

**R
A
F
M
I**



REVUE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE

**ORGANE DE
LA SOCIETE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE**

ISSN : 2337-2516

ANNEE 2023, DECEMBRE - VOLUME 10 (2-2)

Correspondance

Secrétariat

E-mail : revueafricainemi@gmail.com – Site web : www.rafmi.org

Université de Thiès – UFR Santé de Thiès. BP : 967 Thiès, Sénégal

Adresse

UFR des Sciences de la Santé Université de Thiès

Ex 10^{ème} RIAOM. BP : 967 Thiès, Sénégal

DIRECTEUR DE PUBLICATION
Pr Mamadou Mourtalla KA (Sénégal)

REDACTEUR EN CHEF
Pr Adama BERTHE (Sénégal)

CURATEUR
Pr Bernard Marcel DIOP (Sénégal)

REDACTEURS ADJOINTS
Pr Joseph Y. DRABO (Burkina Faso), Pr Assetou SOUKHO KAYA (Mali)
Pr Bourhaima OUATTARA (Côte d'Ivoire), Pr Eric ADEHOSSI (Niger)
Pr Djimon Marcel ZANNOU (Bénin), Pr Mohaman DJIBRIL (Togo)

CONSEILLERS SCIENTIFIQUES
Pr Mouhamadou Moustapha CISSE (Sénégal)
Pr Pauline DIOUSSE (Sénégal)
Pr Ag. Demba DIEDHIOU (Sénégal)

SECRETAIRES SCIENTIFIQUES
Pr Madoky Magatte DIOP (Sénégal)
Pr Papa Souleymane TOURE (Sénégal)

SECRETAIRE D'EDITION
M. Momar NDIAYE (Sénégal)

COMITE SCIENTIFIQUE ET DE LECTURE
Pr Ag. Gabriel ADE (Bénin), Pr Ag. Eric ADEHOSSI (Niger), Pr Koffi Daho ADOUBRYN (Côte d'Ivoire), Pr Aissah AGBETRA† (Togo), Pr Chantal G. AKOUA-KOFFI (Côte d'Ivoire), Pr Dégnon AMEDEGNATO (Togo), Pr Emmanuel ANDRES (France), Pr Ag. Khadiatou BA FALL (Sénégal), Pr Jean-Bruno BOGUIKOUMA (Gabon), Pr Mouhamadou Moustapha CISSE (Sénégal), Pr Ag. Demba DIEDHIOU (Sénégal), Pr Thérèse Moreira DIOP (Sénégal), Pr Bernard Marcel DIOP (Sénégal), Pr Pauline DIOUSSE (Sénégal), Pr. Ag. Mohaman DJIBRIL (Togo), Pr Ag. Moustapha DRAME (France), Pr Ag. Fatou FALL (Sénégal), Pr Ag. Sara Boury GNING (Sénégal), Pr Fabien HOUNGBÉ (Bénin), Dr Josaphat IBA BA (Gabon), Dr Amadou KAKE (Guinée Conakry), Pr Alphonse KOUAME KADJO (Côte d'Ivoire), Pr Ouffoué KRA (Côte d'Ivoire), Pr Christopher KUABAN (Cameroun), Pr Abdoulaye LEYE (Sénégal), Pr Moussa Y. MAIGA (Mali), Pr Ag. Papa Saliou MBAYE (Sénégal), Pr Daouda K. MINTA (Mali), Pr Jean Raymond NZENZE (Gabon), Pr Bourhaima OUATTARA (Côte d'Ivoire), Pr Samdpawinde Macaire OUEDRAGO (Burkina Faso), Pr Abdoulaye POUYE (Sénégal), Pr Jean-Marie REIMUND (France), Pr Mamadou SAIDOU (Niger), Pr Ag. Jean SEHONOU (Bénin), Pr Damien SENE (France), Dr Ibrahima Khalil SHIAMAN-BARRO (Guinée Conakry), Pr Assetou SOUKHO KAYA (Mali), Pr Ag. Hervé TIENO (Burkina Faso), Pr Ag. Abdel Kader TRAORE (Mali), Pr Hamar Alassane TRAORE (Mali), Pr Boubacar WADE (Sénégal), Dr Téné Marceline YAMEOGO (Burkina Faso), Dr Yolande YANGNI-ANGATE (Côte d'Ivoire), Pr Ag. Djimon Marcel ZANNOU (Bénin), Dr Lassane ZOUNGRANA (Burkina Faso)

LE BUREAU DE LA SAMI
Président d'honneur 1 : Pr Niamkey Kodjo EZANI (Côte d'Ivoire)
Président d'honneur 2 : Pr Hamar Alassane TRAORE (Mali)
Président : Pr Joseph DRABO (Burkina-Faso)
Vice-Président : Pr Mamadou Mourtalla KA (Sénégal)

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

I. Principes généraux

La Revue Africaine de Médecine Interne (R.AF.M.I.) est une revue destinée aux médecins internistes et spécialistes d'organes. Les publications peuvent être présentées en Français et en Anglais. La revue offre diverses rubriques :

• articles originaux :

Les articles originaux présentent le résultat d'études non publiées et comportent une introduction résumant les hypothèses de travail, la méthodologie utilisée, les résultats, une discussion avec revue appropriée de la littérature et des conclusions.

Le résumé structuré (français et anglais) doit comporter : 1) Propos (état actuel du problème et objectif(s) du travail),

2) Méthodes – (matériel clinique ou expérimental, et méthodes utilisées), 3) Résultats, 4) Conclusion.

Le résumé ne doit pas excéder 250 mots. Le texte ne doit pas excéder 4500 mots et comporter plus de 40 références.

