fonctionnelles. Ce modèle inclut la perception de l'individu de sa propre santé physique. On peut citer ici la mobilité, la douleur, la fatigabilité et l'endurance, la force, la nutrition, la réalisation des activités de la vie quotidienne (toilette, habillage, alimentation), l'équilibre et les actes plus élaborés (courses…).

- **Le modèle de la santé mentale**

Le modèle de la santé mentale comprend la stabilité émotionnelle, de la qualité de sommeil, de la perception de soi, de l'estime de soi, l'intégrité de la mémoire, la capacité de concentration, le raisonnement, la logique et d'autres aspects psychologiques du bien-être, tels que la présence d'anxiété, de dépression, de stress ainsi que la prise de conscience et l'acceptation du handicap, la capacité à envisager l'avenir et la capacité à faire face aux défis émotionnels.

- **Le modèle des relations sociales**

Il englobe les relations interpersonnelles, telles que celles avec la famille et les amis ; la situation financière et professionnelle, les loisirs et la vie intime.

2.2 Revue de la littérature

Après un accident vasculaire cérébral, les séquelles retrouvées chez les personnes touchées, varient selon l'endroit où s'est produite l'interruption du flux sanguin et la quantité de tissu cérébral concerné. Elles ne peuvent concerner qu'une fonction cérébrale ou plusieurs. En effet, la qualité de vie post-AVC semble être altérée dans tous les domaines, mais certaines déficiences sont responsables d'une détérioration de cette qualité de vie que d'autres. C'est notamment les problèmes de mobilité comme la perte de coordination, les troubles de l'équilibre, des difficultés à la marche et la paralysie de la moitié du corps qui est souvent récurente. Dans cette perspective, Bertha Bobath disait : « le cerveau ignore le muscle et ne reconnaît que le mouvement » (Morand et al., 2022). A cela s'ajoutent des troubles

neuropsychologiques, sensitifs, des troubles de l'humeur, psychoaffectif et de la personnalité. Alors, ces complications modifient ensuite la relation de l'individu avec sa famille et son entourage. La capacité du cerveau à se réorganiser permet toutefois à ces personnes qui ont subi un AVC de recouvrer une partie de leurs fonctions motrices et cognitives perdues. Cependant, pour qu'elles retrouvent un bien-être stable, il est indispensable de se tourner vers la réadaptation. Elle passe par une rééducation fonctionnelle précoce parce que le temps de récupération est limité et une disponibilité d'un environnement confiant. L'objectif est d'aider le patient à recouvrer le mieux possible les fonctions altérées par la lésion cérébrale et un niveau d'autonomie le plus proche au niveau antérieur à l'AVC. La rééducation fonctionnelle consiste alors à travailler sur la force musculaire, l'équilibre et la coordination en diversifiant des exercices proposés pour la récupération des patients après un AVC. Pour cela, les essais cliniques de Bernhardt et ses collaborateurs rapportent : « *une rééducation motrice débutée dès les premières 24h et visant la réduction de l'incapacité de station assise, debout et de marche à trois mois post-AVC est bénéfique en terme de surmortalité, de surmorbidité, accélère la récupération de la marche, et améliore la récupération motrice et fonctionnelle à trois mois* » (Bernhardt cité par Oujamaa et al., 2012, p. 259). La rééducation joue un véritable rôle dans la récupération après lésion cérébrale. Les experts ont conclu lors d'une conférence aux rôles bénéfiques de la rééducation dans l'amélioration de la marche, de l'activité gestuelle, de l'héminégligence et de l'autonomie (Morand et al., 2022). Bien que la rééducation peut offrir des résultats prometteurs, il est essentiel de se pencher sur des aspects qui pourraient limiter son impact global. Des travaux allant dans ce sens révèlent beaucoup d'aspects. C'est notamment le cas d'un burkinabé qui signale qu'y a un handicap moteur plus important et une indépendance fonctionnelle plus faible chez les sujets de plus de 60 ans par rapport aux plus jeunes (Ouédraogo et al., 2023).

Tout d'abord, retenons que l'accident vasculaire cérébral n'est pas une affection réservée à une couche ou à une catégorie d'individu. Tout le monde peut faire un AVC, qu'on soit enfant ou adulte. Pour Morand et ses collaborateurs, 25 % des AVC surviennent chez les moins de 65 ans (c'est-à-dire dans la population active), et plus de 50 % chez les personnes de 75 ans et plus. Néanmoins, les jeunes sont plus touchés. Dans sa thèse intitulée *l'épidémiologie et pronostique sur les AVC à Parakou,* l'âge moyen des sujets victimes d'AVC était de 58,2 ans (Adoukonou, 2021). Les travaux de Napon et al., 2012 ont rapporté un âge moyen de 56,9 ans avec une prédominance féminine, soit 52,3%. Contrairement, Alagiakrishnan dit que les AVC touchent plus souvent les hommes que les femmes parce que leur santé cardiovasculaire est moins bonne

que celle des femmes.(Huot et al., 2016). Les femmes sont également plus protégées par les hormones féminines notamment l'œstrogène et la progestérone, ce qui diminue le risque chez elles. Au Togo, l'âge moyen de survenue de l'AVC était de 59,66 ans avec une forte représentation des femmes soit 55,48% (Kumako et al., 2017). Les propos d'Alagiakrishnan selon lesquels l'AVC toucherait plus des hommes que des femmes ont été remarqués dans plusieurs études. C'est le cas de celle réalisée au CNHU de Cotonou qui conclut une prédominance masculine soit 62,56% (Djaouga, 2023) ; et ailleurs, 55,9% à Parakou (Adoukonou, 2021) et 53,1% en Martinique (Rosillette, 2013). En s'intéressant aux complications survenant après le choc, il est important que dans la prise en charge globale du patient, il ne soit pas seulement sur la rééducation il faut se baser mais aussi sur des interventions psychologiques et familiales.

Le soutien familial aiderait la personne touchée à s'adapter aux changements physiques, émotionnels et cognitifs résultant de l'AVC. Entre autre, maintenir une communication beaucoup plus ouverte et compréhensive avec la personne AVC en l'encourageant à exprimer ses besoins, ses sentiments et ses préoccupations, peut être aussi bénéfique sans oublier une assistance de la personne aux rendez-vous médicaux, consultations avec des spécialistes de réadaptation. Dans cette perspective, Vansimaeys et al., 2020 considèrent que la mise en place d'activités variées, génératrice d'intérêt et de plaisir, et visant à « déroutiniser » le quotidien, pourrait fortement contribuer à diminuer la sévérité de la symptomatologie dépressive.

En ce qui concerne l'aspect psychologique, les interventions psychologiques occupent une place cruciale dans la prise en charge globale de l'AVC. Il englobe plusieurs aspects, allant de la gestion des émotions à l'adaptation à un nouveau mode de vie. Dans le cas de l'anxiété et de dépression, un soutien psychologique peut aider à aborder ces sentiments, en fournissant des stratégies pour faire face à ces derniers. En cas de démence vasculaire, la thérapie cognitive peut être bénéfique pour développer des stratégies d'adaptation et améliorer les capacités cognitives résiduelles, aider les personnes AVC à renforcer leur estime de soi et à maintenir une vision positive malgré les défis. A cela, des stratégies de coping peuvent être envisagées.

