



ANNALES DE L'UNIVERSITE MARIEN NGOUABI

Sciences de la Santé

VOL. 20, N° 1- 2 – ANNEE: 2020

**ISSN : 1815 – 4433 - www.annalesumng.org
Indexation : Google Scholar – indexmedicus.afro.who.int**

ANNALES DE L'UNIVERSITE MARIEN NGOUABI

SCIENCES DE LA SANTE



VOLUME 20, NUMERO 1- 2, ANNEE: 2020

www.annalesumng.org

SOMMAIRE

Directeur de publication
J-R. IBARA

Rédacteur en chef
J. GOMA-TCHIMBAKALA

Rédacteur en chef adjoint
G. MONABEKA

Comité de lecture
E. ALIHOUNOU (Cotonou)
C. BOURAMOUE (Brazzaville)
A. CHAMLIAN (Marseille)
J.R. EKOUNDZOLA (Brazzaville)
C. GOMBE MBALAWA (Brazzaville)
J.R. IBARA (Brazzaville)
L.H. ILOKI (Brazzaville)
A. ITOUA NGAPORO (Brazzaville)
G. KAYA GANZIAMI (Brazzaville)
H.F. MAYANDA (Brazzaville)
A. MOYIKOUA (Brazzaville)
G. MOYEN (Brazzaville)
J.L. NKOUA (Brazzaville)
G. ONDZOTTO (Brazzaville)
P. SENG (Brazzaville)
M. SOSSO (Yaoundé)
F. YALA (Brazzaville)

Comité de rédaction
A. ELIRA DOCKEKIA (Brazzaville)
H. NTSIBA (Brazzaville)
H.G. MONABEKA (Brazzaville)

Webmaster
R. D. ANKY

Administration - Rédaction
Université Marien Ngouabi
Direction de la Recherche
Annales de l'Université Marien
Ngouabi
B.P. 69, Brazzaville – Congo
E-Mail: annales@umng.cg

ISSN : 1815 – 4433

Indexation : Google Scholar et
indexmedicus.afro.who.int

- 1 **Maladies cardiovasculaires chez les hémodialysés chroniques à Brazzaville**
EYENI SINOMONO D. T., MOUKENGUE LOUMINGOU R., MAHOUNGOU G. H., ELLENGA MBOLLA B. F., TARIK SQALLI HOUSSAIN
- 9 **Rechute de la tuberculose au chu de Brazzaville : Aspects épidémiologiques, diagnostiques et pronostiques**
ALOUMBA G A, AMONA M, BEMBA ELP, NGOUONI G.C., OTOUANA BH, DOUKAGA M.T, EKAT M, OSSIBI IBARA B.R., BOPAKA R.G., MOYIKOUA R.F., ITOUA A.C., OBENGUI, MOUKASSA D
- 20 **Réinsertion professionnelle a 3 mois après accident vasculaire cérébral chez l'adulte jeune au Congo**
BOUBAYI MOTOULA LATOU H.D, DIATEWA J.E, FOUTI KOUAPELE E.R, SOUNGA BANDZOUZI P.E.G., MPANDZOU G.A., OBONDZO ALOBA K.L., OSSOU-NGUIET P.M.
- 31 **Relation entre la toxoplasmose et les patients diabétiques**
NAIMA BOUDIS, NAILA GUECHI, NASSIMA BENKHEROUF, BOUSSAD HAMRIOUI
- 40 **Mucocele sinusienne idiopathique : à propos de deux cas**
AMANA E., DOLOU W., ALASSANI T., FOMA W., LAWSON S.L.A., KPEMISSI E