• articles de synthèse :

Les articles de synthèse ont pour but de présenter une mise à jour complète de la littérature médicale sur un sujet donné. Leur méthodologie doit être précisée ; Le résumé n'est pas structuré (français et anglais). Le résumé ne doit pas excéder 250 mots. Le texte ne doit pas excéder 4500 mots et 60 références.

• cas cliniques :

Les cas cliniques rapportent des observations privilégiées soit pour leur aspect didactique soit pour leur rareté.

La présentation suivra le même plan que celui d'un article original : Le résumé structuré (français et anglais) :

1) Introduction, 2) Résultats/Observation(s), 3) Conclusion.

Le résumé ne doit pas excéder 150 mots. Le texte ne doit pas excéder 2500 mots et 20 références.

• actualités thérapeutiques :

La Rédaction encourage la soumission de manuscrits consacrés à de nouvelles molécules ou nouvelles thérapeutiques. Ces manuscrits comprendront le positionnement de la nouvelle thérapeutique, une étude des essais cliniques, une revue des aspects pratiques et économiques, les questions en suspens.

• lettres à la rédaction :

Elles sont des textes relevant de commentaires brefs sur les conclusions d'articles déjà publiés ou sur un fait scientifique d'actualité (jusqu'à 800 mots, bibliographie non comprise. Il n'y aura pas dans ses rubriques ni résumé, ni mots clés. Le nombre de référence ne devra pas excéder dix (10).

• articles d'intérêt général :

Ils concernent l'histoire de la médecine, l'éthique, la pédagogie, l'informatique, etc.

• articles d'opinion :

Le Journal ouvre son espace éditorial aux articles d'opinion sur des questions médicales, scientifiques et éthiques ; le texte pourra être accompagné d'un commentaire de la rédaction. Il ne devra pas dépasser 800 mots.

• courrier des lecteurs :

La Rédaction encourage l'envoi de lettres concernant le contenu scientifique ou professionnel de la Revue. Elles seront considérées pour publication, après avis éditorial.

Les articles et éditoriaux sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs.

Le premier auteur des articles s'engage sur les points suivants :

1. l'article n'a pas été publié ou n'est pas soumis pour publication dans une autre revue ;

2. copyright est donné à la Revue Africaine de Médecine Interne (R.AF.M.I.), en cas de publication.

A la soumission, un formulaire doit être adressé au Comité de Rédaction, dans lequel tous les auteurs reconnaissent avoir participé activement au travail, avoir pris connaissance du contenu de l'article et avoir marqué leur accord quant à ce contenu. Ils en sont éthiquement responsables.

• images commentées :

L'illustration (image clinique ou d'imagerie) doit être rendue anonyme et soumise sous un format Jpeg, dont la résolution doit être de 300 dpi minimum. Chaque illustration doit être légendée et appelé dans le texte. Le texte suit le plan suivant : 1) Histoire, 2) Diagnostic, 3) Commentaires. Il est suivi par les références. Le manuscrit ne doit pas excéder 250 mots et 5 références. Le titre, en français et en anglais, ne doit pas contenir le diagnostic. Les mots clés en français et en anglais doivent le mentionner. Pas de résumé.

II. Présentation

Les manuscrits seront dactylographiés à double interligne (environ 300 mots par page) à l'aide d'un traitement de texte.

La première page comportera exclusivement le titre (et sa traduction en anglais), les prénoms et noms des auteurs, l'institution et l'adresse de correspondance, avec numéros de téléphone, de télécopie et adresse e-mail.

La deuxième page contiendra le résumé en français (maximum 250 mots). Ainsi que 3 à 5 mots-clés en français.

Sur la troisième page figureront l'abstract en anglais (maximum 250 mots), ainsi que 3 à 5 mots-clés en anglais.

Les pages seront toutes numérotées.

Les données de laboratoire seront fournies dans les unités utilisées dans la littérature. En cas d'utilisation d'unités internationales, il convient de fournir, entre parenthèses, les données en unités conventionnelles.

Les abréviations non usuelles seront explicitées lors de leur première utilisation.

La bibliographie sera limitée à 20 références sauf pour les articles originaux et de synthèse ; elles apparaîtront dans le texte sous forme de nombre entre crochet [X], renvoyant à la liste bibliographique. Celle-ci,

dactylographiée à double interligne, suivra immédiatement la dernière ligne de l'article. Elle sera ordonnée par ordre d'apparition dans le texte et respectera le style de l'Index Medicus ; elle fournira les noms et initiales des prénoms de tous les auteurs s'ils sont au nombre de 6 ou moins ; s'ils sont sept ou plus, citer les 3 premiers et faire suivre de " et al. " ; le titre original de l'article ; le nom de la revue citée ; l'année ; le numéro du volume ; la première et la dernière page, selon les modèles suivants :

1. Barrier JH, Herbouiller M, Le Carrer D, Chaillé C, Raffi F, Billaud E, et al. Limites du profil protéique d'orientation diagnostique en consultation initiale de médecine interne. Étude prospective chez 76 malades. Rev Med Interne 1997, 18 : 373-379.
2. Bieleli E, Kandjigu K, Kasiam L. Pour une diététique du diabète sucré au Zaïre. Méd. Afr. Noire 1989 ; 36 : 509-512.
3. Drabo YJ, Kabore J, Lengani A, Ilboudo PD. Diabète sucré au CH de Ouagadougou (Burkina Faso). Bull Soc Path Ex 1996 ; 89 : 185-190.

Les références internet sont acceptées : il convient d'indiquer le(s) nom(s) du ou des auteurs selon les mêmes règles que pour les références « papier » ou à défaut le nom de l'organisme qui a créé le programme ou le site, la date de consultation, le titre de la page d'accueil, la mention : [en ligne], et enfin l'adresse URL complète sans point final.

Les tableaux, numérotés en chiffres romains, seront présentés chacun sur une page séparée dactylographiée à double interligne. Ils comporteront un titre, l'explication des abréviations et une légende éventuelle.

