

PUBLICATION 02

<p>[GNONLONFOU D. ADJEN C., OSSOU-Nguet PM, MAPOURE Y. SISSOKO A. Wouton G. KPADONOU T., HOUINATO D., AVODE DG]</p>	<p>[Facteurs associés à la qualité de vie des aphasiques post- accidents vasculaires cérébraux en milieu hospitalier à Cotonou,]</p>	<p>[Mali Médical]</p>	<p>[32 (2) :27-34]</p>	<p>[2017]</p>
---	--	-----------------------	------------------------	---------------

[Skip to main content](#)



Mali Médical

La revue Mali Médical est mise en ligne par le personnel de EHP. Si vous ne pouvez pas aller au Mali, alors nous vous apportons

Main menu

- [Numero Courant](#)
- [Archives](#)
- [Information aux auteurs](#)
- [Siège Social](#)
- [Comité Scientifique](#)
- [Ressource](#)
- [Contactez-nous](#)

Error message

Deprecated function: Methods with the same name as their class will not be constructors in a future version of PHP; nodequeue_queue has a deprecated constructor in *include_once()* (line 1105 of */homepages/4/d356883459/htdocs/journal2/includes/bootstrap.inc*).

Comité Scientifique

Mali Médical Staff

Directeur Général	Pr. Toumani SIDBE
Directeur Adjoint	Pr. Dapa Ali DIALLO
Secrétaires Généraux	Pr. Flabou BOUGOUDO Pr. Moussa Youssoufa MAIGA Pr. Siaka SIDIBE
Trésorier Général	Dr. TRAORE Mariam SYLLA
Trésorier Adjoint	Dr. Ibrahim I. MAIGA

Comité de Redaction

SIDIBE Toumani	SIDIBE Siaka
----------------	--------------

DIALLO Dapa Ali

TRAORE Mariam SYLLA

BOUGOUDOGO Flabou

MAIGA Ibrahim Izétiégouma

MAIGA Moussa Youssoufa

Comité de Lecture

1. National

1.1. Chirurgie et spécialités chirurgicales

BAH Aliou - Bamako, Mali

SALL Bocar - Bamako, Mali

TRAORE Mamadou Lamine - Bamako, Mali

DEMBELE Mamadou - Bamako, Mali

KOUMARE Abdel Karim - Bamako, Mali

SOUMARE Sambou - Bamako, Mali

TOURE Abdou Alassane - Bamako, Mali

OUATTARA Kalilou - Bamako, Mali

DOLO Amadou Ingré - Bamako, Mali

SANGARE Djibril - Bamako, Mali

TRAORE Abdel Kader di Diop - Bamako, Mali

AG MOHAMED Alousseyni - Bamako, Mali

DIALLO Abdoulaye - Bamako, Mali

DIALLO Gangali - Bamako, Mali

DIALLO Abdoulaye - Bamako, Mali

DIOMBANA Mamadou Lamine - Bamako, Mali

1.2. Médecine et spécialités médicales

SANGARE Souleymane - Bamako, Mali

TOURE Mohamed - Bamako, Mali

DIALLO Ali Nouhoum - Bamako, Mali

GUINDO Ali - Bamako, Mali

AG RHALY Abdoulaye - Bamako, Mali

TOURE Mamadou Koureissi

MAIGA Mahamane Khalil - Bamako, Mali

KOUMARE Baba - Bamako, Mali

TRAORE Moussa - Bamako, Mali
TRAORE Issa - Bamako, Mali
KEITA Mamadou Marouf - Bamako, Mali
TRAORE Hamar Alassane - Bamako, Mali
SIDIBE Toumani - Bamako, Mali
KEITA Bah - Bamako, Mali
DIALLO Boubacar - Bamako, Mali
DIALLO Dapa Ali - Bamako, Mali
KEITA Sominta - Bamako, Mali
MAIGA Moussa Youssoufa - Bamako, Mali
TRAORE Abdel Kader - Bamako, Mali
PICHARD Eric - Bamako, Mali
SIDIBE Siaka - Bamako, Mali

1.3. Santé Publique, Sciences fondamentales et pharmaceutiques

FOFANA Yaya - Bamako, Mali
KOUMARE Mamadou - Bamako, Mali
SIMAGA Sidi Yaya - Bamako, Mali
BALIQUE Hubert - Bamako, Mali
MAIGA Moussa A - Bamako, Mali
DIALLO Daouda - Bamako, Mali
KOUMARE Bréhima - Bamako, Mali
BAYO Siné - Bamako, Mali
KANOUTE Gaoussou - Bamako, Mali
TOURE Yaya Tiémoko - Bamako, Mali
DIALLO Amadou - Bamako, Mali
HARAMA Moussa - Bamako, Mali
DOUMBO Ogobara - Bamako, Mali
DEMBELE Yiénimégué Albert - Bamako, Mali
TOUNKARA Anatole - Bamako, Mali
BOUGOUDOGO Flabou - Bamako, Mali

