



Reçu le :  
21 avril 2010  
Accepté le :  
2 septembre 2010  
Disponible en ligne  
8 octobre 2010

Disponible en ligne sur  

**ScienceDirect**  
[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

## La fin du séjour hospitalier et les conditions du retour à domicile de l'hémiplégique vasculaire à Abidjan (Côte d'Ivoire) : problèmes et opportunités

Discharge from hospital and conditions of return to home for stroke patients in Abidjan (Côte d'Ivoire): Problems and opportunities

A.M. Datié<sup>a,\*</sup>, K.E. Bony<sup>a</sup>, G. Diomande<sup>a</sup>, S. Ouattara<sup>a</sup>, A.E. Datie-Bla<sup>b</sup>, B. Kouassi<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Service de rééducation fonctionnelle, CHU de Cocody, BP V 13 Abidjan, Côte d'Ivoire  
<sup>b</sup> Service de neurologie, CHU de Cocody, BP V 13 Abidjan, Côte d'Ivoire

### Summary

**Objective.** To study the problems and opportunities from early discharge of stroke patients from a neurological unit.

**Patients and method.** This prospective study included 45 stroke patients. Impairments and disabilities were recorded at discharge from the neurological unit. The modalities of return to home were discussed regarding to the social and economic situation of our society.

**Results.** The study included 25 women and 20 men with a mean age of 57.5 years. Twenty-three patients (51.1%) had left hemiplegia. The average length of stay in the neurological unit was 14.9 days. At discharge, the mean value of motor impairment assessed by the "index moteur de Demeurisse" was 31.6/100; two-thirds of the patients were unable to sit from bed; one-third did not get balance in sitting position; only three patients could walk independently. Forty patients had a Barthel index score less than 60/100 (unable to live at home because of severe dependence) and for five patients, the score was less than 20/100 (total dependence in self-care and mobility). All the patients had a relative with them during their hospitalization. Seventeen patients planned not to return immediately to their previous home. For three patients, basic adjustment of the home was planned.

**Conclusion.** All the stroke patients who survived experienced early return to home with a very poor functional status. Since early return to home is a social and economic reality, it is important to plan the

### Résumé

**Objectif.** Étudier les contraintes et les opportunités liées au retour à domicile précoce des hémiplégiques vasculaires.

**Patients et méthode.** Cette étude prospective portait sur 45 hémiplégiques vasculaires. Leurs lésions et limitations fonctionnelles ont été évaluées à la sortie du service de neurologie. Les conditions du retour à domicile ont été analysées et confrontées aux réalités socioéconomiques locales.

**Résultats.** Sur 45 patients (25 femmes et 20 hommes, âge moyen 57,5 ans), 23 avaient une hémiplégie gauche. La durée moyenne du séjour hospitalier était de 14,9 jours. À la sortie, l'index moteur de Demeurisse était en moyenne de 31,6/100 ; deux tiers des patients étaient incapables de réaliser le transfert couché-assis ; un tiers n'avait pas d'équilibre assis ; seuls trois patients étaient capables de marcher sous surveillance sur 10 m. Quarante patients avaient un score de Barthel inférieur ou égal à 60, seuil jugé compatible avec un retour à domicile, dont cinq entre 0 et 20 correspondant à une dépendance sévère. Tous les patients avaient des proches à leurs côtés en permanence pendant l'hospitalisation. Seize patients prévoyaient un changement temporaire de domicile et trois familles envisageaient un aménagement minimal du domicile.

**Conclusion.** Le retour précoce à domicile avec une forte limitation d'autonomie est la seule possibilité offerte à la plupart des personnes avec une hémiplégie vasculaire en Côte d'Ivoire. Cette situation imposée par nos réalités sociales et économiques nécessite que la

\* Auteur correspondant.  
e-mail : [ange\\_datie@yahoo.fr](mailto:ange_datie@yahoo.fr)

discharge with the participation of patients and families and develop a community-based rehabilitation policy.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

**Keywords:** Early return to home, Stroke, Africa

sortie soit mieux préparée en impliquant les patients et leurs familles et qu'une politique de réadaptation à base communautaire soit développée.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Mots clés :** Accident vasculaire cérébral, Hémiplégie, Retour à domicile, Afrique

## Introduction

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) constituent le premier motif d'hospitalisation dans les services de neurologie d'Abidjan ; 42,1 % des admissions dans le service de neurologie du CHU de Cocody [1].

Ils sont reconnus comme la troisième cause de mortalité et la première cause de handicap non traumatique de l'adulte dans le monde [2]. Pour une prise en charge plus efficace, des unités neurovasculaires et des filières spécifiques AVC sont mises en place dans les pays industrialisés [3]. Ces filières qui incluent des structures de médecine physique et de réadaptation visent à redonner aux patients le maximum d'autonomie avant leur retour à domicile. Ce retour à domicile est un moment attendu et redouté qui exige une préparation s'inscrivant dans un véritable projet de sortie [4,5].