Les figures et illustrations seront soit des originaux, soit fournies sur support informatique en un fichier séparé du texte au format TIFF ou JPEG, avec une résolution de 300 DPI.

Elles seront numérotées en chiffres arabes. Pour les originaux, le numéro d'ordre de la figure, son orientation et le nom du premier auteur seront indiqués. Les figures en couleur ne seront publiées qu'après accord de la Rédaction. Pour les graphiques qui, pour la publication, peuvent être réduits, il convient d'utiliser un lettrage suffisamment grand, tenant compte de la future réduction.

Attention : les images récupérées sur internet ne sont jamais de bonne qualité.

Les légendes des figures seront regroupées sur une page séparée et dactylographiées à double interligne. Elles seront suffisamment explicites pour ne pas devoir recourir au texte.

Les auteurs s'engagent sur l'honneur, s'ils reproduisent des illustrations déjà publiées, à avoir obtenu l'autorisation écrite de l'auteur et de l'éditeur de l'ouvrage correspondant.

Pour les microphotographies, il y a lieu de préciser l'agrandissement et la technique histologique utilisés.

Les remerciements éventuels seront précisés en fin de texte et seront courts.

Les conflits d'intérêt potentiels et les considérations éthiques devront être déclarés dans le manuscrit.

III. Envoi

Les manuscrits seront soumis à la fois par voie électronique à l'adresse suivante (revueafricainemi@gmail.com) et sur le site web de la Revue Africaine de Médecine Interne (rafmi.org).

IV. Publication

Les articles sont soumis pour avis à un comité scientifique de lecture et d'autres experts extérieurs à ce Comité. Une fois l'article accepté, il sera publié après paiement des frais d'un montant de 150 000 f CFA ; par Western Union ou Money Gram ou virement bancaire.

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

1. **Étude comparative de la polyarthrite rhumatoïde (PR) à début tardif (PRDET) et de la PR à début précoce (PRDEP) à l'hôpital national de Zinder (Niger)** 7-12
Garba AA, Andia AK, Diongolé H, Taoufik M, Maman CL, Altine IM, Adam AKI, Daou M, Brah S, Adehossi E
2. **Polyendocrinopathies auto-immunes : étude multicentrique en Côte d'Ivoire** 13-18
Acho JK, Konan N'GM, Danho J, Koné S, Kouassi L, Toure KH, Koné F, Yapa GSK, Ouattara TR, Gboko L, Koffi DP, Abodo JR, Ouattara B
3. **Dépistage de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs chez le coronarien par l'index de pression systolique : une série de l'Hôpital Aristide Le Dantec de Dakar** 19-24
Diop CMBM, Aw F, Sène MA, Mingou JS, Sarr SA, Diouf Y, Ndiaye PG, Diop KR, Diallo SD, Akanni S, Ndiaye M, Ibouroi H, Guèye K, Niang T, Ba AB, Bodian M, Ngaïde AA, Dioum M, Lèye MM, Afflangla DA, Mbaye A, Kane A, Kane A, Ndiaye MB, Diao M
4. **Profil épidémiologique, thérapeutique et surveillance des patients diabétiques de type II sous antidiabétiques oraux à Lomé** 25-30
Tchamdja T, Djalogue L, Kaaga LY, Kodjo K, Mossi KE, M'bortché BK, Awalou DM, Balaka A
5. **Prévalence de la dyslipidémie chez les patients atteints de diabète de type 2 à Bouaké, Côte d'Ivoire** 31-37
Koné F, Danho J, N'guessan YAA, Acho JK, Touré KH, Koné S, Kouassi L, Kouamé KGR, Touré YL, Yapa GSK, Gboko KKL, Sako K, Abodo JRF, Ouattara B
6. **Facteurs associés au décès en hospitalisation dans le carcinome hépatocellulaire sur cirrhose au CHU de Bouaké (Cote d'ivoire)** 38-43
Koffi KOC, Kouamé HGD, Aké AF, Koné A, Brou SJM, Ahmadou OD, Assohou HE, Diakité M, Okon AJB, Ouattara B
7. **Les AVC du sujet âgé : particularités épidémio-cliniques et pronostiques** 44-50
Tanoh MA, Traoré AB, Kadjo CV, Agbo C, Aka AD, Offoumou D, Tanoh C, Ehounoud CY, Diarra EA, Berthé A
8. **Evaluation de la réinsertion socioprofessionnelle des hémiplésiques vasculaires suivis en rééducation** 51-57
Seri SL, Bombo JM, Gnazebo A, Kaba A, Kouadio ESJ, Oka AN, Manhan-Coffie B, Manou B
9. **Preliminary's results study about socio-demographic and clinical aspects of elderly population living at home in Niamey (Niger)** 58-62
Andia A, Sani M, Garba K, Daou M, Brah S, Adehossi E

CAS CLINIQUES

10. **Neurosarcoïdose révélatrice d'une sarcoïdose multiviscérale : cas clinique et revue de la littérature** 63-67
Ounteini Abassea M, Souleymane B, Daoud M, Salifou Y, Adohe KS, Devina E, Mahmouda H, Mehdaouia A
11. **Polysérite et myocardite lupique chez l'homme : à propos d'un cas** 68-73
Acho JK, Touré KH, Koné S, Kouassi L, Yapa GSK, Koné F, Kouamé KGR, Gboko KKL, Ouattara B
12. **Un accident vasculaire cérébral ischémique du sujet jeune africain secondaire à une maladie de Takayasu** 74-79
Diouf Mbourou N, Nyanguï Mapaga J, Gnigone P, Allognon C, Mambila G, Saphou MA, Mboumba C, Camara A, Nsounda A, Ongoly S, Limbenga A, Ndao Eteno M, Ondo Apo O, Kouna Ndouongo PH
13. **Goutte tophacée «historique» avec destructions ostéoarticulaires sévères et surinfection d'un tophus : à propos d'un cas** 80-83
Coulibaly AK, Bamba A, Coulibaly Y, Nina Kpami YC, Kouassi Djaha J-M, Diomandé M, Gbané M, Ouattara B, Eti E