TOURE Amadou - Bamako, Mali

CISSE Boubacar Sidiki - Bamako, Mali

KEITA Arouna † - Bamako, Mali

DOUMBIA Ousmane - Bamako, Mali

2. International

2.1. Chirurgie et spécialité chirurgicale

BAGAN Kémoko Osséni - Cotonou, Bénin

ROUX Constant - Abidjan, Côte d'Ivoire

HOUNKPE Célestin - Cotonou, Bénin

NDIAYE Charlotte Faty - Dakar, Sénégal

AGBOTON Hippolyte - Cotonou, Bénin

MIGNONSIN David - Abidjan, Côte d'Ivoire

2.2. Médecine et spécialités médicales

KODJOH Nicola - Cotonou, Bénin

CAMARA Benoît Mathieu - Abidjan Côte d'Ivoire

GONSU Joseph Fostin - Yaoundé, Cameroun

JUIMO Alain Georges - Yaoundé, Cameroun

N'DAKENA Koffi - Lomé, Togo

BADIANE Moussa - Dakar, Sénégal

OUATTARA Noël Dilaï - Abidjan, Côte d'Ivoire

BOCO Vicentia - Cotonou, Bénin

DIOUF Sémou Mahécor - Dakar, Sénégal

ADOH Adoh Michel - Abidjan, Côte d'Ivoire

LOKROU Adrien - Abidjan, Côte d'Ivoire

DANGUY AKA KOUASSI Elisabeth - Abidjan, Côte d'Ivoire

2.3. Santé publique, Sciences fondamentales et pharmaceutiques :

BALDE Mamadou Aliou - Conakry, Guinée

BASSENE Emmanuel - Dakar, Sénégal

BOUREE Patrick - Paris, France

JAFFRE Yanick - Marseille, France

- 
- 
- 
- 

Search form

Search...

Share this article:

-  [Twitter](#)
-  [Facebook](#)
-  [LinkedIn](#)
-  [Google+](#)

User login

Log in using OpenID

[What is OpenID?](#)

Username *

Password *

- [Log in using OpenID](#)
- [Cancel OpenID login](#)
- [Create new account](#)
- [Request new password](#)

[Numero Courant](#) | [Archives](#) | [Information aux auteurs](#) | [Siège Social](#) | [Comité Scientifique](#) | [Ressource](#) | [Contactez-nous](#)

©Copyright 2014, *Mali Medical Journal*

FACTEURS ASSOCIES A LA QUALITE DE VIE DES APHASIQUES POST ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL EN MILIEU HOSPITALIER A COTONOU, BENIN

Associated factors with quality of life patients with post stroke aphasia in hospital in cotonou, Benin

Gnonlonfoun D¹, Adjien C¹, Ossou-Nguiet PM², Mapoure Y³, Sissoko A⁴, Wouton G⁵, Kpadonou T⁵, Houinato D¹, Avode DG¹.

1 : Service de Neurologie du CNHU-HKM de Cotonou, BENIN ; 2 : Service de Neurologie du CHU Brazzaville, CONGO ; 3 : Service de Neurologie du CHU de Douala, CAMEROUN ; 4 : Service de Neurologie du CHU point G de Bamako, MALI ; 5 : Service de Rééducation du CNHU-HKM de Cotonou, BENIN

Auteur Correspondant : Dr GNONLONFOUN Dieu donné, Service de Neurologie du CNHU-HKM de Cotonou, 03 BP 2828, Cotonou, République du BENIN. Email : dignon2002@yahoo.fr Tel : +229 95059677 / +229 96533895

RESUME

Introduction : L'objectif de ce travail était de déterminer les facteurs influençant la qualité de vie des patients aphasiques post-AVC suivis à Cotonou. **Méthode :** Il s'agit d'une étude transversale, prospective descriptive et analytique qui s'est déroulée au CNHU-HKM de Cotonou d'Octobre à Décembre 2012 ; elle a inclus les patients aphasiques post-AVC d'au moins six mois. Pour chaque patient, un questionnaire SIP-65 a été administré. Le logiciel Epi info 3.5 a servi de base à l'analyse des données. Une analyse multivariée a été effectuée pour déterminer les facteurs associés à la qualité de vie des aphasiques. **Résultats :** Au total, 41 patients ont été inclus dans l'étude avec une sex-ratio de 1,3. L'âge moyen était de 55,3 ± 2,5 ans. La durée moyenne d'évolution de l'aphasie était 10 mois. L'aphasie de Broca était prédominante (68,3%). 60,8% des aphasiques avaient une qualité de vie préservée. L'analyse multivariée a montré que l'âge, le soutien de la famille, le type d'AVC et d'aphasie et le traitement orthophonique étaient associés à la qualité de vie. **Conclusion :** La prise en charge des aphasiques post-AVC doit intégrer ces facteurs associés à la qualité de vie pour une meilleure récupération des patients. **Mots clés :** Aphasie, AVC, Qualité de vie, Cotonou