En effet, la thérapie peut enseigner des moyens de gestion de stress et du coping, aidant ainsi le patient à développer des compétences pour faire face aux défis quotidiens liés l'AVC, afin de promouvoir le bien-être à long terme.

2.3 Problématique

L'accident vasculaire cérébral constitue un véritable problème de santé publique de part sa fréquence, ses conséquences, ses complications et le handicap qu'ils engendrent. Il est la première cause de handicap neurologique acquis (Daviet et al., 2022, p. 616). D'après les dernières données disponibles de l'Organisation Mondiale de la Santé, 12,22 millions de nouvelles personnes ont eu un AVC (OMS, 2019). Toutefois il existe une grande disparité selon les régions et selon les années.

En France, selon la fondation pour la recherche sur les AVC, l'incidence est estimée à environ 150 000 par an, soit un cas toutes les 04 minutes (FRM, s-d). Une étude réalisée en décembre 2018 dans le même pays rapporte : « *In 2014,nealy 110.000 patients were hospitalized for stroke »*[1] (Gabet et al., 2018).

Dans les travaux de l'institut national de santé publique du Québec, plus de 170 000 Québécois âgés de 20 ans et plus étaient touchés par les maladies vasculaires cérébrales en 2013-2014 ce qui représentait une prévalence brute de 2,7%. Les accidents vasculaires cérébraux de nature ischémique représentaient la prévalence hospitalière la plus grande et les hémorragies intracérébrales étaient les plus morbides dans les 30 jours suivant une admission hospitalière (Blais & Rochette, 2018).

Toutefois, il est à noter que l'Afrique n'est pas restée en marge de ce véritable problème qui frappe les populations de l'occident. La prévalence sur ce continent également varie d'un pays à un autre. Une étude réalisée dans le delta du Niger au Nigeria a retrouvé une prévalence élevée de 1331 pour 100000 habitants (Ezejimofor cité par Adoukonou, 2021, p. 14). Au Bénin, la prévalence standardisée sur l'âge est 3233 pour 100000 habitants à Parakou. Les AVC occupent le premier rang des affections neurologiques à la clinique universitaire de neurologie du CNHU de Cotonou avec 44,4 % des hospitalisations (Gnonlonfoun et al., 2013, p. 47). La fréquence croissante des AVC souligne l'importance de comprendre les facteurs de risque qui contribuent à cette augmentation. Ceux-ci pourraient aider à identifier les causes et à établir une stratégie de prévention.

De façon classique, les facteurs de risque sont regroupés en facteurs de risque non modifiables et en facteurs de risque modifiables. Sont classés dans les facteurs de risque non modifiables, l'âge comme un puissant déterminant. La première crise d'AVC est 73 ans, 75% des cas surviennent après 65 ans mais les AVC sont possibles à tout âge. Il y a aussi le sexe masculin

[1] En 2014, près de 110.000 patients ont été hospitalisé pour l'accident vasculaire cérébral. [Traduction libre].

et les antécédents familiaux d'AVC (Danziger & Alamowitch, 2019). Les facteurs de risque modifiables sont : l'HTA (qui est le facteur de risque le plus fort avec un risque d'AVC multiplié par 4) ; il augmente à la fois le risque d'AVC-Ischémique et d'hémorragie cérébrale. Une cardiopathies emboligène (risque d'infarctus cérébral). A cela s'ajoute le tabac, le diabète, une hypercholestérolémie avec un risque d'infarctus cérébral respectivement multiplié par 2 ; 1,5 et 1,5. L'alcoolisme chronique supérieur à 3 verres par jour, la sédentarité,… (Danziger & Alamowitch, 2019). Les facteurs de risque émergent comme des éléments clés dans la compréhension des mécanismes spécifiques qui conduisent aux différents types d'AVC.

Le point commun de tous les accidents vasculaires cérébraux est l'interruption de la circulation du sang, principalement responsable d'une perte de fonction des zones du cerveau (fonction mentale) qui ne sont plus alimentées en sang et c'est ce qui est responsable des symptômes des AVC. Ainsi, on distingue deux grandes catégories d'AVC qui ne suivent pas le même mécanisme d'installation. Dans le premier type on constate sur le chemin de la circulation sanguine, il va se former un caillot qui va bloquer la circulation du sang dans un vaisseau et donc le tissu cérébral situé en aval de cet obstacle qui est normalement irrigué par une artère se commence par souffrir rapidement du manque de nutriments et d'oxygène : C'est l'AVC Ischémique. Le second type survient quand la paroi d'un vaisseau se rompt et laisse s'échapper du sang en cas de dilation anormale de la paroi du vaisseau sanguin. Dans ce cas, non seulement le tissu cérébral en aval de cette fuite de sang n'est plus irrigué correctement, mais aussi cette collection de sang à l'intérieur de la boîte crânienne repousse le tissu cérébral. On parle de l'AVC Hémorragique. (Figure 2)

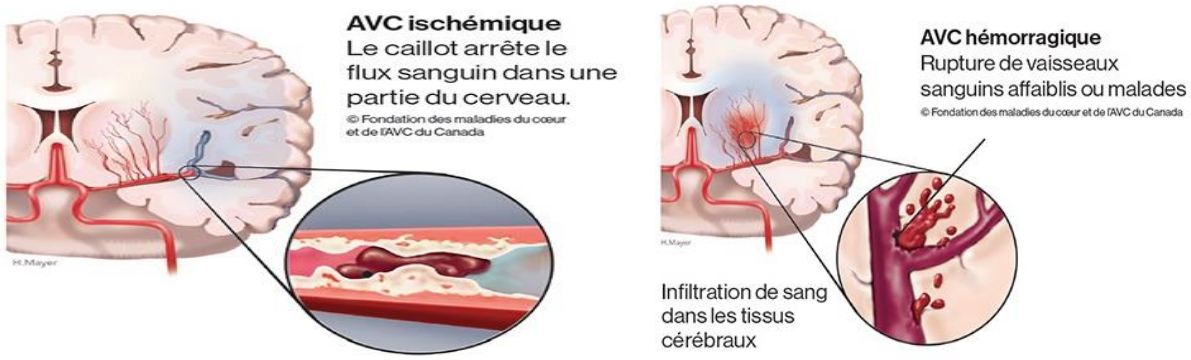

Figure 2: Schéma illustrant les types d'AVC (FMCAVC, 2023)

Les complications liées aux différents types d'AVC trouvent leur origine dans des mécanismes physiopathologiques distincts, soulignant ainsi l'importance d'une approche ciblée pour la gestion post-AVC.