- 49 **Tétanos : connaissances, attitudes et pratiques chez le personnel soignant hospitalier à Brazzaville**
ALOUMBA G.A., GAYABA M.S., OTIOBANDA G.F., AMONA M., DOUGAKA M.T., EKAT M., OSSIBI IBARA B.R., NIAMA A.C., MBOU E.D., NDZIESSI G., MABIALA BABELA J.R..
- 61 **Profil épidémiologique de l'AVC du sujet jeune à Brazzaville**
BOUBAYI MOTOULA LATOU H.D, DIATEWA J.E, FOUTI KOUAPELE E.R, MPANDZOU G.A, SOUNGA BANDZOUZI P.E.G., OBONDZO ALOBA K.L., OSSOU-NGUIET P.M.
- 74 **Indication chirurgicale dans le syndrome de la jonction pyelo-ureterale service d'urologie du chu Gabriel TOURE au Mali.**
COULIBALY MT, DIALLO MS, KASSOGUE A, DIARRA A, CISSE D, BERTHE H.J.G., GUISSSE S.
- 84 **Séroprévalence de la toxoplasmose chez les enfants âgés de 02 à 15 ans au niveau du laboratoire de Parasitologie -Mycologie du CHU Mustapaha - Pacha-Alger-Algérie**
NAILA. GUECHI, TOUFIK.BENHOURIA, NESRINE. ARAB, BOUSSAD.HAMRIOUI



REINSERTION PROFESSIONNELLE A 3 MOIS A] ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL CHEZ L'ADULTE JEUNE AU CONGO

PROFESSIONAL REINTEGRATION AT 3 MONTHS AFTER STROKE IN YOUNG ADULTS IN CONGO

BOUBAYI MOTOULA LATOU H.D^{1,2}, DIATEWA J.E^{1, 2}, FOUTI KOUAPELE E.R¹,
SOUNGA BANDZOUZI P.E.G^{1, 3}, MPANDZOU G.A^{1, 2},
OBONDZO ALOBA K.L², OSSOU-NGUIET P.M^{1, 2}*

1. Faculté des sciences de la santé

Université Marien NGOUABI

*2. Service de neurologie, CHU
(Brazzaville)*

*3. Service de neurologie, Hôpital général de Loandjili
(Pointe-Noire)*

République du Congo

E-mail : happhiadinah@yahoo.fr

RESUME

Introduction : L'accident vasculaire cérébral est un problème majeur de santé publique en Afrique et dans le monde. Les conséquences et séquelles des AVC posent le problème du devenir professionnel des victimes en activité. L'AVC de l'adulte jeune en activité professionnelle souligne la problématique de la réinsertion socio-professionnelle d'où l'intérêt de cette étude dont l'objectif principal est d'identifier les facteurs associés à la réinsertion professionnelle à trois mois après un AVC chez l'adulte jeune au Congo.

Méthodologie : Il s'est agi d'une étude longitudinale analytique dans la période allant du 04 février au 30 septembre 2019 dans les services de neurologie, de réanimation polyvalente et des urgences médicales du centre hospitalier et universitaire de Brazzaville (CHUB) et dans les services de neurologie et des urgences de l'hôpital général de Loandjili de Pointe-Noire. Ont été inclus dans l'étude tous les sujets âgés de 18-55 ans d'âge révolu, admis pour un AVC confirmé par une imagerie cérébrale. N'ont pas été inclus : les sujets présentant un handicap sévère (Rankin ≥ 3 ou aphasie globale) avant l'épisode d'AVC ; les sujets souffrant de troubles cognitifs et psychiatriques chroniques avant la survenue de l'évènement vasculaire ; les sujets ayant présenté une hémorragie méningée. Le logiciel CS Pro 7.2 a été utilisé pour saisir les données. Ces données ont été analysées par le logiciel SPSS 21.

Résultats : Dix (17,85%) sujets avaient repris avec le travail, le délai moyen de retour au travail était de 2,44 mois. Une prédominance masculine dans 80% des cas. Taux de reprise au travail élevé chez 70% des patients ayant un AVC ischémique avec un déficit moteur (90%). Les facteurs associés à la reprise du travail sont le type d'emploi (col blanc avec OR= 2,76 ; p = 0,02) et le score de Rankin modifié <3 (OR=1,34 ; p= 0,19). D'autres facteurs contribuant à la reprise du travail (marié, le soutien familial, l'absence de troubles de comportement, l'absence d'handicap, le niveau d'instruction).

Conclusion : La réinsertion professionnelle à trois mois post-AVC est possible mais très limitée, surtout associée à un emploi administratif et à la subsistance d'un handicap léger.