ABSTRACT

Introduction: The objective of this study was to determine the factors influencing life quality of patients with aphasia after stroke followed in Cotonou. **Method:** A prospective descriptive and analytic cross-sectional study, held in Cotonou CNHU-HKM from October to December 2012. It included patients with aphasia after stroke at least six months. For each patient, a questionnaire SIP-65 was administered. Epi Info 3.5 was used as the basis for data analysis. A multivariate analysis was performed to determine factors associated with quality of life with aphasia. **Results:** In total, 41 patients were included with a sex ratio of 1.3. The average age was 55.3 ± 2.5 years. The mean duration of aphasia was 10 months. Broca's aphasia was predominant (68.3%). 60.8% of aphasia had a quality of life preserved. Multivariate analysis showed that age, family support, the type of stroke and aphasia and speech therapy were associated with quality of life. **Conclusion:** The treatment of post-stroke aphasia must incorporate these factors associated with quality of life for a better recovery of patients. **Keywords:** Aphasia, stroke, quality of life, Cotonou

INTRODUCTION

L'aphasie, l'une des conséquences d'un accident vasculaire cérébral (AVC), consiste en une incapacité à comprendre, à formuler le langage ou l'association des deux. Elle représente un trouble multimodal, qui inclut des perturbations de la compréhension auditive, de la lecture, du langage expressif oral ou écrit [1,2]. Devant les répercussions sociales, familiales et psychologiques qu'elle engendre, de nombreux outils se sont développés à travers l'orthophonie [3]. Ces outils ou techniques peuvent aider le sujet, quel que soit le degré de sévérité de son aphasie, à retrouver la capacité de communiquer avec son environnement, à maintenir ou au mieux, à restaurer sa qualité

de vie (QDV) [4]. Si plusieurs études se sont réalisées sur les AVC au Bénin, aucune d'entre elles ne s'est penchée spécifiquement sur les aphasies post-AVC. C'est pourquoi cette étude a été initiée et vise à déterminer les facteurs associés à la qualité de vie des patients aphasiques post-AVC au Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou.

METHODE

Il s'agit d'une étude transversale, prospective à visée descriptive et analytique qui s'est déroulée du 1er Octobre au 31 Décembre 2012. La population d'étude était composée des patients qui ont eu un AVC et qui ont consulté sur les sites pendant la période d'étude. Il s'agissait d'un échantillonnage

exhaustif de tous les patients AVC répondant aux critères d'inclusion. Être âgé de 18 ans et plus, avoir eu un AVC avec aphasie datant d'au moins 6 mois et avoir au moment de l'inclusion un profil Z-score au test du Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE) supérieur ou égal à la moyenne pour la compréhension orale uniquement. Les patients qui avaient des troubles psychologiques graves associés, tels qu'un état maniaque ou une hystérie; un handicap neurologique trop important ou un score de Rankin modifié supérieur à 3; une démence; ou ayant refusé de donner leur consentement n'étaient pas inclus dans l'étude. L'étude a porté sur 41 patients aphasiques post-AVC.

Le diagnostic d'AVC était retenu sur la base de la clinique et la réalisation d'une tomodensitométrie cérébrale (ischémie ou hémorragie). Pour les patients n'ayant pas bénéficiés de scanner cérébrale, le caractère vasculaire de la lésion était considéré à partir des éléments de l'interrogatoire du patient ou de son entourage, devant la brutalité du déficit neurologique et son caractère stable ou l'absence d'amélioration depuis le début des symptômes; ces AVC étaient classés non déterminés. Pour chaque malade, le questionnaire *Sickness Impact Profile* ou SIP-65 a été administré. Il s'agit d'un questionnaire composé de 11 items en rapport avec les activités de vie quotidienne; chaque item a été renseigné par une réponse vraie (V) ou fausse (F), non évaluable ou ne sais pas (NE), le score étant $V / (V+F)$. Pour les patients ne comprenant pas le français, une traduction littérale en langue locale a été faite. Plus il y a de réponses vraies, plus mauvaise est la qualité de vie du sujet.

Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire comprenant les données sociodémographiques et cliniques et les 11 items du questionnaire SIP-65. Les variables étudiées étaient les suivantes :

Variable dépendante : la qualité de vie des aphasiques. En effet, la QDV est mauvaise lorsque le sujet répond par « vrai » à plus de la moitié du questionnaire SIP-65. Elle est bonne lorsque le sujet répond par « faux » à plus de la moitié du questionnaire SIP-65.