Les différentes complications potentielles d'un AVC sont multiples. Nous pouvons citer : une récidive (30% à 5 ans), des troubles cognitifs (démence vasculaire), des troubles de l'humeur post-AVC (dépression, anxiété), spasticité, des troubles vésico-sphinctériens, une douleur neuropathique, un syndrome régional complexe, une épilepsie vasculaire et un syndrome parkinsonien vasculaire et mouvements anormaux (Béjot et al., 2021). Les complications post-AVC ont un impact direct sur la mortalité et la morbidité, soulignant l'importance cruciale d'une gestion proactive pour améliorer les résultats à long terme.

Le taux de mortalité est lié à la gravité de la pathologie. Après un AVC, la mortalité est de 20% à 1mois et à 40% à 1 an ; elle est plus élevée en cas d'hémorragie intraparenchymateuse que d'infarctus cérébral, en raison de l'effet de masse (Béjot et al., 2021). Malgré les pertes de vie suite à l'accident vasculaire cérébral, des personnes arrivent à survivre. Parmi ces derniers, il y a 1/3 qui sont dépendants ; 1/3 gardent des séquelles tout en étant indépendant et 1/3 retrouvent leur état antérieur (Béjot et al., 2021).

Au regard de tout ceci, quelle est alors la qualité de vie des personnes en post accident vasculaire cérébral de la Clinique Universitaire de Neurologie du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM) ?

2.3.1 Objectif général

L'objectif général de ce travail était d'étudier la qualité de vie des personnes ayant fait un accident vasculaire cérébral (AVC) au Centre National Hospitalier Universitaire- Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM).

2.3.1.1 Objectifs spécifiques

1. Évaluer l'impact des séances de rééducation fonctionnelle sur la mobilité et la fonction physique des patients à la Clinique Universitaire de Neurologie (CUN) de CNHU-HKM.
2. Déterminer les facteurs psychosociaux associés au bien-être des survivants d'AVC à la CUN du CNHU-HKM.

2.3.2 Hypothèse générale

Les personnes ayant survécu à un accident vasculaire cérébral présentent une amélioration significative de leur qualité de vie.

2.3.2.1 Hypothèses spécifiques

1. Les séances de rééducation améliorent la mobilité et la fonction physique des patients.
2. Un soutien familial et psychologique réduit la dépression, contribuant ainsi au bien-être des patients après un accident vasculaire cérébral.

2.4 Méthodes d'étude

Nous avons réalisé notre étude suivant la méthode non probabiliste qui ne respecte aucune loi de probabilité avec une technique accidentelle.

2.4.1 Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans l'enceinte du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert-Koutoukou Maga (CNHU-HKM) à Cotonou plus précisément à la Clinique Universitaire de Neurologie (CUN). *(Voir description du centre, p 4)*

2.4.2 Type d'étude et période d'étude

Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive et analytique qui s'est déroulée sur une période de 03 mois allant du 14 août au 13 novembre 2023.

2.4.3 Participants

2.4.3.1 Population d'étude

Notre population d'étude est constituée de tous les patients reçus en consultation dans le service de neurologie durant cette période et qui répondaient aux critères d'inclusion.

2.4.3.2 Critères d'inclusion

Ont été admis les patients présentant un AVC confirmé par l'IRM et ayant fait la rééducation fonctionnelle.

2.4.3.3 Echantillonnage

Il s'agissait d'un recrutement exhaustif de tous les patients répondants à nos critères d'inclusion.

2.5 Matériel

Pour collecter les informations, nous avons fait usage d'un questionnaire. Ce questionnaire comporte trois (03) axes avec 16 items dont le premier axe aborde l'hypothèse 01 selon laquelle Les séances de rééducation améliorent la mobilité et la fonction physique des patients, le second aborde l'hypothèse 02 qui soutient qu'un soutien familial et psychologique réduit la dépression, contribuant ainsi au bien-être des patients après un AVC et le dernier axe porte sur les informations sociodémographiques.

2.6 Procédure

Au retour du terrain, les informations collectées ont fait objet de traitement manuel, c'est-à-dire dépouillées et traitées digitalement. Ce travail a été fait à l'aide du Microsoft office Excel et Word version 2016.

Evaluation de la qualité de vie

L'évaluation de la qualité de vie a été faite sur la base de l'entretien clinique avec les patients ; elle est donc subjective. La qualité de vie est de 01 à 10. Soit N la note du patient. Lorsque :

- N est inférieure à 04, alors il a une mauvaise qualité de vie ;
- N est comprise entre 04 et 06, alors il a une qualité de vie acceptable ;
- N est supérieure à 06, alors il a une bonne qualité de vie

Evaluation du niveau de dépression

L'évaluation du niveau de dépression est subjective et basée sur l'interrogatoire des patients. Soit N la note du patient. Lorsque :

- N est inférieure à 4, alors il est considéré comme normal
- N est comprise entre 4 et 7, alors son humeur a changé
- N est supérieure à 7, alors il est considéré comme déprimé

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS, ANALYSE ET DISCUSSION

CHAPITRE III : PRESENTATION DES RESULTATS, ANALYSE ET DISCUSSION

3.1 Résultats

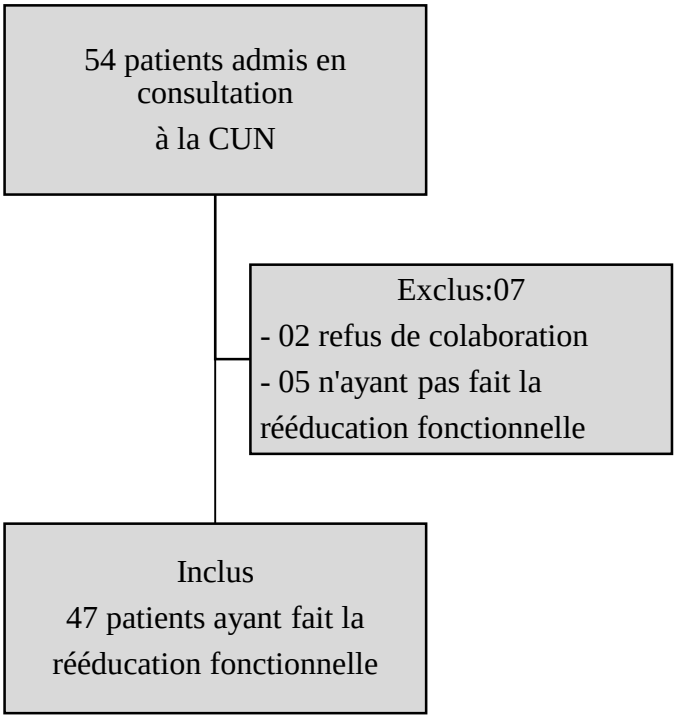

Figure 3 : Diagramme de flux des patients en post AVC admis à la CUN du CNHU-HKM

3.1.1 Description de la population d'étude

Au cours de notre étude nous avons eu un total de 47 patients répondant aux critères d'inclusion pendant la période d'étude.

3.1.2 Informations sociodémographiques

3.1.2.1 Répartition des patients selon le sexe

Cette étude est marquée par une prédominance masculine (n= 34 ;72,34%). Le sex-ratio était donc de 2,6.