En Côte d'Ivoire, la rareté, voire l'inexistence de telles structures conduit à effectuer directement le retour à domicile à la sortie du service de neurologie ou de tout autre service ayant assuré la prise en charge initiale [6,7]. Ce retour précoce à domicile laisse présager de sérieuses difficultés concernant la réinsertion et la prise en charge rééducative à domicile par la famille.

Le but de cette étude était de mieux apprécier l'état fonctionnel des patients et les conditions de leur sortie du principal service de neurologie de Côte d'Ivoire. Cette évaluation pourrait contribuer à optimiser la prise en charge des patients en tenant compte à la fois des réalités socioéconomiques, des ressources disponibles et de l'objectif d'une meilleure réinsertion sociale possible.

## Objectifs de l'étude

Les objectifs de l'étude étaient de :

- décrire les lésions et limitations fonctionnelles présentées par les hémiplégiques vasculaires à leur sortie du service de neurologie ;
- évaluer leur degré d'autonomie ;
- décrire les conditions de la sortie ;
- rapporter les mesures prises ou prévues par la famille en vue du retour à domicile.

## Patients et méthodes

Nous avons procédé à une étude prospective transversale qui s'est déroulée dans le service de neurologie du CHU de Cocody, Abidjan sur une période de cinq mois, de février à juin 2009.

## Population d'étude

Ont été inclus les patients hospitalisés dans le service de neurologie pour un AVC et chez qui une décision de sortie du service en vue d'un retour à domicile a été prise.

## Variables et instruments de mesure

Nous avons recueilli et analysé les variables suivantes :

- les données sociodémographiques : âge, sexe, profession, statut matrimonial, lieu de résidence, type d'habitat, lieu de résidence prévu à la sortie ;
- les données lésionnelles : nature, siège de la lésion cérébrale ;
- l'anamnèse et entourage familial en cours d'hospitalisation et dispositions prises pour faciliter le retour à domicile ;
- les lésions cutanées, orthopédiques, sensitives, motrices (index moteur de Demeurisse et al. [8]) ;
- les limitations fonctionnelles : troubles sphinctériens, troubles du langage, transferts (*trunk control test* [TCT] [9]), marche sur 10 m en utilisant les classes de la Functional Ambulation Classification ([FAC] [10]) et le degré d'autonomie par l'index de Barthel et al. [11].

## Recueil des données

Le recueil des données s'est fait par l'exploitation du dossier médical, la réalisation d'un entretien avec l'entourage familial et par une évaluation fonctionnelle du patient réalisée le jour ou la veille de la sortie.

## Résultats

### Caractéristiques sociodémographiques

La population d'étude comprenait 45 hémiplégiques vasculaires. Elle était composée de 25 femmes et de 20 hommes,

**Tableau I**  
Répartition selon l'âge, le sexe, le statut professionnel et la situation matrimoniale.

	Hommes	Femmes	Total
Âge moyen (ans)	53,5	60,4	57,5
<i>Statut professionnel</i>			
En activité <sup>a</sup> (%)	13 (65)	3 (12)	16 (35,6)
Inactivité <sup>b</sup> (%)	7 (35)	22 (88)	29 (64,4)
<i>Statut matrimonial</i>			
Vit en couple (%)	18 (90)	10 (40)	28 (62)
Pas de conjoint (%)	2 (10)	15 (60)	17 (38)

<sup>a</sup> Dont 50 % de salariés et 50 % en activité libérale.

<sup>b</sup> Comprend les retraités, chômeurs et femmes au foyer.

d'un âge moyen de 57,5 ± 28,8 ans avec des extrêmes de 35 à 77 ans (*tableau I*).

Trente et un patients (68,9 %) vivaient à Abidjan et 14 patients (31,1 %) provenaient de la banlieue abidjanaise ou de la province ; 44 patients (97,8 %) habitaient une maison basse (de plain-pied) ; un patient habitait un duplex avec chambre à l'étage.

### Données étio-pathogéniques, évolutives et données sur l'entourage familial

Les patients présentaient un AVC ischémique dans 71,1 % des cas. La lésion cérébrale se situait dans le territoire sylvien dans 93,3 % des cas (43 patients), avec une localisation sous-corticale pure dans 37,7 % des cas. Vingt-trois patients (51,1 %) avaient une hémiplégie gauche. La durée moyenne du séjour dans le service de neurologie a été de 14,9 ± 11,5 jours (extrêmes de quatre à 42 jours ; médiane de 12 jours). La durée du séjour était inférieure à trois semaines pour 91,1 % des patients. Tous les patients bénéficiaient de la présence permanente à leurs côtés d'au moins un proche pendant l'hospitalisation. Trente-trois patients (75 %) en avaient au moins deux.

### État lésionnel

Sept patients (15,6 %) présentaient des escarres. Les douleurs de l'épaule et la subluxation étaient retrouvées dans des proportions égales de 24,4 %. Sur le plan moteur, l'index moteur total était en moyenne de 31,6 ± 16,9/100. Vingt patients avaient un index moteur inférieur à 50/100.