Mots-clés : Accident vasculaire cérébral, Adulte jeune, Réinsertion socio-professionnelle, Congo

ABSTRACT

Introduction: Stroke is a major public health problem in Africa and around the world. The consequences and sequelae of stroke pose the problem of the professional future of active stroke victims. Stroke in young working adults highlights the issue of socio-professional reintegration, hence the interest of this study whose main objective is to identify factors associated with professional reintegration at three months after a stroke in young adults in Congo

Methodology: We conducted a longitudinal study, from February 4 to September 30, 2019 in the neurology, reanimation and emergency departments of the Brazzaville university Hospital and in the neurology and emergency departments of the Loandjili General Hospital in Pointe-Noire. All subjects aged 18-55 years who were admitted for stroke confirmed by brain imaging were included in the study. Not included: subjects with severe disability (Rankin ≥ 3 or global aphasia) prior to the stroke episode; subjects with chronic cognitive and psychiatric impairment prior to the vascular event; subjects with meningeal hemorrhage. CS Pro 7.2 software was used to enter the data. These data were analyzed by SPSS 21 software.

Results: Ten (17.85%) subjects had returned to work; the average time to return to work was 2.44 months. A male predominance in 80% of the cases. High return-to-work rate in 70% of patients with ischemic stroke with motor impairment (90%). Factors associated with return to work were job type (white-collar with OR=2.76; $p=0.02$) and the Rankin score modifié <3 (OR=1.34; $p=0.19$). Other factors contributing to returning to work (married, family support, absence of behavioural problems, absence of disability, education).

Conclusion: Return to work at three months post-stroke is possible but very limited, mostly associated with administrative employment and subsistence of mild disability.

Key words: Stroke, young adult, professional reintegration, Congo.

INTRODUCTION

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) sont une urgence neurovasculaire absolue et constituent la principale cause du handicap acquis de l'adulte [1-4], occasionnant des conséquences socio-économiques lourdes avec la perte de ressources financières, une altération de la qualité de vie et parfois une dépression [5-8]. Bien que l'incidence des AVC augmente avec l'âge, cette pathologie concerne de plus en plus des sujets jeunes en âge de travailler avec plusieurs facteurs susceptibles d'influencer le taux de reprise du travail, tels les facteurs démographiques comme l'âge et le sexe, de données médicales comme le type et la localisation de l'AVC, le type et la gravité des séquelles, et de facteurs sociaux comme le niveau d'étude et la catégorie socioprofessionnelle [9-12]. Ainsi, l'AVC de l'adulte jeune en activité professionnelle souligne la problématique de la réinsertion professionnelle. D'où l'intérêt de cette étude dont l'objectif principal est d'identifier les facteurs associés à la réinsertion professionnelle à trois mois post-AVC chez l'adulte jeune au Congo.

Patients et méthodes

Il s'est agi d'une étude longitudinale analytique menée sur une durée de sept mois, dans la période allant du 04 février au 30 septembre 2019 dans les services de neurologie, de réanimation polyvalente et des urgences médicales du centre hospitalier et universitaire de Brazzaville (CHUB) et dans les services de neurologie et des urgences de l'hôpital général de Loandjili de Pointe-Noire.

Le recrutement des sujets a été effectué de façon exhaustive sur toute la période de l'étude. Ont été inclus dans l'étude tous les sujets âgés de 18-55 ans d'âge révolu, admis pour un AVC artériel

(premier épisode ou récurrence) confirmé par une imagerie cérébrale (tomodensitométrie cérébrale et/ou imagerie par résonance magnétique encéphalique).

N'ont pas été inclus : les sujets présentant un handicap sévère (Rankin ≥ 3 ou aphasie globale) avant l'épisode d'AVC; les sujets souffrant de troubles cognitifs et psychiatriques chroniques avant la survenue de l'évènement vasculaire ; les sujets ayant présenté une hémorragie méningée.

Les variables de l'étude ont été :

- sociodémographiques : l'âge, le sexe, le niveau socioéconomique, le statut marital ;
- professionnels : groupe socioprofessionnel, type de contrat de travail ;
- cliniques : motif et délai de consultation, latéralité, antécédents, signes généraux, type d'attente neurologique, recours à un kinésithérapeute ;
- paracliniques : bilan biologique et imagerie cérébrale.
- liées à la réinsertion socioprofessionnelle : reprise de l'activité, délai de reprise des activités, reprise des activités sociales, conditions de travail, l'autonomie fonctionnelle.

L'autonomie fonctionnelle a été évaluée avec l'index de Barthel et le score de Rankin modifié.