3.1.2.2 Répartition des patients selon l'âge

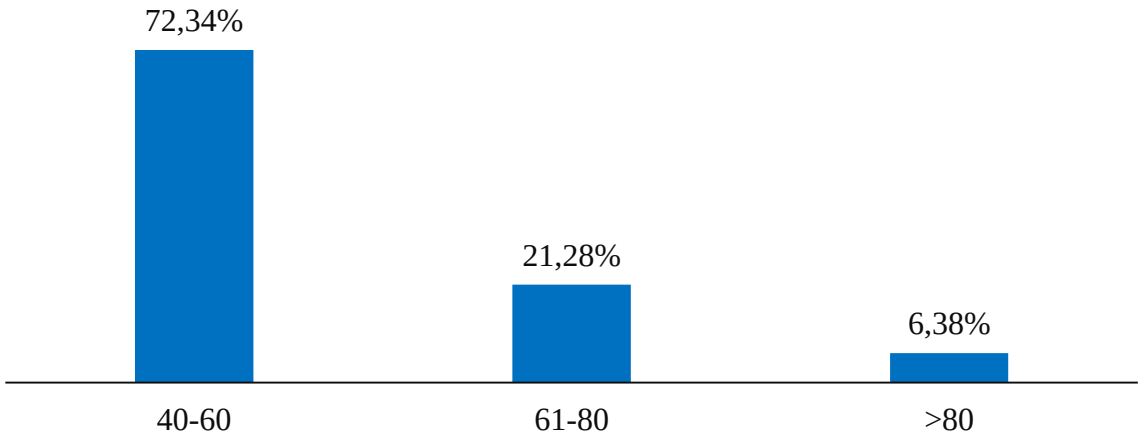

Figure 4 : Répartition selon l'âge des patients suivis à la CUN du CNHU-HKM de Cotonou du 14 août au 13 novembre 2023.

L'analyse de la figure 4 nous permet de comprendre que l'âge moyen des patients était de 58,59 ans avec des âges extrêmes allant de 42 ans à 87 ans. Il est remarqué que plus de la moitié (72,34%) ont moins de 60 ans, c'est-à-dire jeune.

3.1.2.3 Répartition des patients selon la situation maritale

Tableau I: Répartition selon la situation maritale des patients suivis à la CUN du CNHU-HKM de Cotonou du 14 août au 13 novembre 2023.

	n = 47	Fréquence en %
Marié(e)	**34**	**72,34**
Veuf(ve)	9	19,15
Divorcé(e)	3	6,38
Célibataire	1	2,13

On remarque à travers ce tableau une représentation majoritaire des mariés avec une fréquence de 72, 34%.

3.1.2.4 Répartition des patients en fonction de la profession

Tableau II: Répartition selon la profession des patients suivis à la CUN du CNHU-HKM de Cotonou du 14 août au 13 novembre 2023.

	n = 47	Fréquence en %
Fonctionnaire	26	55,32
Entrepreneur	9	19,15
Employé	5	10,64
Artisan	3	6,38
Aucun	4	8,51

Ce tableau montre que les fonctionnaires sont la catégorie socioprofessionnelle la plus représentée (n=26 ; 55,32%) dans notre étude.

3.1.3 Aspects cliniques

3.1.3.1 Capacité de marcher sans assistance

Dans notre étude, on note une majorité, à hauteur de 76,60% soit 36 sur 47 des patients capables de marcher sans assistance contre 23,40% soit 11 patients qui n'arrivent pas à marcher sans assistance.

3.1.3.2 Réalisation des activités quotidiennes

On constate qu'il y a 68,09% des patients suivis à la CUN qui sont en mesure de réaliser des activités quotidiennes comme se laver, s'habiller et manger de façon autonome ; 31,91% n'y arrive pas.

3.1.3.3 Satisfaction à accomplir les tâches ménagères

Tableau III: Répartition selon la satisfaction à accomplir les tâches ménagères des patients suivis à la CUN du CNHU-HKM de Cotonou du 14 août au 13 novembre 2023.

	n = 47	Fréquence en %
Beaucoup	17	36, 17
Modérément	8	17,02
Un peu	14	29,79
Pas du tout	8	17,02

De notre étude, 82,98%, soit 39 patients sur 47 sont satisfaits à accomplir les tâches ménagères. Peu de patients étaient insatisfaits (17,02%) à l'idée d'accomplir des tâches ménagères.

3.1.3.4 Evaluation de la qualité de vie

L'évaluation de la qualité de vie a été faite sur la base de l'entretien clinique avec les patients ; elle est donc subjective. La qualité de vie est de 01 à 10. Soit N la note du patient. Lorsque :

- N est inférieure à 04, alors il a une mauvaise qualité de vie ;
- N est comprise entre 04 et 06, alors il a une qualité de vie acceptable ;
- N est supérieure à 06, alors il a une bonne qualité de vie

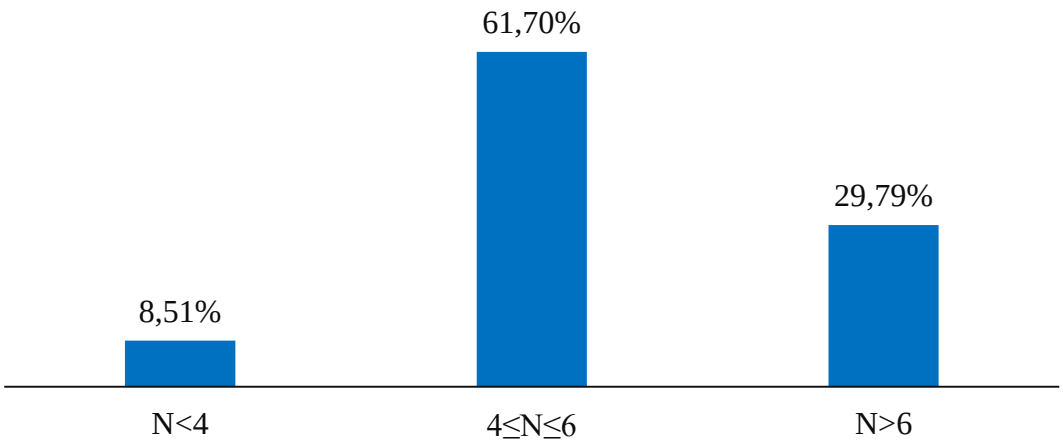

Figure 5 : Répartition selon la qualité de vie des patients suivis à la CUN du CNHU-HKM de Cotonou du 14 août au 13 novembre 2023.

L'analyse de la figure 5 nous permet de comprendre que seulement 8,51% des patients ont une qualité de vie mauvaise

3.1.3.5 Amélioration de la qualité de vie

La plupart des enquêtés, soit 93,62%, ont remarqué une amélioration de leur qualité de vie depuis de la rééducation physique. Seulement 6,38% soit 03 enquêtés sur 47 n'ont pas remarqué une amélioration.