SOMMAIRE

ORIGINAL ARTICLES

1. **Comparative study of late-onset rheumatoid arthritis (LORA) and early-onset rheumatoid arthritis (EORA) at the Zinder National Hospital (Niger)** 7-12
Garba AA, Andia AK, Diongolé H, Taofik M, Maman CL, Altine IM, Adam AKI, Daou M, Brah S, Adehossi E
2. **Autoimmune polyglandular syndrome: multicentric study in Ivory Coast** 13-18
Acho JK, Konan N'GM, Danho J, Koné S, Kouassi L, Toure KH, Koné F, Yapa GSK, Ouattara TR, Gboko L, Koffi DP, Abodo JR, Ouattara B
3. **Diagnosis of lower extremity artery disease in patients with coronary artery disease by the ankle-brachial index: a series from the Aristide Le Dantec Hospital in Dakar** 19-24
Diop CMBM, Aw F, Sène MA, Mingou JS, Sarr SA, Diouf Y, Ndiaye PG, Diop KR, Diallo SD, Akanni S, Ndiaye M, Ibouroi H, Guèye K, Niang T, Ba AB, Bodian M, Ngaide AA, Dioum M, Lèye MM, Afflangla DA, Mbaye A, Kane A, Kane A, Ndiaye MB, Diao M
4. **Epidemiological, therapeutic and monitoring profile of type 2 diabetic patients on oral antidiabetics in Lome** 25-30
Tchamdja T, Djalogue L, Kaaga LY, Kodjo K, Mossi KE, M'bortché BK, Awalou DM, Balaka A
5. **Prevalence of dyslipidemia in patients with type 2 diabetes in Bouaké, Côte d'Ivoire** 31-37
Koné F, Danho J, N'guessan YAA, Acho JK, Touré KH, Koné S, Kouassi L, Kouamé KGR, Touré YL, Yapa GSK, Gboko KKL, Sako K, Abodo JRF, Ouattara B
6. **Factors associated with death in hospitalization in hepatocellular carcinoma on cirrhosis in Bouake CHU (Ivory Coast)** 38-43
Koffi KOC, Kouamé HGD, Aké AF, Koné A, Brou SJM, Ahmadou OD, Assohou HE, Diakité M, Okon AJB, Ouattara B
7. **Strokes in elderly: epidemiological and prognostic features** 44-50
Tanoh MA, Traoré AB, Kadjo CV, Agbo C, Aka AD, Offoumou D, Tanoh C, Ehounoud CY, Diarra EA, Berthé A
8. **Assesment of the socio-professional reintegration of vascular hemiplegia followed in rehabilitation** 51-57
Seri SL, Bombo JM, Gnazebo A, Kaba A, Kouadio ESJ, Oka AN, Manhan-Coffie B, Manou B
9. **Résultats préliminaires sur les aspects socio-démographiques et cliniques de la population âgée vivant à domicile à Niamey (Niger)** 58-62
Andia A, Sani M, Garba K, Daou M, Brah S, Adehossi E

CASES REPORTED

10. **Neurosarcoidosis revealing multivisceral sarcoidosis: case report and review of the literature.** 63-67
Ounteini Abassea M, Souleymane B, Daoud M, Salifou Y, Adohe KS, Devina E, Mahmouda H, Mehdaouia A
11. **Polyseritis and lupus myocarditis in men: a case report** 68-73
Acho JK, Touré KH, Koné S, Kouassi L, Yapa GSK, Koné F, Kouamé KGR, Gboko KKL, Ouattara B
12. **Ischemic stroke young african caused by Takayasu disease** 74-79
Diouf Mbourou N, Nyangui Mapaga J, Gnigone P, Allognon C, Mambila G, Saphou MA, Mboumba C, Camara A, Nsounda A, Ongoly S, Limbenga A, Ndao Eteno M, Ondo Apo O, Kouna Ndouongo PH
13. **Historic tophaceous gout with severe osteoarticular destruction and superinfection of a tophus: about a case** 80-83
Coulibaly AK, Bamba A, Coulibaly Y, Nina Kpami YC, Kouassi Djaha J-M, Diomandé M, Gbané M, Ouattara B, Eti E



Evaluation de la réinsertion socioprofessionnelle des hémiplegiques vasculaires suivis en rééducation

Assesment of the socio-professional reintegration of vascular hemiplegia followed in rehabilitation

Seri SL¹, Bombo JM², Gnazebo A³, Kaba A¹, Kouadio ESJ¹, Oka A N¹, Manhan-Coffie B¹, Manou B³

¹Service de Médecine Physique et de Réadaptions CHU de Bouaké (Côte d'Ivoire)

²Service de Médecine Physique et de Réadaptation CHU de Angré (Côte d'Ivoire)

³Service de Neurologie CHU de Bouaké (Côte d'Ivoire)

Auteur correspondant : Dr Serge Landry SERI

Résumé

Introduction : Les personnes en situation de handicap en général et les hémiplegiques vasculaires en particulier rencontre des difficultés de réinsertions en Côte d'Ivoire. Le but de ce travail était d'évaluer la réinsertion sociale et professionnelle des hémiplegiques vasculaires.

Matériels et méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective des dossiers colligés de patients hémiplegiques vasculaires. Répondant à nos critères d'inclusion. Elle a été Couplée à une étude transversale portant sur les patients des dossiers retenus. Les données sociodémographiques, économiques, cliniques ainsi que la qualité estimée de la réinsertion sociale et professionnelle ont été analysées.