Variables indépendantes : le sexe (masculin et féminin), l'âge, la profession (revendeurs /commerçants, artisans, ménagères, soignants, les cadres, militaires/paramilitaires, retraités), le nombre d'enfants à charge, le soutien des autres membres de la famille (régulier, peu, ou aucun soutien), le statut matrimonial (célibataire, marié/concubin, veuf, divorcé), le mode d'habitation (propriétaire, locataire, hébergé, sujets vivants dans les maisons familiales), le revenu mensuel (« faible » lorsque le revenu est inférieur à 2 fois

le SMIG, « moyen » lorsque le revenu est entre 2 fois et 5 fois le SMIG, « élevé » lorsque le revenu est supérieur 5 fois le SMIG), la latéralité (droite, gauche), le niveau d'instruction (non instruit, primaire, secondaire, universitaire), le type d'AVC (ischémique, hémorragique, non déterminé), le type d'aphasie (Broca, Wernicke, conduction, transcorticale, mixte), le côté déficitaire, le score de Rankin, les différents traitements reçus.

Le traitement et l'analyse des données ont été effectués à l'aide du logiciel *Epi info* version 3.5; L'analyse statistique a consisté au calcul des différents pourcentages et moyennes des variables. Les comparaisons de fréquences ont été effectuées à l'aide du test de χ^2 ou le test exact de Fischer selon le cas : une analyse univariée pour la détermination des facteurs associés de façon indépendante à la QDV. Pour l'analyse multivariée une régression linéaire multiple a été utilisée en procédant à des itérations successives de type pas à pas descendant et en y introduisant simultanément toutes les variables significativement associées à la QDV en analyse univariée. Nous avons ainsi écrit et déterminé un modèle final de l'équation avec le coefficient Bêta, l'erreur standard ainsi que la valeur de p. Cette équation pouvant s'écrire $Q = \beta_0 + \sum \beta_j X_j + \epsilon$ X_j étant des covariables d'intérêt et Q la qualité de vie, β_0 la constante ou l'intercept de la droite. Un $p < 0.05$ a été considéré comme statistiquement significatif. Un consentement éclairé et écrit de chaque patient et ou de son entourage était obtenu après avoir expliqué le but et les modalités de l'étude.

RESULTATS

41 aphasiques post-AVC étaient inclus. La moyenne d'âge a été de $55,3 \pm 2,5$ ans avec des extrême allant de 36 ans à 72 ans. Il y avait 27 hommes (65,9%) contre 14 femmes (34,1%). La sex-ratio était de 1,3. La majorité des patients était mariée (70,7%). Ils avaient en moyenne $3,3 \pm 0,8$ enfants à charge. 61% des patients étaient propriétaires de leur habitation contre 21,9% de locataires. 36,6% avait un soutien régulier de la part des autres membres de la famille. Ils étaient scolarisés à 95,1% avec 46,3% ayant le niveau primaire. Les aphasiques post-AVC étaient majoritairement revendeurs / commerçants (29,4%). Seulement 7,3% des patients avaient un revenu mensuel suffisant. Le reste des caractéristiques socio-démographiques sont résumées dans le tableau I.

Sur le plan clinique, 82,9% des aphasiques étaient droitiers. L'HTA (97,6%) était l'antécédent médical le plus retrouvé. La durée moyenne d'évolution de l'aphasie était de $10,0 \pm 1,2$ mois. L'AVC ischémique prédominait

(58,5%) et l'AVC hémorragique était retrouvé chez 19,5% des patients. Les AVC indéterminés représentaient 22% des patients. Le tableau n°2 montre la répartition des AVC selon le type et la topographie. L'aphasie de Broca était la plus représentée avec une fréquence de 68,3%. La figure n°1 montre les différents types d'aphasie.

34 patients (83%) avaient fait la kinésithérapie avec une moyenne de $35,2 \pm 7,8$ séances variant de 4 à 144 séances, alors que 29 patients (70,7%) avaient reçu un traitement orthophonique avec une moyenne de $12,2 \pm 3,6$ variant de 3 à 50 séances.

Le tableau n°3 résume la répartition des scores du Sickness Impact Profile SIP-65 des patients pour la QDV. D'une façon générale, la plupart des patients ont répondu « faux » à plus de la moitié des questions, sauf pour la communication, la performance professionnelle et les loisirs. Seuls 8 (19,5%) patients ont repris le travail. 14 (34,1%) patients, ont répondu à plus de la moitié des questions par « vrai » ; la plupart cependant ont exprimé leurs difficultés à communiquer et à se distraire. Le score global des patients ayant répondu à plus de la moitié des questions par « vrai » est 164 (39,2%) et ceux ayant répondu à moins ou égal à la moitié équivaient à 254 (60,8%). Le score global de la qualité de vie était de 418. La figure n°2 montre la répartition en fonction de la qualité de vie des patients.