3.1.3.6 Nombre d'heures consacré à la rééducation physique par semaine

Tableau IV: Répartition selon l'heure consacrée à la rééducation chez les patients suivis à la CUN du CNHU-HKM de Cotonou du 14 août au 13 novembre 2023

	n = 47	Fréquence en %
10H	17	36,17
20H	22	46,81
30H	8	17,02

De notre étude, 36,17% des enquêtés passent 10H de temps à la rééducation par semaine ; 46,81% font 20H et 17,02% passent 30H de rééducation par semaine.

3.1.3.7 Amélioration dans la mobilité et la fonctionnalité

Il est remarqué que 89,36% des patients ont des améliorations dans leur mobilité et leur fonctionnalité dès lors qu'ils ont commencé la rééducation physique ; 10,64% n'ont rien ressenti.

3.1.3.8 Relation entre durée de rééducation et fonction physique

Tableau V: Relation entre durée de rééducation et la fonction physique

Variable indépendante Nombre d'heures consacré aux séances de rééducation	**Variable dépendante** La mobilité et la fonction physique		
	Non	**Oui**	**Total**
10H	6,38%	29,79%	36,17%
20H	4,26%	42,55%	46,81%
30H	0%	17,02%	17,02%
Total	10,64%	89,36%	100%

En considérant ainsi les colonnes, on note que le Non décroit de 10H (6,38%) à 30H (0%), et inversement le Oui croit de 10H (29,79%) à 20H au moins par semaine, avec une hausse de 59,57% (42,55 + 17,02). La séance de rééducation a un effet significatif sur la mobilité et fonction physique des enquêtés.

3.1.3.9 Soutien familial

Tableau VI: Répartition selon la fréquence du soutien familial chez patients suivis à la CUN du CNHU-HKM de Cotonou du 14 août au 13 novembre 2023.

	n = 47	Fréquence en %
Régulièrement	32	68,09
De temps en temps	12	25,53
Rarement	3	6,38

De l'analyse du tableau XI, plus de la moitié des patients reçoivent régulièrement un soutien familial de la part de leur famille ; pour 25,53% c'est de temps en temps et rarement pour 6,38%.

3.1.3.10 Consultation chez un professionnel de santé mentale

L'analyse à ce niveau a montré que très peu (17,02 %) de patients ont consulté un professionnel de santé mentale et ont trouvé utile les séances.

3.1.3.11 Evaluation du niveau de dépression

L'évaluation du niveau de dépression est subjective et basée sur l'interrogatoire des patients. Soit N la note du patient. Lorsque :

- N est inférieure à 4, alors il est considéré comme normal
- N est comprise entre 4 et 7, alors son humeur a changé
- N est supérieure à 7, alors il est considéré comme déprimé

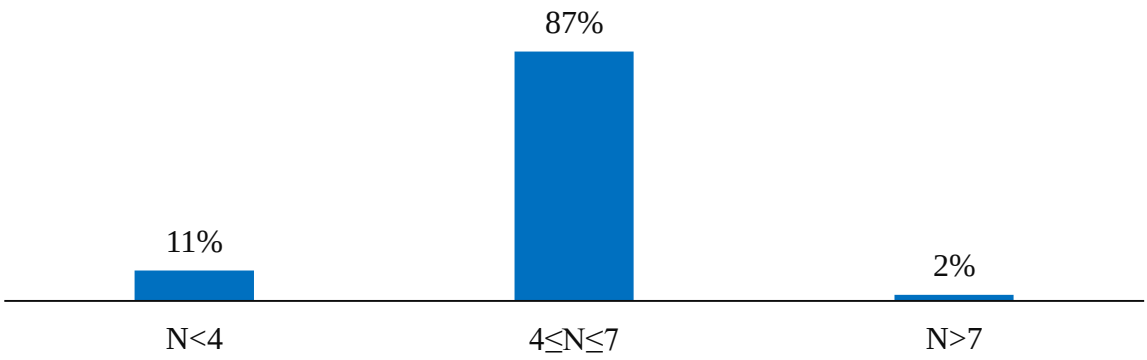

Figure 6 : Répartition selon l'évaluation du niveau de dépression des patients suivi à la CUN du CNHU-HKM de Cotonou du 14 août au 13 novembre 2023.

De notre étude, la plupart des patients ont leur humeur changée, soit (87%)

3.1.3.12 Rôle du soutien familial et psychologique dans le processus de réadaptation

Tableau VII: Répartition selon le rôle du soutien familial et psychologique dans le processus de réadaptation des patients suivis à la CUN du CNHU-HKM de Cotonou du 14 août au 13 novembre 2023.

	n = 47	Fréquence en %
beaucoup	10	21,28
modérément	20	42,55
un peu	15	31,91
pas du tout	2	4,26

De ce tableau, le soutient familial et le soutien psychologique ont joué un rôle important dans le processus de réadaptation de 95,74% (21,28% + 42,55% +31,91%) des patients suivis à la CUN.

3.1.3.13 Relation entre soutien familial et le niveau de dépression.

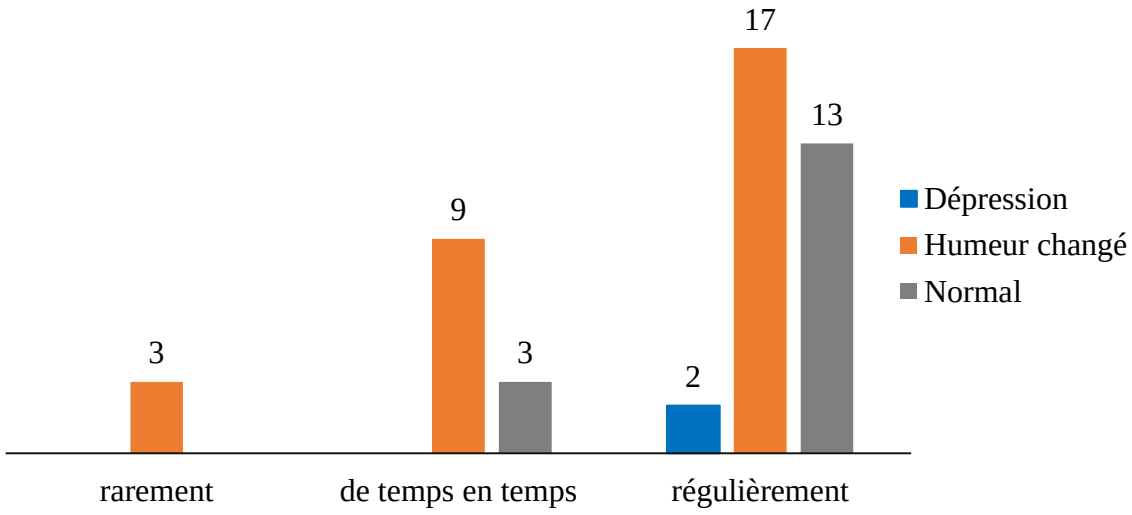

Figure 7 : Relation entre le soutien familial et niveau de dépression

De la lecture de cette figure, on retient que le soutien familial a une influence majeure sur le niveau de dépression pour peu de personnes ayant fait un AVC.