L'index de Barthel est un index composite de dix items cotés à 0, 5, 10, 15 qui permettent d'évaluer l'autonomie du patient par rapport aux activités de la vie courante (alimentation, soins personnels, bain, habillage, continence urinaire, continence fécale, utilisation des toilettes,

transfert lit-fauteuil, déambulation et escaliers). A chaque item on attribua une valeur en fonction du degré d'assistance requise par le patient pour accomplir l'activité désignée et le score final résuma l'ensemble des cotations. Les patients ont été classés en 4 groupes en fonction de leur score :

- dépendance totale si le score final est égal à 0 ;
- dépendance majeure si le score final est ≤ 20 ;
- autonomie fonctionnelle permettant un retour à domicile dans des conditions satisfaisantes si le score final est ≥ 60 ;
- indépendance complète si le score final est maximal est égal à 100.

Le score de Rankin modifiée est une échelle fonctionnelle globale permettant d'évaluer le handicap des patients déficitaires. Il existe 6 niveaux différents de gravité croissante du handicap, coté de 0 à 5. Le handicap est dit :

- léger pour un score de Rankin inférieur à 3
- modéré à sévère pour un score supérieur ou égale à 3.
- Pour la dépression, nous avons utilisé l'échelle de dépression de Beck.
- Elle a été considérée comme légère pour un score inférieur à 8.
- Elle a été considérée comme modérée à sévère pour un score supérieur ou égal à 8.

Le logiciel CS Pro 7.2 a été utilisé pour saisir les données. Ces données ont été analysées par le logiciel SPSS 21. Les variables catégorielles ont été estimée en

effectifs et pourcentage, le variables quantitatives en moyenne $\pm$ écart type. Les tests de comparaison utilisé ont été le test Khi-2 et le test t-de Student selon qu'il s'agit de la comparaison des proportion ou celle des moyennes. La régression logistique a été utilisée pour identifier les facteurs associés. Le seuil de significativité a été fixé à 0,05.

Résultats

Fréquence hospitalière

Durant la période d'étude, 632 patients ont été admis dans lesdits services soit 407 à Brazzaville et 225 à Pointe-Noire. Trois cent cinquante et un (55,5%) cas d'AVC ont été enregistrés dont 115 (32,8%) concernant un adulte jeune. Parmi ces derniers, 104 répondaient aux critères d'inclusion. Une patiente a été perdue de vue après sa sortie de l'hôpital.

Au total, 103 patients ont été retenus pour l'étude, dont 45 (43,7%) avaient un AVC ischémique et 58 (56,3%) un AVC hémorragique. De l'admission au terme du suivi,

30 (29,1%) sujets sont décédés dont 13 (43,3%) à l'admission, six (20%) à deux semaines et 11 (36,7%) à un mois. Aucun décès n'a été enregistré à trois mois. Au final, 73 sujets survivants ont été suivis jusqu'au terme de l'étude.

Sur les 73 sujets suivis jusqu'au terme de l'étude, 17 (23,28%) étaient des chômeurs. Parmi les travailleurs (n=56 ; 76,71%), 46 (82,14%) n'ont pas repris le travail contre dix (17,86%) ; dont huit (80%) à temps plein et deux (20%) à temps partiel. Tous les sujets ayant repris le travail ont gardé le même poste de travail.

Les tableaux I, II et III représentent la comparaison entre la réinsertion professionnelle à trois mois et respectivement les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et paracliniques.

Caractéristiques évolutives et la réinsertion professionnelle à trois mois.

30% des patients qui avaient une bonne observance thérapeutique avaient repris le travail dans les 3 mois après un AVC et 43,8% des patients avec mauvaise observance thérapeutique n'avaient pas repris le travail.

Le tableau IV représente les facteurs associés à la réinsertion professionnelle.

DISCUSSION

Dans notre étude, seuls dix (17,85%) sujets avaient repris avec le travail, le délai moyen de retour au travail était de 2,44 mois. Nos résultats sont différents de ceux de Doucet *et al.*, [13] en France en 2002, Busch *et al.*, [14] à Londres en 2008, Vestling *et al.*, [15] en Suède en 2003, Hirotaka *et al.*, [16] au Japon en 2010, Bonner *et al.*, [17] en Inde en 2016, Peters *et al.*, [18] au Nigeria en 2013 qui rapportent un taux de reprise de travail allant de 32,1%, à 55%. Par ailleurs, la durée du suivi ; une année, deux ans voire trois ans, déterminée par ces auteurs pourrait expliquer le taux plus élevé de reprise de travail.