Résultats : Nous avons colligé 246 dossiers de patients victimes d'AVC et 112 patients répondaient aux critères d'inclusion. La moyenne d'âge des patients était de 48 ans \pm 9,8 ans. La cellule familiale avait été conservée dans 100% des cas. Plus de la moitié des patients (57%) estimaient leur réintégration sociale complète. Cette réinsertion sociale avait été influencée par le niveau d'instruction élevé ($p=0,000$) l'occupation d'un poste administratif ($p=0,001$), le niveau d'autonomie meilleur avant la rééducation ($p=0,000$) par la conservation de la capacité de communication ($p= 0,000$) et par la régularité aux séances de rééducation ($p=0,000$). Parmi les 39.2% patients qui ont perdu leur emploi, la reconversion n'a été possible que dans 22.7% des cas.

Conclusion : Les conséquences fonctionnelles des AVC impactent la vie socioprofessionnelle des patients. Dans notre série, la réintégration socioprofessionnelle était plus difficile pour les commerçants et les ouvriers.

Mot clés : AVC - Hémiplegie - Rééducation - Réinsertion.

Summary

Introduction: People with disabilities in general and vascular hemiplegics in particular face difficulties in reintegrating into Côte d'Ivoire. The aim of this work was to assess the social and professional reintegration of vascular hemiplegia.

Methods: This was a retrospective study of the records of vascular hemiplegic patients. Meeting our inclusion criteria. It was coupled with a cross-sectional study of patients in the selected cases. Socio-demographic, economic and clinical data as well as the estimated quality of social and professional reintegration were analysed.

Results: We collected 246 records of stroke patients and 112 patients met the inclusion criteria. The mean age of the patients was 48 years \pm 9.8 years. The family unit had been preserved in 100% of cases. More than half of the patients (57%) considered their social reintegration complete. This social reintegration had been influenced by the high level of education $p = 0.000$ the occupation of a post administrative $p = 0.001$, the better level of autonomy before rehabilitation $p = 0.000$ by the retention of the communication capacity $p = 0.000$ and by the regularity at the rehabilitation sessions $p = 0.000$. Of the 39.2% patients who lost their jobs, retraining was only possible in 22.7% of cases.

Conclusion: The functional consequences of stroke impact the socio-professional lives of patients. In our series, socio-professional reintegration was more difficult for shopkeepers and workers.

Keywords: Stroke - Hemiplegia - Rehabilitation - Reintegration.



Introduction

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) constituent la principale cause du handicap acquis de l'adulte [1, 2, 3, 4]. Leur épidémiologie bien que limitée en Afrique subsaharienne montre qu'elle concerne de plus en plus la tranche d'âge de la population active. Outre la problématique des conséquences fonctionnelles, les AVC posent le problème de la réinsertion sociale et du devenir professionnel des victimes. Les données sur la réinsertion professionnelle après AVC en Europe montrent une grande variabilité [5, 6, 7]. Cette variabilité semble bien plus en lien avec les facteurs personnels que les facteurs environnementaux pour lesquels des lois ont été prises et appliquées [8]. L'absence de telles lois et ou de leur application en Afrique subsaharienne en générale et en Côte d'Ivoire en particulier grève le défi de réinsertion des patients suivis en rééducation. Cette étude vise à contribuer à la collecte des données sur la réinsertion socioprofessionnelle des patients victimes d'AVC en Côte d'Ivoire.

Méthodologie

Type, période et cadre d'étude

Il s'agissait d'une étude rétrospective, des dossiers colligés de patients hémiparétiques suivis dans le service de médecine physique et de réadaptation du CHU de Cocody et de Bouaké de Janvier 2020 à décembre 2022. Elle a été couplée à une enquête transversale sur les patients dont les dossiers avaient été retenus

Pour l'étude rétrospective :

Critères d'inclusion :

- Présence du compte rendu radiologique confirmant l'AVC
- Patients ayant une profession mentionnée dans le dossier

Critères de non inclusion :

- Absence d'informations sur les capacités fonctionnelles à l'admission

Variables recueillies et analysées

- Variables sociodémographiques : le sexe, l'âge, le niveau d'instruction, la profession avant la maladie,
- Variables cliniques : la latéralité, la cause de l'hémiplégie, la date de survenue, le délai de prise en charge en rééducation, les déficiences, le niveau d'autonomie.
- Variables thérapeutiques : le nombre de séances prescrits, la fréquence des séances réalisées

Pour l'étude transversale

L'échantillon a été constitué de tous les patients hémiparétiques dont les dossiers ont été retenus sur l'étude rétrospective

Critères d'inclusion

Patients ;

- dont le contact téléphonique était actif ;
- parlant le français ;
- capables de communiquer et de comprendre.

Critères de non inclusion :

- Dossiers de patients qui n'ont pas suivi de séances de rééducation fonctionnelle

Variables recueillies et analysées

- *Variables socioéconomiques* : la situation matrimoniale, le niveau de revenu
- *Variables thérapeutiques* : la régularité aux séances, la durée de rééducation, le respect des règles d'hygiène,
- *Variables sociales* : l'aménagement du domicile, le changement du domicile, la cellule familiale, la communication avec le milieu extérieur, la qualité estimée de la réintégration sociale.
- *Variables professionnelles* : conservation du poste de travail, aménagement du poste, charge de travail, perte de l'emploi, reconversion de l'emploi.

Procédure

L'étude rétrospective a consisté au dépouillement des dossiers avec recueil des informations sur une fiche d'enquête. Celle-ci a été complétée d'informations recueillies par un entretien téléphonique directif avec les patients. Les différentes professions ont été catégorisées comme suit : élève-étudiants, ouvriers, commerçants, technicien et administratif. Les revenus ont été catégorisés en revenu *faible* pour moins de 100 000 FCFA par mois, *moyen* entre 100 000 FCFA à 500 000 FCFA et *élevé* pour plus de 500 000 FCFA.