A l'analyse univariée, les facteurs tels que l'âge ($IC_{95\%}=2,03[1,47-6,69]$ $p=0,0007$), le sexe ($IC_{95\%}=1,65[1,13-2,45]$ $p=0,0387$), le mode d'habitation ($IC_{95\%}=1,89[1,61-4,37]$ $p=0,0054$), le soutien des autres membres de la famille ($IC_{95\%}=1,06[1,32-3,94]$ $p=0,0005$), la profession ($IC_{95\%}=0,83[1,06-3,75]$ $p=0,0003$), le type d'AVC ($IC_{95\%}=6,75[1,28-7,18]$ $p=0,0009$), le type d'aphasie ($IC_{95\%}=5,57[1,34-6,56]$ $p=0,0009$) et le traitement orthophonique ($IC_{95\%}=1,10[1,66-4,34]$ $p=0,0001$) étaient associés à la qualité de vie comme le montre le tableau n°4. A l'analyse multivariée (tableau n°5), seuls l'âge ($IC_{95\%}=2,43[1,46-8,21]$ $p=0,0072$), le soutien des autres membres de la famille ($IC_{95\%}=1,65[1,89-5,42]$ $p=0,0001$), le type d'aphasie ($IC_{95\%}=3,07[1,69-6,78]$ $p=0,0006$) et le traitement orthophonique ($IC_{95\%}=2,28[1,51-9,61]$ $p=0,0003$) ressortaient comme facteurs influençant la qualité de vie des patients aphasiques post-AVC.

DISCUSSION

Les patients aphasiques post-AVC ont présenté une qualité de vie plus ou moins préservée. Dans la littérature, comparés aux patients non aphasiques, les aphasiques présentent une mauvaise qualité de vie [5,6]. Dans cette population d'étude composée uniquement d'aphasiques, le pourcentage de ceux ayant répondu « vrai » à chaque item est plus faible

que celui des patients répondant « faux » pour la plupart des items, à l'exception des items de la réflexion, mémoire et concentration où les réponses positives sont proches des négatives. Benaïm et al [7], lors de la validation du SIP-65, ont retrouvé les mêmes résultats pour l'état de fatigue, la dimension physique, l'alimentation, les déplacements avec les proches et l'humeur, dont les pourcentages des « vrai » sont inférieurs à 40% pour la plupart. Ce constat peut s'expliquer par le fait que les aphasiques apprennent graduellement à vivre avec leur handicap comme l'a retrouvé Nätterlund [8]. Les performances physiques constatées lors de l'évaluation au SIP-65, montre l'influence positive de la kinésithérapie sur la récupération motrice, bien que l'aphasie selon Pedersen constitue un obstacle à la rééducation fonctionnelle [9]. Par contre, lors de l'évaluation de la qualité de vie après un accident vasculaire cérébral, Laurtent et al soulignent que les contacts avec les amis, ainsi que la dimension physique et l'humeur du SIP-65 sont altérés [10]. Selon Benaïm [7], les fréquences des occupations à la maison et au jardin et les déplacements à l'extérieur sont respectivement égales à 55% et 50% contre 36,6% et 34,1% dans notre population ; ceci se justifierait par le fait qu'en Afrique, particulièrement au Bénin, il faut malgré les restrictions des capacités fonctionnelles se ménager pour chercher quand même à maintenir son rang social et assumer ses devoirs. Cependant, la majeure partie exprimait leurs difficultés à communiquer (63,4%). Ce résultat est proche de celui trouvé par Ossou-Nguiet et al à Brazzaville [11], par Nätterlund, Dalemans et al [8, 12] ; Mais dans les séries de Nätterlund et Dalemans, les communications téléphoniques courantes des patients étaient réalisées par leurs proches du fait des troubles de la communication. Ces difficultés d'utiliser le téléphone chez les aphasiques ont été également rapportées par Greig et al [13]. Plusieurs patients ont répondu par « vrai » à l'item de loisir de SIP-65. Ce constat a été également rapporté par K. Laurtent lors de l'évaluation de la qualité de la vie après un accident vasculaire cérébral [10]. En ce qui concerne les performances professionnelles, la fréquence des patients ayant repris le travail est inférieure à 20%. Cette faible fréquence est en rapport avec celle trouvée dans les séries d'Aïacha, Nätterlund et Ossou-Nguiet [5, 8, 11], en rapport avec leurs difficultés de communication. Cruice et Nätterlund [6, 8], ont retrouvé des résultats contraires du fait de l'utilisation d'autres échelles et d'une sélection différente des patients.

A l'analyse bivariée, 8 facteurs étaient associés de façon indépendante à la qualité de vie.