3.1.3.14 Relation entre soutien psychologique et le niveau de dépression.

De notre étude, il est remarqué que c'est seulement 17,02 % des patients qui ont consulté un psychologue dans la gestion de leurs émotions. Pour eux, ces séances n'ont pas d'influence sur leur niveau de dépression.

L'analyse ici n'a donc pas trouvé d'influence du soutien psychologique sur le niveau de dépression des personnes enquêtées.

DISCUSSION

3.2 DISCUSSION

La recherche que nous avons menée visait à étudier la qualité de vie des personnes en post-AVC de la Clinique Universitaire de Neurologie du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert K. MAGA (CNHU-HKM) de Cotonou. Dans l'ensemble, tous les objectifs n'ont pas pu être atteints. Cependant, l'impact des séances de rééducation physique sur la qualité de vie ont été obtenu. La plupart des patients ont récupéré de leur mobilité et la fonction physique altérées par l'AVC par le biais de la rééducation fonctionnelle. La durée moyenne hebdomadaire de rééducation par patients était de 20h. seulement 17,02% des patients ont bénéficié d'une intervention psychologique.

3.2.1 Commentaire et comparaison des résultats

3.2.1.1 Caractéristique la population d'étude

L'âge moyen des patients était de 58,59 ans avec des extrêmes de 42 à 87 ans. La classe d'âge la plus représentée était celle de 40 ans à 60 ans avec un pourcentage de 72,34%. Ces résultats étaient proches de ceux de Kumako et al en 2017 dans une étude transversale descriptive allant du 1er juillet 2014 au 31 décembre 2015 dans le service de neurologie du CHU-KARA au Togo qui avaient rapporté une moyenne d'âge de 59,66 ans. Adoukonou, retrouvaient également une moyenne d'âge similaire de 58,2 ans en 2021 à Parakou. Cette observation est cohérente avec les données de la littérature, qui indiquent que les AVC surviennent fréquemment chez des sujets jeunes, c'est-à-dire ayant moins de 60 ans.

Les hommes étaient représentés à 72,34%. Cette prédominance masculine était également retrouvée par plusieurs auteurs dont Rosillette en 2013 en Martinique ; Adoukonou en 2021 à Parakou et Djaouga à Cotonou en 2023 qui retrouvaient respectivement 53,1% ; 55,9% et 62,56%. Cette prédominance du sexe masculin traduit le fait que les femmes sont plus protégées par les hormones féminines (œstrogène et progestérone). Cependant Kumako et al. avaient retrouvé une prédominance féminine avec 55,48%. Cette représentation du sexe féminin s'explique par la prédominance des femmes de la population générale du pays d'origine de leur étude.

3.2.1.2 Aspects cliniques

L'analyse des différentes réponses issues de notre étude à travers le questionnaire nous permet d'avoir des résultats variés. Nous avons ainsi 89,36% (29,79% + 42,55% + 17,02%) des patients interrogés qui ont une importance autonomique en terme de mobilité et la fonction physique grâce aux séances de rééducations fonctionnelles. Ces résultats issus de notre recherche convergent avec les travaux antérieurs de Oujamaa et ses collaborateurs en 2012 qui dans leur essai clinique citaient qu'une *rééducation motrice débutée dès les premières 24h et visant la réduction de l'incapacité de station assise, debout et de marche à trois mois post-AVC est bénéfique en terme de surmortalité, de surmorbidité, accélère la récupération de la marche, et améliore la récupération motrice et fonctionnelle à trois mois. On en déduit que la rééducation a un effet bénéfique sur la récupération des fonctions motrices altérées par l'AVC.*

En revanche, les patients n'ayant ressenti aucun effet des séances de rééducation représentent 10,64%. Cette répartition pouvait s'expliquer par le fait que la rééducation fonctionnelle a été peut-être tardive ou que les variables intermédiaires comme l'âge ont influencé le processus. En s'appuyant sur l'âge, ce résultat se rapproche des conclusions d'étude de Ouédraogo et al. réalisée au Burkina Faso en 2023 qui rapportaient qu'y a un handicap moteur plus important et une indépendance fonctionnelle plus faible chez les sujets de plus de 60 ans par rapport aux plus jeunes. Ainsi, notre hypothèse selon laquelle les séances de rééducation améliorent la mobilité et la fonction physique des patients est vérifiée.

Par ailleurs, cette étude nous a permis de retrouver que la fréquence du soutien familial comme un facteur social associé au bien-être des personnes AVC est insuffisante, soit 42,55% de toutes les admissions à la CUN du CNHU-HKM de Cotonou du 14 août au 13 novembre 2023. Le manque de soutien familial pourrait s'expliquer par le fait que l'entourage de la victime n'a pas une compréhension assez importante de la psychopathologie de l'AVC ou qu'il lui manque des connaissances d'accompagnement approprié à la pathologie comme le suggèrent Vansimaeys et al., 2020 que la mise en place d'activités variées, génératrices d'intérêt et de plaisir, et visant à « déroutiniser » le quotidien, pourrait fortement contribuer à diminuer la sévérité de la symptomatologie dépressive. En ce qui concerne la prise en charge psychologique, une faible proportion soit 17,02% des enquêtés ont eu des entretiens avec de professionnels de santé mentale pour leur prise en charge. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que les personnes ayant fait un AVC et leurs proches n'ont peut-être pas connaissance de la place du soutien psychologique dans leur processus de réadaptation. C'est pour ces raisons que l'hypothèse selon

laquelle le soutien familial et le soutien psychologique réduisent la dépression, contribuant ainsi au bien-être des patients est non vérifiée. Malgré les efforts significatifs de notre recherche pour comprendre la qualité de vie des personnes en post- AVC à la clinique universitaire de neurologie du CNHU-HKM de Cotonou, il est essentiel de relever les limites inhérentes à cette étude. La taille de l'échantillon, composée de 47 patients, pourrait être considérée comme relativement faible. Néanmoins cet échantillon est lié directement aux jeunes âges des patients de la CUN dans la prise en charge des personnes en post-AVC. Ensuite, les données recueillies, notamment celles liées à l'évaluation de la qualité de vie et du niveau de dépression, reposaient sur l'interrogatoire des patients et donc ne prenaient pas en compte une norme standardisée. La subjectivité intrinsèque à ces évaluations pourrait introduire des biais impactant la perception individuelle de la qualité de vie et du niveau de dépression. Nous notons également l'influence des variables intermédiaires comme l'humeur, la confiance en soi et la perception du contexte sur les réponses. Enfin, notre étude n'a pas examiné tous les indicateurs contextuels qui influent la qualité de vie, tels que la capacité de concentration, l'intégrité de la mémoire, le raisonnement, la logique, le sommeil la vision, la motivation. L'omission de ces variables peut limiter la compréhension globale du sujet.