Analyse statistique

Pour les variables quantitatives, nous avons calculé les moyennes et dérivations standards. Pour les variables qualitatives nous avons apprécié les proportions et les fréquences. Le test paramétrique du chi-deux carré et le test exact de Fischer nous a permis d'évaluer l'association entre les variables catégorielles brutes. Le test non paramétrique de Kruskal-Wallis nous a permis d'évaluer l'association entre les variables ordinales. L'association évaluée était entre la qualité estimée de réinsertion sociale et des paramètres socioprofessionnels et cliniques.

Considération éthique

Les participants ont été informés du caractère confidentiel des données recueillies. Un consentement éclairé a été obtenu pour chaque participant.



Résultats

Caractéristiques sociodémographiques

Nous avons colligé 246 dossiers de patients victimes d'AVC et 112 patients répondaient aux critères d'inclusion. La moyenne d'âge des patients était de 48 ans \pm 9,8 ans avec des extrêmes de 24 ans et de 65 ans. Soixante-onze pour cent (71%) des patients vivaient en couple. Les professions du secteur

primaire (commerçant, ouvrier) étaient les plus représentées (n=70 ; 51,8%). La majorité des patients était issue de la classe moyenne avec un revenu compris entre 200 000 FCFA et 500 000 FCFA dans 30,36% des cas. Les caractéristiques socioprofessionnelles et économiques sont résumées dans le tableau I.

Tableau I : caractéristiques socioprofessionnelles et économiques

Paramètres sociodémographiques		Effectifs	Proportions (%)
Tranche d'âge	[18-25[	2	1,78
	[25-45[	32	28,57
	[45-65[	78	69,65
Sexe	Masculin	62	55,35
	Féminin	50	44,65
Niveau d'instruction	Non scolarisé	8	7,1
	Primaire	18	16,1
	Secondaire	22	19,7
	Supérieur	64	57,1
Situation matrimoniale	En couple	80	71,5
	Vit seul	32	28,5
Profession	Commerçant	30	26,8
	Ouvrier	28	25
	Technicien	12	10,7
	Cadre moyen	26	23,2
	Cadre supérieur	16	14,3
Revenus (FCFA)	Mois de 100 000	34	30,36
	] 100 000 ; 200 000]	24	21,43
	] 200 000 ; 500 000]	34	30,36
	Plus de 500 000	20	17,85

Les caractéristiques cliniques

Parmi les patients, 70 (62,5%) ont été victimes d'un AVC ischémique. Seuls 50% des patients étaient autonomes dans les activités basiques de la vie quotidienne à leur admission en rééducation.

Caractéristiques thérapeutiques

Trente et huit pour cent (38%) des patients avait été dans le circuit de prise en charge pendant plus de 6 mois, 39% entre 3 et 6 mois et 23% pendant moins de 3 mois. Quant à la régularité aux séances de rééducation, 61% des patients étaient réguliers. Trente-neuf pourcent (39%) des patients estimaient arriver à respecter les consignes d'auto rééducation du kinésithérapeute.

La réinsertion socioprofessionnelle

Un patient disait avoir réalisé un aménagement de son domicile. Le tableau II résume les caractéristiques de la réintégration socioprofessionnelle. Plus de la moitié des patients (57%) estimaient leur réintégration sociale complète. En analyse univariée, il existait un lien statistique entre la qualité estimée de réinsertion sociale et les paramètres suivants : le niveau d'instruction élevé ($p=0,00000$), la catégorie professionnelle ($p= 0,0013$), la capacité de communication $p=0,00000$, le niveau d'autonomie meilleur avant la rééducation ($p=0,00000$), la régularité aux séances de rééducation ($p=0,00000$). Les tableaux III et IV résument l'étude d'association



entre les paramètres sociodémographiques, professionnelle et la qualité de la réinsertion.

Tableau II : caractéristiques de réintégration socioprofessionnelle

Caractéristique de réintégration socioprofessionnelle		Effectifs	Proportions (%)
Aménagement du domicile	Oui	1	0.9
	Non	111	99.1
Changement de domicile	Oui	6	5.4
	Non	106	94.6
Conservation du couple	Oui	80	100
	Non	0	0
Capacité estimée de communication	Normal	82	73.2
	Difficile	30	26.8
Niveau auto-estimé de réintégration sociale	Faible	12	10.7
	Partielle	36	32.15
	Complet	64	57.15
Perte d'emploi	Oui	44	39.2
	Non	68	60.8
Aménagement du poste de travail	Oui	36	53
	Non	32	47
Charge de travail	Normal	50	73.5
	Difficile	18	26.5
Reconversion	Oui	10	22.7
	Non	34	77.3

Tableau III : Etude de l'association entre les paramètres sociodémographiques et la qualité estimée de réinsertion.

Paramètres sociodémographiques		Qualité estimée de réinsertion			Seuil de significativité
		Faible	Moyenne	Complète	
Sexe	Homme	8	26	28	$p=0,016138$
	Femme	4	10	36	
Tranche d'âge	18-25	0	2	0	$p=0,117898$
	25-45	4	6	22	
	45-65	8	28	42	
Niveau scolarité	Non scolarisé	6	2	0	$p=0,000000$
	Primaire	4	6	8	
	Secondaire	2	12	8	
	Supérieur	0	16	48	
Catégorie professionnelle	Etudiant	0	0	4	$p=0,001312$
	Ouvrier	8	8	12	
	Commerçant	4	10	12	
	Technicien	0	8	4	
	Administratif Cadre moyen	0	6	20	
	Administratif Cadre supérieur	0	4	12	
Statut matrimonial	En couple	10	26	44	$p=0,585834$
	Vit seul	2	10	20	
Niveau de revenu	Faible	6	16	12	$p=0,015683$
	Moyen	6	16	36	
	Elevé	0	4	16	



Tableau IV : Etude de l'association entre les paramètres cliniques et la qualité estimée de réinsertion.