Mais l'analyse multivariée a permis de retrouver 4 facteurs qui influencent réellement la qualité de vie chez les patients aphasiques post-AVC. L'influence de l'âge sur la qualité de vie des aphasiques a été statistiquement significative ($p = 0,0007$). Plus l'âge augmente, plus mauvaise est la qualité de vie. Cela serait dû à l'association d'autres comorbidités chez le sujet âgé. Mais dans la littérature, les résultats sont mitigés [14, 15]. Le soutien des autres membres de la famille est également un facteur associé. Les patients aphasiques post-AVC qui ont été soutenus par les autres membres de la famille ont eu une meilleure qualité de vie. En effet, la visite régulière d'un proche, l'instauration d'un dialogue en dépit de sa difficulté à communiquer, le soutien moral et financier améliorent les capacités de communication de l'aphasique, lui donnent l'espoir de vivre, et peuvent même diminuer son humeur dépressive ; toutes ces actions peuvent contribuer à améliorer sa qualité de vie. Notre résultat est similaire à celui de Van der Gaag A. et al [16], qui soulignent que le soutien pour les personnes atteintes d'aphasie améliore leur qualité de vie et leurs compétences de communication. Le soutien de la famille a été également rapporté par Cruice, Kyla Brown et al [6, 17] qui montrent que le soutien des membres de la famille constitue un facteur important pour la restauration du langage. Bien qu'ayant été rapporté que l'aphasie influence la qualité de vie des patients post-AVC [5], il n'a jamais été documenté que le type d'aphasie influence la qualité de vie comme c'est le cas dans cette étude. L'aphasie de Broca a été liée à un bon pronostic parce que la compréhension dans ce type d'aphasie n'est pas altérée ; le patient aphasique de Broca a de bon contact et peut même déduire la logique des choses en l'absence d'autres troubles associés. Le traitement orthophonique a influencé positivement la qualité de vie des aphasiques post-AVC ($p=0,0001$) à Cotonou. Les résultats sont à cet effet contradictoires [5] car selon certains auteurs, l'orthophonie n'a pas toujours d'effets significatifs sur la qualité de vie des patients aphasiques post-AVC. Par contre le résultat auquel nous sommes parvenus a été également signalé par Van der Gaag A, Kyla et Cruice [6, 16, 17]. La qualité de vie du patient aphasique peut s'améliorer de par l'entretien de l'orthophoniste dans le suivi du traitement, la détermination du patient dans l'exécution des exercices qui lui sont donnés, les changements qu'il constate à travers les séances d'orthophonie et surtout la rencontre d'autres patients aphasiques au cabinet d'orthophoniste.

CONCLUSION

La qualité de vie des patients aphasiques post accident vasculaire cérébral est globalement préservée. Néanmoins, elle reste fortement influencée par certains facteurs tels que l'âge, le soutien des autres membres de la famille, le type d'AVC et la rééducation orthophonique. Il serait donc utile d'intégrer dans la prise en charge ces facteurs afin d'obtenir une récupération optimale de ces patients.

REFERENCES

- 1 Wade DT, Hower RL, RM David, Enderby PM. L'aphasie après un AVC: l'histoire naturelle et les déficits associés. *J Neurosurg Psychiatry* 1986; 49:11-16.
- 2 Laffaire B, Larnaudie A, Prugne N, Decosse D, Wirotius JM. La communication avec les personnes aphasiques graves. *J. Réadapt. Méd.* 2001; 21(2) : 54-57.
- 3 Kagan A. Revealing the competence of aphasic adults through conversation: A professionals". *Topics in stroke rehabilitation. La revue de gériatrie* 2001 ; 26 (2) :133-142.
- 4 Sarno MT. Quality of life in aphasia in the first post-stroke year. *Aphasiology* 1997 ; 11: 665-679.
- 5 Aiach P, Baumann M. L'aphasie, principal facteur aggravant du vécu d'un AVC par les proches. *Medicine* 2007; 3(3):130-5
- 6 Cruice M, Worrall L, Hickson L. Health-related quality of life in people with aphasia: implications for fluency disorders quality of life research. *J Fluency Disord* 2010 ; 35:173-89.
- 7 Benaïm C, Pelissier J, Petiot S, Bareil M, Ferrat E, Royer E, Milhau D, Herisson C. Un outil francophone de mesure de la qualité de vie de l'aphasique : le SIP-65. *Ann Readapt Med Phys.* 2003; 46:2-11.
- 8 Nätterlund BS. A new life with aphasia: everyday activities and social support. *Scand J Occup Ther.* 2010; 17:117-29.
- 9 Pedersen PM, Vinter K, Olsen TS. L'aphasie après un AVC: type, la gravité et le pronostic. L'étude de Copenhague aphasie. *Cerebrovasc Dis* 2004 ; 17 : 35-43.
- 10 Laurent K, De Sèze M-P, Dellici C, Kolleck M, Dehail P, Orgogozo J-M, Mazaux J-M. Evaluation de la qualité de vie après accident vasculaire cérébral. *Annals of physical and rehabilitation. Elsevier Med* 2001, 54(6): 376-390.
- 11 Ossou-Nguet PM, Gnonlonfoun D, Bandzouzi B, Mouanga AM, Assogba K, Matali E. Qualité de vie des aphasiques post-AVC à Brazzaville. *African Journal of neurological sciences* 2012; 31(1): 37-42.
- 12 Dalemans R, Witte L, Wade DT, Van dan heuvel WJA. La participation sociale à travers les yeux des personnes atteintes d'aphasie. *Revue internationale des troubles du langage et de la communication* 2009 ; 6 : 1-14.