La prédominance masculine à la reprise de travail dans notre série est similaire à celle de certains auteurs, avec comme possible explication l'effectif plus élevé d'homme dans notre étude [15,19]. Au Congo, l'homme constitue la principale ressource financière du ménage, se réinsérer professionnellement devient une priorité, d'où la compliance plus importante à la rééducation. Deux études françaises [19,20]

ont rapporté respectivement que 22,2% et 50% des sujets reprennent le travail au même poste et 33,3% et 50% des sujets changent de poste mais de façon partielle.

On a pu noter un taux de reprise au travail élevé chez 70% des patients ayant un AVC ischémique avec un déficit moteur (90%) et une récupération fonctionnelle plus favorable. Nos résultats corroborent les données de la littérature concernant les études de Daddah *et al.* [21] au CHU de FANN à Dakar en 2009 (70 %) et aux USA en 2009 (87 %) [22] qui rapportent l'AVC ischémique comme le principal type clinique dans l'étude avec une bonne récupération fonctionnelle.

Les facteurs associés à la reprise du travail dans notre étude sont le type d'emploi (col blanc avec $OR = 2,76$; $p = 0,02$) et le score de Rankin modifié < 3 ($OR = 1,34$; $p = 0,19$). Vestling *et al.*, [15] en Suède en 2003, Peters *et al.*, [18] au Nigeria en 2013, de Doucet *et al.*, [13] en France en 2012, Hirotaka *et al.*, [16] au Japon en 2010 et B. Bonner *et al.*, [17] en Inde en 2016, ont rapporté des facteurs identiques. Parmi les facteurs retrouvés par les auteurs français Doucet *et al.*, [13] en 2012 et Muller *et al.*, [19] en 2011, figurent entre autres l'index de Barthel élevé ; association non retrouvée dans notre étude.

La dépression post AVC n'affecte pas la reprise du travail dans notre étude. Duff *et al.* [23] en Afrique du Sud en 2014 et Bonner *et al.*, [17] en Inde en 2016, rapportent la même chose. D'autres facteurs contribuant à la reprise du travail (marié, le soutien familial, l'absence de troubles de comportement, l'absence d'handicap, le niveau d'instruction) ont été retrouvés par plusieurs auteurs [24-28]. Le retour à domicile seul devenir des patients atteints d'AVC constitue un support familial prépondérant à 34,36% [29]. On pourrait supposer que la présence du conjoint, par le

soutien qu'il apporte, limite le risque de survenue d'un état dépressif qui est reconnu comme un facteur prédictif négatif de réinsertion professionnelle.

L'absence de certains facteurs non retrouvés dans notre étude s'expliquerait par notre faible échantillon, le délai de réinsertion professionnelle retenu (trois mois) et la limite d'âge.

CONCLUSION

L'AVC touche de plus en plus les sujets jeunes. La reprise du travail après un AVC joue un rôle essentiel dans la réinsertion sociale des patients. Dans notre étude les hommes sont les principales victimes quel que soit le secteur d'activité. La réinsertion professionnelle à trois mois post-AVC est possible mais très limitée, surtout associée à un emploi administratif et à un degré léger du handicap fonctionnel.