Paramètres cliniques et thérapeutiques		Qualité estimée de réinsertion			Seuil de significativité
		Faible	Moyenne	Complète	
Déficit cognitif	Oui	0	10	14	$p=0,126049$
	Non	12	26	50	
Capacités de communication	Normal	2	16	64	$p=0,000000$
	Difficile	10	20	0	
Autonomie avant rééducation	Autonome	0	10	46	$p=0,000000$
	Aide continue	6	12	4	
	Aide partielle	0	8	12	
	Dépendances totale	6	6	2	
Durée de la PEC	< 3mois	2	12	12	$p=0,005283$
	3mois à 6 mois	10	10	24	
	>6 mois	0	14	28	
Régularité aux séances	Oui	0	14	54	$p=0,000000$
	Non	12	22	10	

Discussion

Même si notre moyenne d'âge (48 ans) aurait pu être influencée par le fait que notre étude portait sur la classe de la population active, cet âge appartenait à la classe où il existait une augmentation relative de l'incidence des AVC en Afrique [9]. Au Sénégal, une étude rapportait une moyenne d'âge plus élevée (60 ans) [10].

La prédominance masculine dans notre étude était conforme aux données de la littérature qui rapportaient une prédominance masculine dans les AVC en Afrique subsaharienne [2, 6] comme en occident [11]. La proportion de patients qui étaient en couple était sensiblement égale à celle retrouvée dans des séries d'Afrique subsaharienne [6, 10]. Dans notre série, la survenue de l'AVC n'avait pas entraîné une séparation du couple, et le fait d'être en couple n'était pas un facteur déterminant de la qualité de réinsertion auto-estimé par les patients $p=0,58$. La majorité des parents était alphabétisée ($n=104$; 92%). L'UNESCO [12] estimait déjà en 2015 que le taux d'alphabétisation en Côte d'Ivoire avait passé la barre des 50%. Ce qui avait facilité l'enquête téléphonique en langue française. Les commerçants et les ouvriers représentaient 73% de la population de notre étude. Cela concordait bien avec le type d'emploi prédominant dans les pays en voie de développement [6] et justifiant que la majorité des patients avait un revenu catégorisé de *moyen*.

La prédominance des AVC ischémiques était conforme aux observations dans la littérature qui rapportait à des proportions différentes leur constante prédominance [6, 10, 13, 14, 15]. Le caractère de notre étude ne nous avait pas permis d'identifier clairement la nature des troubles cognitifs constatés initialement. En dehors des troubles du langage, lorsqu'ils existent, les troubles moteurs constituent l'axe principal de la rééducation

bien que les troubles cognitifs puissent contribuer de manière exclusive à la limitation fonctionnelle du patient [16, 17]. Dans l'ignorance de leur nature initiale, il n'existait pas de lien entre la présence de troubles cognitifs initiaux et la qualité estimée de la réinsertion des patients ($p=0,355$). L'autonomie constitue le but de toute prise en charge rééducative et garantit la qualité et la sécurité du retour à la vie sociale. Dans notre série, il existait un lien entre l'autonomie meilleure à l'admission en rééducation et la qualité de la réinsertion ($p=0,00024$). La capacité de communication est un facteur important dans l'interaction sociale et dans la qualité de la réinsertion. Il existait un lien entre les difficultés de communication et la qualité estimée de la réinsertion ($p=0,000$). La question du handicap demeure une problématique majeure dans notre contexte. En Afrique subsaharienne, les états n'ont pas encore engagé les réformes législatives et structurelles qui pourraient permettre une réduction de l'influence de l'environnement sur la réinsertion des patients. Ce qui constitue la base de la réadaptation. Dans le cadre des AVC, cette réalité contraint à recevoir les patients, pour la plupart encore très dépendant, directement en communauté à la sortie des hôpitaux [18]. Cette dépendance à domicile sera consommateur de temps et source de bouleversement des familles inaptes à la gestion de tels patients. L'inadéquation entre l'environnement antérieur et l'état fonctionnel nouveau des patients nécessite des aménagements qui n'ont été possibles que chez un seul patient dans notre série. L'impossibilité d'aménagement conduit le plus souvent au changement de domicile qui n'a été possible que chez 3 patients. Ces difficultés constatées sont compatibles avec le niveau de revenu de notre série ou seuls 17,85% ($n=10$) des patients avaient un revenu considéré comme élevé. Nous n'avions pas constaté de lien statistique entre



le niveau de revenu et la qualité de la réinsertion ($p=0.053$). Il existe une disparité, au niveau de la littérature, sur la proportion de reprise professionnelle post-AVC. Une série camerounaise rapportait un taux de 44,86% [6]. Les données en occident rapportaient des taux de reprise d'emploi estimés à 79% en Grande Bretagne [19], 41% en Suède [20] et au Japon, plusieurs études montrent une variation de 30 à 58% de reprise d'activité professionnelle chez les hémiplegiques [21-23]. Au-delà des questions méthodologiques, les facteurs susceptibles d'influencer le retour au travail tournent principalement autour de l'état clinique du patient [24]. Dans notre série plus de la moitié des patients (60,71%) ont pu conserver leur emploi. Cela pourrait tenir de la nature des emplois dans notre échantillon. En effet dans nos constatations, la difficulté de reprise de l'emploi était surtout observée dans le milieu professionnel secondaire qui correspond à celui des ouvriers. Les secteurs primaires (commerçant) et tertiaires (administratif) offre une plus grande capacité d'adaptation à la nouvelle condition fonctionnelle des patients. L'aménagement du poste de travail a été possible chez 53% de ceux qui avaient conservé leur emploi. Cet aménagement justifiait en partie que la grande majorité des patients estimait normal leur charge de travail. Il a été montré au Japon que les "cols blancs" (l'équivalent du secteur tertiaire) reprenaient plus facilement le travail que les "cols bleus" (secteurs secondaire et primaire) [22]. Nos résultats révèlent que 22,7% (n=10) des patients qui avaient perdu leur emploi (n=44) se sont reconvertis dans un autre domaine. La reconversion est bien souvent la résultante du processus de rééducation qu'on appelle la réadaptation. Celle-ci vise à redonner au patient la place qui lui convient le mieux dans la société, compte tenu de son handicap.