- 13 Greig CA, Harper R, Hirst T, Howe T, Davidson B. Barriers and facilitators to mobile phone use for people with aphasia. *Top Stroke Rehabil* 2008; 15 : 307-24.
- 14 Sène Diouf f, Mapoure Y, Ndiaye M. Vascular aphasia: clinical, epidemiological and evolutionary aspects. *Dakar Med* 2008; 53(1):68-75.
- 15 Yavuzer G, S Güzelkücüük, Kücükdeveci A, Gök H, Ergin S. Aphasie de réhabilitation chez les patients ayant subi un AVC. *Int J Res Rehabil* 2001 ; 24 (3) :241-4.
- 16 Van der Gaag A, Smith L, S David, Moss B, Cornelius V, S Laing, Mowles C. Thérapie et des services de soutien pour les personnes atteintes à long terme d'accident vasculaire cérébral, l'aphasique et leurs parents. *Clinical rehabilitation* Juin 2005 ; 19(4) : 372-80.
- 17 Kyla Brown, Linda E, Worrall L, Davidson B, Howe T. Vivre avec succès avec l'aphasie: Une méta-analyse qualitative des perspectives des personnes atteintes d'aphasie, les membres de la famille et les orthophonistes. *International journal of speech-langage pathology* avril 2012 ; 14(2) : 141-155.

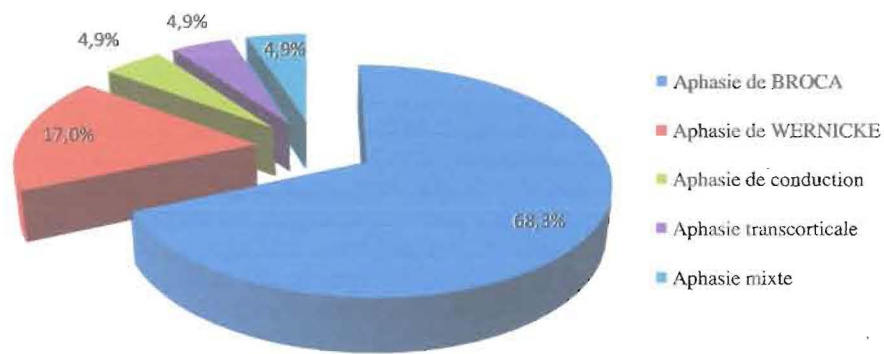


Figure n°1 : Répartition des patients aphasiques post-AVC selon le type d'aphasie, Cotonou 2012

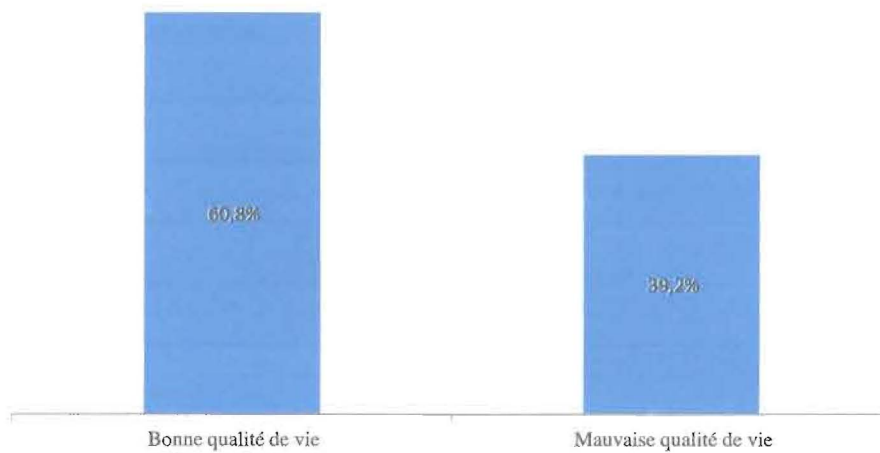


Figure n°2 : Répartition des patients aphasiques post-AVC selon leur qualité de vie, Cotonou 2012

MALI MEDICAL

Article original

Qualité de vie des aphasiques après AVC ...