CONCLUSION ET SUGGESTION

CONCLUSION

Au terme de cette étude transversale à visé descriptive et analytique portant sur la qualité de vie des personnes en post-Accident Vasculaire Cérébral de la Clinique Universitaire de Neurologie du Centre National Hospitalier et Universitaire-Hubert Koutoukou MAGA de Cotonou ; les données sociodémographiques procurent des informations essentielles pour la compréhension des facteurs de risque d'un AVC. Les sujets masculins étaient les plus touchés avec un sex-ratio de 2,6. L'âge moyen était de 58,59 ans. Une lecture minutieuse des résultats concernant l'aspect clinique démontre de façon globale une qualité de vie altérée des personnes enquêtées. Avec 89,36% ayant recouvrit leur fonction physique et la mobilité, les séances de rééducation fonctionnelle se manifestent comme une session indispensable dans la récupération post-AVC. L'aventure de l'étude dans le domaine psychosocial indique que le soutien familial n'a pas d'influence sur le bien-être des enquêtés car malgré cela y a des changements d'humeur et de dépression, ainsi que le soutien psychologique. Ces informations ont des implications majeures dans la prise en charge globale des personnes en post-AVC. L'étude offre la possibilité de voir les besoins spécifiques des patients en mettant en lumière les aspects psychoaffectifs et cognitifs qui affectent leur qualité de vie. A la lumière de ces résultats, il devient essentiel d'explorer la relation qu'entretiennent les familles ou aidants avec les personnes victimes de cette affection neuropsychologique à domicile.

SUGGESTION

Au regard des résultats auxquels nous nous sommes parvenus, nous suggérons :

- **A l'endroit des patients :**
  - Suivre les instructions médicales en ce qui concerne les médicaments, les réadaptations et le suivi ;
  - Adopter une alimentation saine, faites régulièrement de l'exercice ;
  - Consulter des professionnels de santé mentale comme un psychologue pour votre prise en charge psychologique.
- **A l'endroit des proches des patients :**
  - Encourager les patients à participer au programme de réadaptation pour aider à regagner les fonctions perdues ;

- Aider les patients à domicile à accomplir des tâches quotidiennes et à maintenir leur autonomie ;
- Informez-vous sur l'AVC et ses conséquences afin de mieux comprendre les besoins du patient et de mieux l'aider à ne pas récidiver ;

❖ **A l'endroit du personnel :**

- Coordonnez les soins avec les professionnels de la santé mentale, comme les psychologues, les neuropsychologues, psychothérapeutes, et les travailleurs sociaux pour assurer une approche holistique et coordonnée de la prise en charge

❖ **A l'endroit des autorités sanitaires :**

- Mettre en place des programmes d'éducation sur la santé mentale pour aider les victimes et leur famille à mieux faire face ;
- Doter le service de neurologie de psychologues ou neuropsychologue pouvant évaluer les comorbidités liées à l'AVC pour une prise en charge plus efficace.

ANNEXE

QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE

Madame/ Monsieur

Dans le cadre de la rédaction de notre rapport de fin de formation de licence en psychologie, nous vous prions de bien vouloir nous aider à remplir le présent questionnaire.

Nous vous assurons de la confidentialité dans le traitement de ces informations.

Nous vous remercions d'avance

N°

N°

Sujet : « Qualité de vie des personnes en post accident vasculaire cérébral de la CUN au CNHU-HKM Cotonou »

Par : GUEDEHOUNSOU Jerry Vogrès

①

1. Etes-vous capable de marcher sans assistance ?

   □ oui □ non

2. Etes-vous en mesure de réaliser les activités quotidiennes comme se laver, s'habiller et manger de manière autonome ?

   □ oui □ non

3. A quel point êtes-vous satisfait de votre capacité à accomplir les tâches ménagères ?

   □ beaucoup □ modérément □ un peu □ pas du tout

4. Sur une échelle de 01 à 10, comment évalueriez-vous votre qualité de vie actuelle ?

   Très médiocre | | | | | | | | | | | Excellente

5. Avez-vous remarqué une amélioration de votre qualité de vie depuis le début de la rééducation physique ?

   □ oui □ non

6. Combien d'heures par semaine consacrez-vous à la rééducation physique ?

   □ 10h □ 20h □ 30h et plus

7. Avez-vous ressenti des améliorations dans votre mobilité et votre fonctionnalité depuis que vous avez commencé la rééducation ?

□ oui □ non

②

8. A quelle fréquence recevez-vous un soutien émotionnel de la part de votre famille depuis votre AVC ?

□ Régulièrement (*une fois par semaine*)

□ De temps en temps (*une fois par mois*)

□ Rarement (*moins d'une fois par mois*)

9. Avez-vous consulté un professionnel de santé mentale depuis votre AVC ?

□ oui □ non

10. Si oui, dans quelle mesure trouvez-vous ces séances utiles pour gérer vos émotions et votre rétablissement ?

□ Très utiles

□ Utiles

□ Peu utiles

□ Pas du tout utiles

11. Utilisez une échelle de 01 à 10 pour évaluer votre niveau de dépression.

Normal | | | | | | | | | | Dépression

12. A quel point pensez-vous que le soutien familial et psychologique ont joué un rôle important dans votre processus de réadaptation ?

□ beaucoup □ modérément □ un peu □ pas du tout

Sexe : □ Masculin □ Féminin

Age : ……ans

Situation maritale : □ Célibataire □ Marié(e) □ Veuf(ve) □ Divorcé(e)

Profession :……

CODAGE DE DONEES

Hypothèse 1		
Items	Modalités	Code
1	Oui	
	Non	
2	Oui	
	Non	
3	Beaucoup	1
	Modérément	2
	Un peu	3
	Pas du tout	4
4	Tel que renseigné	
5	Oui	
	non	
6	Tel que renseigné	
7	Oui	
	Non	

Hypothèse 2		
Items	Modalités	Code
8	régulièrement	1
	De temps en temps	2
	rarement	3
9	Oui	
	non	
10	Très utiles	1
	Utiles	2
	Peu utiles	3
	Pas du tout utiles	4
11	Tel que renseigné	
12	Beaucoup	1
	Modérément	2
	Un peu	3
	Pas du tout	4

Information sociodémographique		
items	Modalités	code
Sexe	masculin	
	Féminin	
Âge	Tel que renseigné	
Situation maritale	Célibataire	
	Marié(e)	
	Veuf(ve)	
	Divorcé(e)	
Autre emploie	Fonctionnaire	
	Employé	
	Entrepreneur	
	Artisan	
	ménagère	

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

Adoukonou, T. (2021). *Epidémiologie et pronostic des accidents vasculaires cérébraux à Parakou au Bénin* [Thèse en épidémiologie]. Université de Limoges.

Béjot, Y., Créange, A., Defebvre, L., & Mazighi, M. (2021). Accidents Vasculaires Cérébraux. In *Neurologie « les référentiels des collèges »* (6è édition, p. 424-454). Elsevier Masson.

Blais, C., & Rochette, L. (2018). Surveillance des maladies vasculaires cérébrales au Québec : Prévalence, incidence et mortalité. *2410, 18*. http://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2410_surveillance_maladie_vasculaire_cerebrale

Danziger, N., & Alamowitch, S. (2019). Accidents Vasculaires Cérébraux- Généralité. In *Neurologie*. MED-LINE.