Conclusion

La réinsertion socioprofessionnelle de l'hémiplégie vasculaire constitue un défi majeur pour les soins de rééducation. Ce défi est d'autant plus grand que les pays subsahariens en général et la Côte d'Ivoire en particulier ne se sont pas encore dotés de cadre réglementaire pour la faciliter. Le niveau élevé d'instruction, la capacité de communication et l'autonomie meilleure avant la rééducation sont les facteurs qui influencent significativement la réinsertion.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

1. N'goran YNK, Traore F, Tano M, Kramoh KE, Anzouan Kakou JB, Konin C, Aspects épidémiologiques des accidents vasculaires cérébraux (AVC) aux urgences de l'institut de cardiologie d'Abidjan (ICA). *Pan African Medical Journal* 2015 ; 21 : 160
2. Sagui E. Les accidents vasculaires cérébraux en Afrique subsaharienne, 2007. *Med Trop* ; 67(6) : 596-600
3. Feigin VL, Lawes CM, Bennett DA et al Worldwide stroke incidence and early case fatality reported in 56 population-based studies: a systematic review. *Lancet Neurol* 2009; 8: 355-69
4. Mukherjee D, Patil CG, Epidemiology and the global burden of stroke. *World Neurosurg* 2011; 76: S85-90
5. Bergmann H, Kusthmann M, Ungern-Sternberg AV et al. Medical educational and functional determinants of employment after stroke. *J Neural Transm* 1991; 33: 157-61
6. Owona Manga LJ, Ayelo P, Samuel Mandengue SH et al Réinsertion socio-professionnelle après AVC à Yaoundé 2019 ; *Arch des Mal prof et de l'environnement* 2019 ; 81 : 31- 39
7. Busch MA, Coschall C, Heusmann PU et al. Sociodemographic differences in return to work after stroke: the south London stroke register (SLSR). *J Neural NeuroSurg Psychiatry* 2009; 80: 888-7
8. Légifrance Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées consulté le [29/07/2023] disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000333976>
9. Adeloye D. An Estimate of the Incidence and Prevalence of Stroke in Africa: A Systematic Review and Meta-Analysis, *PLoS ONE* 2014; 9(6): e100724
10. Dadah SML, Basse AM, Sene MS et al. Qualité de vie après un accident vasculaire cérébrale au Sénégal: à propos de 50 cas. *Afr J Neurol Sc* 2013 ; 32 : 24-9
11. Alan S. Go, Dariush M, Véronique L et al. Executive Summary: Heart Disease and Stroke Statistics-2014 Update *Circulation* 2014; 129: 399
12. Educational for All Global Monitoring report. 2015 ; 140.



13. Mapoure YN et al. Stroke epidemiology in Douala: three years prospective study in a teaching hospital in Cameroon. *World J Neurosci* 2014; 4: 406-14
14. Norlander et al. Long-term predictors of social and leisure activity 10 years after stroke *Plos ONE* 2016; 11(2): e0149395
15. Vestling, Tuffverson, Indicator for return to work after stroke. *Neural psychiatric*, 2003; 35: 127-31
16. Datie A-M, Seri SL, Diomande G et al. Troubles neuropsychologiques de l'hémiplégie vasculaire gauche : évaluation et impact sur la rééducation. *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-Fac* 2011 ; 18 : 49-58
17. Seri SL, Bombo J, Kouakou Kj, Traore Bs, N'guessan Kg, Tano M, Faton Ad, Alloh Ad, Manou B, Nandjui Mb. Troubles cognitifs : problématique d'évaluation et impact en rééducation. *Revue internationale des sciences médicale*, 2016 ; 18 : 132-18
18. Daté AM, Bony KE, Diomandé G, Ouattara S, Datié-Bla AE, Kouassi B. Fin de séjour hospitalier et les conditions du retour à domicile de l'hémiplégique vasculaire à Abidjan (Côte d'Ivoire) : problèmes et opportunités. *J Reapt Med* 2011 ; 31 : 65-70
19. Busch MA, Coschall C, Heusmann PU et al. sociodemographic differences in return to work after stroke: the south London stroke register (SLSR). *J Neural NeuroSurg Psychiatry* 2009; 80: 888-7
20. Norlander, Emma Carlstedt 1, Ann-Cathrin Jönsson et al. Long-term predictors of social and leisure activity 10 years after stroke. *Plos ONE* 2016; 11(2): e0149395
21. Hsich CL, Lee MH. Factors influencing vocational outcomes following stroke in Taiwan: a medical centre-based study. *Scand J Rehabil med*, 1997; 29: 113-20
22. Saeki S, Ogata H, Okubo T et al. Factors influencing return to work after stroke in Japan. *Stroke*, 1993; 24; 1182-5
23. Morris Reg. The psychology of stroke in young adult, the role of service provision and return to work in stroke research and treatment. *Stroke Res Treat*. 2011; 2011: 534812
24. Vestling, Tuffverson, indicator for return to work after stroke. *Neural Psychiatric*, 2003; 35: 127-31