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques des patients aphasiques post-AVC, Cotonou 2012

	Effectif	pourcentage
Age 55, 3 ± 2,5 ans [36-72]		
Sexe		
Masculin	27	65,9%
Féminin	14	34,1%
Statut matrimonial		
Célibataire	2	4,9%
Marié/concubin	29	70,7%
Veuf	4	9,8%
Divorcé	6	14,6%
Mode d'habitation		
Propriétaire	25	61%
Locataire	9	21,9%
Hébergé	3	7,3%
Maison familiale	4	9,8%
Nombre d'enfant à charge 3,3 ± 0,8 enfants [0-14]		
Soutien des autres membres de la famille		
Régulier	15	36,6%
Peu	16	39%
Aucun	10	24,4%
Niveau d'instruction		
Non instruit	2	4,9%
Primaire	19	46,3%
Secondaire	17	41,5%
Universitaire	3	7,3%
Revenu mensuel		
Faible	13	31,7%
Moyen	25	61%
Elevé	3	7,3%
Profession		
Revendeur/commerçant	12	29,4%
Artisan	10	24,4%
Ménagère	4	9,7%
Soignant	2	4,8%
Cadre	8	19,5%
Militaire/paramilitaire	2	4,8%
Retraité	3	7,4%

Tableau II : Répartition des AVC en fonction du type et de la topographie, Cotonou 2012.

		Effectif	Pourcentage*	Poucentage**
AVC Ischémique	Sylvien superficiel	12	50%	29,2%
	Sylvien profond	4	16,7%	9,7%
	Sylvien total	8	33,3%	19,5%
AVC hémorragique	Lobaire	5	62,5%	12,2%
	Profonde	3	37,5%	7,3%

* Pourcentage de la topographie de l'AVC au sein du type d'AVC

** Pourcentage de la topographie de l'AVC au sein de tous les AVC

MALI MEDICAL

Article original

Qualité de vie des aphasiques après AVC ...

Tableau III : Répartition des scores des patients selon les différentes variables du Sickness Impact Profile SIP-65, Cotonou 2012

	Effectif	Pourcentage
Fatigue/sommeil (02 items)		
0/2	17	41,5%
1/2	10	24,4%
2/2	14	34,1%
Total	41	100,0%
Humeur et état psychique (07 items)		
0 - 3/7	29	70,7%
4 - 7/7	12	29,3%
Total	41	100,0%
Dimension physique (10 items)		
0 - 4/10	28	68,3%
5 - 10/10	13	31,7%
Total	41	100,0%
Occupations à la maison et au jardin (04 items)		
0 - 2/4	26	63,4%
3 - 4/4	15	36,6%
Total	41	100,0%
Déplacement à l'extérieur (07 items)		
0 - 3/7	27	65,9%
4 - 7/7	14	34,1%
Total	41	100,0%
Déplacement avec les proches (10 items)		
0 - 4/10	28	68,3%
5 - 10/10	13	31,7%
Total	41	100,0%
Réflexion, Mémoire, Concentration (05 items)		
0 - 2/5	23	56,1%
3 - 5/5	18	43,9%
Total	41	100,0%
Aptitudes à communiquer (07 items)		
0 - 3/7	15	36,6%
4 - 7/7	26	63,4%
Total	41	100,0%
Performances professionnelles (05 items)		
0 - 2/5	5	12,2%
3 - 5/5	3	7,3%
Total	8	19,5%
Loisirs (04 items)		
0 - 2/4	19	46,3%
3 - 4/4	22	53,7%
Total	41	100,0%
Alimentation (04 items)		
0 - 2/4	27	65,9%
3 - 4/4	14	34,1%
Total	41	100,0%

MALI MEDICAL

Article original

Qualité de vie des aphasiques après AVC ...

Tableau IV : Résultats de l'analyse univariée

Variabes	Odds ratio (OR)	Intervalle de confiance (95%)	p
Age	2,03	1,47-6,69*	0,0007*
Sexe	1,65	1,13-2,45*	0,0387*
Statut matrimonial	2,55	0,28-4,04	0,9800
Mode d'habitation	1,89	1,61-4,37*	0,0054*
Soutien de la famille	1,06	1,32-3,94*	0,0005*
Niveau d'instruction	2,24	0,76-1,85	0,3590
Profession	0,83	1,06-3,75*	0,0003*
Revenu mensuel		0,35-1,97	0,6600
Durée évolution aphasie	2,99	0,57-4,19	0,1941
Type d'AVC	6,75	1,28-7,18*	0,0009*
Type d'Aphasie	5,57	1,34-6,56*	0,0009*
TTT orthophonique	1,10	1,66-4,34*	0,0001*
TTT Kinésithérapique		0,83-2,56	0,2260

*Résultats significatifs, TTT : Traitement

Tableau V : Résultats de l'analyse multivariée

Variabes	Odds ratio (OR)	IC (95%)	p
Age	2,43	1,46-8,21*	0,0072*
Soutien familial	1,65	1,89-5,42*	0,0001*
Type d'aphasie	3,07	1,69-6,78*	0,0006*
TTT orthophonique	2,28	1,51-9,61*	0,0003*

*Résultats significatifs, TTT : Traitement