Daviet, J. C., Compagnat, M., Bernikier, D., & Salle, J.-Y. (2022). Réadaptation après accident vasculaire cérébral : Retour et maintien à domicile, vie quotidienne. *Revue générale, 206*(5), 616-622. https://doi.org/10.1016/j.banm.2022.02.015

Djaouga, S. (2023). *Crises épileptiques à la phase aiguë de l'AVC à l'USINV de la Clinique Universitaire de Neurologie du CNHU-HKM de Cotonou en 2023 : Aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et facteurs associés* [Mémoire de Neurologie]. Université d'Abomey-Calavi.

FINKPON, A. (2022). *Fréquence de l'insuffisance rénale chronique et facteurs associés au CNHU-HKM en 2022*. Université d'Abomey-Calavi.

FRM. (s-d). *Fondation pour la recherche sur les AVC*. http://www.fondation-recherche-avc.org/fr%C3%A9quence

Gabet, A., de Peretti, C., Woimant, F., Giroud, M., Béjot, Y., Schnitzler, A., & Olié, V. (2018). Admission in neurorehabilitation and association with functional outcomes

after stroke in France : A Nation-Wide Study, 2010- 2014. *Journal of stroke and cerebrovascular Diseases*, *27*(12), 3443-3450. https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2018.08.005

Gnonlonfoun, D., Adjien, K., Ossou-Nguiet, P., Mapoure, Y., Houinato, D., & Avode, D. (2013). La fréquence hospitalière des affections neurologiques au CNHU-HKM de Cotonou. *Journal de la société de biologie clinique*, *018*, 43-48.

Huot, A., Lalonde, J.-A., Landry-Cuerrier, J., Marinier, L., & Sergerie, M.-A. (2016). Les troubles neurocognotifs. In M. Benny, *Santé mentale et psychopathologie : Une approche biopsychosociale* (2è édition, p. 379-398). MODULO.

Kumako, V., N'Timon, B., Apetse, K., Guinhouya, K., Agba, L., Assogba, K., Belo, M., & Balougou, A. (2017). Accidents vasculaires cérébraux (AVC) au centre hospitalier universitaire de Kara en zone semi rurale au Togo : Aspects épidémiologiqus et évolutifs. *Journal de la recherche scientifique de l'université de Lomé, 19*(3).

Morand, A., De Peltier, M., & Genet, F. (2022). Le patient hémiplégique. In *Pratique de la rééducation neurologique* (p. 1-100). Elsevier.

Napon, C., Kaboré, A., & Kaboré, J. (2012). La dépression post-accident vasculaire cérébral au Burkina Faso. *Pan African Médical Journal*, 01-04.

Nkosi, M. (2014). *Caractéristiques et suivi de la dépression post-accident vasculaire cérébral à Kinshasa* [Thèse en psychiatrie]. Université Catholique de Louvain.

Organisation Mondiale de la Santé. (2019). http://www.fondation-recherche-avc.org/fr%C3%A9quence

Ouédraogo, P., Kyélem, J. M. A. W., Savadogo, A., Koanda, M., Diendéré, J., Ouédraogo, A., & Millogo, A. (2023). Récupération fonctionnelle à long terme en fonction de l'âge après un accident vasculaire cérébral au Burkina Faso. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*. https://doi.org/10.1016/j.npg.2023.06.002

Oujamaa, L., Marquer, A., Francony, G., Davoine, P., Chrispin, A., Payen, J.-F., & Pérennou, D. (2012). Intérêt d'une rééducation précoce pour les patients neurologiques. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, *31*, e253-e263.

Rosillette, K. V. (2013). *Épidémiologie des accidents vasculaires cérébraux en Martinique* [Mémoire de médecine]. Université des Antilles et de la Guyane.

Vansimaeys, C., Zuber, M., Pitrat, B., Farhat, W., & Tamazyan, R. (2020). *Modèle en réseau et troubles mentaux : Application et intérêts dans la dépression post-AVC*.

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE i
DEDICACES i
REMERCIEMENT ii
LISTE DES TABLEAUX iii
LISTE DES FIGURES iv
SIGLES ET ACRONYMES v
RESUME vi
ABSTRACT vi
INTRODUCTION 2
CHAPITRE 1 : CADRE INSTITUTIONNEL ET DEROULEMENT DU STAGE 4
1.1 Description 4
1.1.1 La Clinique Universitaire de Neurologie (CUN) 5
1.2 Description des activités menées 6
1.2.1 Observation des Consultations 6
1.2.2 L'enregistrement d'électroencéphalogramme (EEG) 7
1.2.3 Tâches administratives 7
1.3 Difficultés éprouvées 7
CHAPITRE 2 : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE ET APPROCHE METHODOLOGIQUE 10
2.1 Clarification conceptuelle 10
2.1.1 Note explicative 11
2.2 Revue de la littérature 11
2.3 Problématique 14
2.3.1 Objectif général 16
2.3.1.1 Objectifs spécifiques 16
2.3.2 Hypothèse générale 16
2.3.2.1 Hypothèses spécifiques 17
2.4 Méthodes d'étude 17
2.4.1 Cadre d'étude 17
2.4.2 Type d'étude et période d'étude 17
2.4.3 Participants 17
2.4.3.1 Population d'étude 17
2.4.3.2 Critères d'inclusion 17
2.4.3.3 Echantillonnage 17

2.5 Matériel 18
2.6 Procédure 18
CHAPITRE 3 : PRESENTATION DES RESULTATS, ANALYSE ET DISCUSSION 20
3.1 Résultats 20
3.1.1 Description de la population d'étude 20
3.1.2 Informations sociodémographiques 20
3.1.2.1 Répartition des patients selon le sexe 20
3.1.2.2 Répartition des patients selon l'âge 21
3.1.2.3 Répartition des patients selon la situation maritale 21
3.1.2.4 Répartition des patients en fonction de la profession 22
3.1.3 Aspects cliniques 22
3.1.3.1 Capacité de marcher sans assistance 22
3.1.3.2 Réalisation des activités quotidiennes 22
3.1.3.3 Satisfaction à accomplir les tâches ménagères 22
3.1.3.4 Evaluation de la qualité de vie 23
3.1.3.5 Amélioration de la qualité de vie 23
3.1.3.6 Nombre d'heures consacré à la rééducation physique par semaine 24
3.1.3.7 Amélioration dans la mobilité et la fonctionnalité 24
3.1.3.8 Relation entre durée de rééducation et fonction physique 24
3.1.3.9 Soutien familial 25
3.1.3.10 Consultation chez un professionnel de santé mentale 25
3.1.3.11 Evaluation du niveau de dépression 25
3.1.3.12 Rôle du soutien familial et psychologique dans le processus de réadaptation 26
3.1.3.13 Relation entre soutien familial et le niveau de dépression. 26
3.1.3.14 Relation entre soutien psychologique et le niveau de dépression. 27
3.2 DISCUSSION 29
3.2.1 Commentaire et comparaison des résultats 29
3.2.1.1 Caractéristique la population d'étude 29
3.2.1.2 Aspects cliniques 30
CONCLUSION 33
SUGGESTION 33
ANNEXE ..... a
RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE ..... e