REFERENCES

1. N'goran YNK, Traore F, Tano M, Kramoh KE, Anzouan Kakou JB, Konin C, 2015. Aspects épidémiologiques des accidents vasculaires cérébraux (AVC) aux urgences de l'institut de cardiologie d'Abidjan (ICA). *Pan African Medical Journal*; 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, Barker-Collo SL, Parag V, 2009. Worldwide stroke incidence and early case fatality reported in 56 population-based studies: a systematic review. *Lancet Neurol*; 8:355-69.
4. Mukherjee D, Patil CG, 2011. Epidemiology and the global burden of stroke. *World Neurosurg*; 76(6 Suppl.) : S85-90.
5. Ossou-Nguet PM, Mouanga AM, Ngouma A, Mpandzou GA, Sounga Bandzouzi EP, Motoula Latou DH et al, 2017. Dépression chez l'hémiplégique vasculaire à Brazzaville. *Afr J Neurol Sci* ;36(1):8-16.
6. Assogba K, Belo M, Kombate D, Agbobli A, Apetse K, Kumako V et al, 2011. Qualité de vie, anxiété et dépression chez les survivants d'AVC au Togo. *African Journal of Neurological Sciences*; 30(1) : 53-9
7. Vadot W, Caputo A, Maugras C, Morel N, Rodier G, 2013. Déterminants de la qualité de vie chez les patients après un AVC. *Revue Neurologie*; I69S: A95-6.
8. Napon C, Tougma L, Kabore R, Kabore J; 2013. Pronostic du handicap moteur au cours des accidents vasculaires cérébraux au Burkina Faso. *Médecine et Santé Tropicale* ; 23:320-3
9. Saeki S, 2000. Disability management after stroke: its medical aspects for workplace accommodation. *Disabil Rehabil*; 22(13-14):578-82.
10. Treger I, Shames J, Giaquinto S, Ring H, 2007. Return to work in stroke patients. *Disabil Rehabil* 2007; 29(17):1397-403.
11. Wolfenden B, Grace M. Returning to work after stroke: a review. *Int J Rehabil Res*; 32(2):93-7.
12. Wozniak MA, Kittner SJ, 2002. Return to work after ischemic stroke: a methodological review. *Neuroepidemiology*; 21(4):159-66.

13. Doucet T, Muller F, Verdun-Esquer C, Debelleix X, Brochard P 2012. Returning to work after a stroke: A retrospective study at the Physical and Rehabilitation Medicine Center "La Tour de Gassies". *Ann Phys Rehabil Med*; 55:112-27.
14. Busch MA, Coshall C, Heuschmann PU, McKeivitt C, Wolfe CD, 2009. Sociodemographic differences in return to work after stroke: The South London Stroke Register (SLSR). *J Neurol Neurosurg Psychiatry*; 80(8):888-93.
15. Vestling M, Tufvesson B, Iwarsson S, 2003. Indicators for return to work after stroke and the importance of work for subjective well-being and life satisfaction I. *J Rehabil Med*; 35:127-31.
16. Hirotaka T, Hideki H. Functional and Occupational Characteristics Associated with very Early Return to work After Stroke in Japan. *Arch Phys Med Rehabil*. 2011; 92(5):743-8.
17. Bonner B, Pillai R, Sarma PS, 2016. Factors predictive of return to work after stroke in patients with mild-moderate disability in India. *European Journal of Neurology*; 23(3):548-53.
18. Peters GO, Buni SG, Oyeyeni AY Hamza TK, 2013. Determinants of return to work among Nigeria stroke survivors. *Disability and rehabilitation*; 35(6):455-9.
19. Muller F, Doucet T, Debelleix X, Verdun-Esquer C, Brochard P, 2011. Reprise de travail après un accident vasculaire cérébral : étude rétrospective au CMPR de la tour de Gassies. *Annals of physical and Rehabilitation Medicine*; 54 (1) : e285.
20. Schunck A, Guillaume M, Etcharry-Bouyx F, Chauvire V, Penchaud A-L, Dubas F et al, 2012. Retour au travail après un accident vasculaire cérébral du sujet jeune. *Rev Neurol*; 168 (2): A97-98
21. Dadah SML, Basse AM, Sene MS, Ba El HM, Seck LB, Sy AB et al, 2013. Qualité de vie après un accident vasculaire cérébral au Sénégal: à propos de 50 cas. *Afr J Neurol Sci*; 32(2):24-9.
22. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Blaha MJ et al, 2014. Executive summary: Heart Disease and Stroke Statistics - 2014 Update: A Report from the American Heart Association. *Circulation*; 129(3):e28-92
23. Duff N, Ntsiea MV, Mudzi W, 2014. Factors that influence return to work after stroke. *Occupational Health southern Africa* ; 20(3): 6-12.
24. Rhodes A, Maura E, 2016. Guide International pour la prise en charge du sepsis et choc septique 2016. *Effulgences*; 45(3):486-559.
25. Zouker J, Albanese J-B., Autret K, Le Floch R, Gruson M, Chapelain M-F et al, 2012. La réinsertion professionnelle des cérébro-lésés, recherche de facteurs pronostiques. Etude rétrospective d'une cohorte de 100 sujets. *Annals of physical and Rehabilitation Medicine*; 55 (1): e362-3.
26. Chang WH, Sohn MK, Lee J, Kim DY, Lee SG, Shin YI et al, 2016. Return to work after stroke: The Kosco study. *J Rehabil Med*; 48 (3): 273-9.

27. Hackett ML, Glozier N, Jan S, Lindley R 2012. Returning to paid employment after stroke. The psychosocial outcome in stroke cohort study. PLoS one; 7(7): e41795

28. Satoru S, Toshihiro, 2010. Determinants of early return to work after first stroke in Japan. J Rehabil Med; 42 (3) :254-8.

29. Tsouna-Hadjis E, Vemmos KN, Zakopoulos N, Stamatelopoulos S, 2000. First-stroke recovery process: The role of family social support. Arch. Phys. Med. Rehabil; 81:881-7.

Tableau I : Comparaison entre les caractéristiques sociodémographiques et la réinsertion professionnelle à trois mois

	Reprise du travail				<i>p-value</i>
	Oui		Non		
	n	%	n	%	
Sexe					0,29
Homme	08	80,0	29	63,0	
Femme	02	20,0	17	37,0	
Age (années) – moyenne ± ET	47,4 ± 5,5		46,8 ± 5,7		0,77
Statut marital					0,76
Marié (e)/En couple	08	80,0	32	69,6	
Célibataire	02	20,0	13	28,3	
Veuf (ve)	-	-	01	02,2	
Emploi					0,02
Activité administrative (col blanc)	06	60,0	10	21,7	
Activité manuelle (col bleu)	04	40,0	36	78,3	
Statut professionnel (antérieur)					0,07
Élève/étudiant ou en formation	01	10,0	-	-	
professionnelle					
Employé (e)	06	60,0	24	52,2	
Indépendant (e)	03	30,0	22	47,8	
Niveau socioéconomique					0,72
Bas	01	10,0	06	13,0	
Moyen	07	70,0	35	76,1	
Élevé	02	20,0	05	10,9	

ET : écart type

Tableau II : Comparaison entre les caractéristiques cliniques et la réinsertion professionnelle à trois mois

	Reprise du travail				<i>p-value</i>
	Oui		Non		
	n	%	n	%	
Délai moyen d'admission (heure)	19,6 ±29,9		14,4 ±21,3		0,63
Latéralité					0,08
Droite	8	80	44	95,7	
Gauche	2	20	02	04,3	
Types d'atteinte					
Motrice	9	90	42	91,3	0,90
Sensitive	2	20	13	28,3	0,59
Dysarthrie	1	10	23	50,0	0,02
Aphasie	1	10	14	30,4	0,19
Rankin 3 mois					0,03
<3	9	90	31	67,4	
≥3	1	10	15	32,6	
Barthel					0,41
>60	9	90	37	80,4	
≤60	1	10	09	19,6	
Beck					0,23
< 8	9	90	45	97,8	
≥8	1	10	01	02,2	

Tableau III : Comparaison entre les caractéristiques paracliniques (imagerie cérébrale) et la réinsertion professionnelle à trois mois

	Reprise du travail				<i>p-value</i>
	Oui		Non		
	n	%	n	%	
Type d'AVC					0,13
Ischémique	7	70,0	20	43,5	
Hémorragique	3	30,0	26	56,5	
Effet de masse	1	10,0	09	19,6	0,48
Inondation ventriculaire	1	10,0	10	21,7	0,40

Tableau IV : Facteurs associés à la réinsertion professionnelle retrouvés après régression logistique simple

Facteurs	Reprise du travail				OR (IC=95%)	p-value
	Oui		Non			
	n	%	n	%		
Type d'emploi						
Activité administrative (col blanc)	6	60,0	10	21,7	2,76 (1,31-5,82)	0,02
Activité manuelle (col bleu)	4	40,0	36	78,3	0,51 (0,24-1,11)	
Score de Rankin						
<3	9	90,0	31	67,4	1,34 (1,00-1,78)	0,03
≥3	1	10,0	15	32,6	0,31(0,05-2,06)	
OR : odds ratio. IC : intervalle de confiance						

OR : odds ratio, IC : intervalle de confiance