### État fonctionnel et approches situationnelles

Six patients (13,3 %) présentaient une aphasie ; celle-ci était non fluente dans cinq cas. Dix patients (22,2 %) sont sortis avec une sonde vésicale ou un collecteur externe d'urines en raison de la persistance de troubles sphinctériens (*tableau II*). Transferts : le score moyen au TCT était de 72,5/100 ± 27,1. Il s'avérait que deux tiers des patients étaient incapables de faire le transfert couché-assis, un tiers était incapable de tenir

**Tableau II**  
Principales atteintes présentées par les patients à la sortie.

	Effectif	Pourcentages	Moyennes
Escarres	7	15,6	
Douleurs d'épaule	11	24,4	
SIGH	11	24,4	
Troubles sensitifs	14	31,1	
Troubles urinaires	10	22,2	
Aphasies	6	13,3	
<i>Déficit moteur</i>			
Proportionnel	26		
Brachiofacial <sup>a</sup>	16		
Crural <sup>a</sup>	3		
<i>Index moteur/100</i>			
Membre supérieur			31,2
Membre inférieur			32,4
Total			31,6

SIGH : subluxation inférieure glénohumérale.

<sup>a</sup> À prédominance brachiofaciale ou à prédominance crurale.

en équilibre assis sans dossier, un tiers était incapable de se retourner du côté hémiplégique (*tableau III*).

À la sortie, 25 patients (55,5 %) étaient incapables de marcher même avec une aide humaine (FAC 0), 17 patients (37,7 %) nécessitaient une aide humaine (FAC 1 et FAC 2) et trois patients (6,7 %) étaient capables de marcher seuls sur 10 m dans le couloir du service (*tableau IV*).

Les possibilités de déplacement en fauteuil roulant n'ont pu être testées car n'en disposant pas dans le service.

À la sortie, le score moyen à l'index de Barthel était de 40,93 ± 31/100. Quarante patients (89 %) avaient un score inférieur ou égal à 60/100 dont cinq avaient un score compris entre 0 et 20 (11 % des patients) (*fig. 1*).

### Décision de sortie du patient

La probabilité de sortie était signifiée au patient et à sa famille dans le courant de la semaine et elle était confirmée à l'occasion de la visite de fin de semaine. La sortie était effective le jour même de la confirmation dans 71 % des cas (32/45). Elle était différée d'un à trois jours pour le reste des patients en raison de difficultés à honorer les frais d'hospitalisation et obtenir le billet de sortie ou parce que la famille estimait ne pas être prête pour le retour à domicile.

### Dispositions particulières prises par la famille en prévision du retour à domicile

Trois familles envisageaient de faire quelques aménagements en vue d'accueillir dans de meilleures dispositions le patient à domicile (*tableau V*).

**Tableau III**  
Répartition des patients en fonction de la capacité ou non à réaliser les transferts.

	Retournement côté sain (%)	Retournement côté hémiplégiq. (%)	Couché-assis (%)	Équilibre assis (%)
Aide humaine	24 (53,3)	15 (33,3)	30 (66,7)	15 (33,3)
Possible seul	21 (46,7)	30 (66,7)	15 (33,3)	30 (66,7)

**Tableau IV**  
Répartition des patients en fonction de la Functional Ambulation Classification (FAC).

Score FAC	Effectifs	Pourcentages
0	25	55,5
1	12	26,7
2	5	11
3	1	2,2
4	2	4,4
5	0	0
Total	45	100

## Discussion

Le statut fonctionnel de l'hémiplégiq. à sa sortie du service de neurologie est marqué par de nombreuses limitations et une forte limitation de l'autonomie. Cela n'est guère surprenant dans la mesure où cette sortie se situe en moyenne vers le 14<sup>e</sup> jour post-AVC. Ce temps d'hospitalisation est mis à profit pour confirmer le diagnostic (tomodensitométrie), stabiliser le patient sur le plan hémodynamique et de la vigilance et pour initier les explorations à la recherche des facteurs de risque et des causes de l'AVC. Bien que la récupération de l'autonomie du patient ne soit pas un objectif du service de neurologie, les patients hémiplégiq. vasculaires sont en général maintenus dans le service jusqu'à ce qu'ils puissent au moins récupérer des troubles éventuels de la vigilance et des possibilités de s'asseoir.

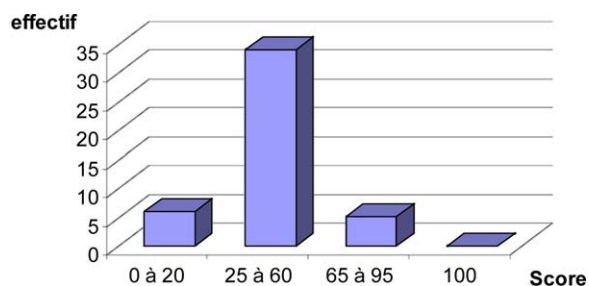
Cette acquisition d'une autonomie minimale est facilitée par des soins de kinésithérapie précoce au lit du malade. En effet, ce service est l'un des rares services à disposer d'une kinésithérapeute. Cependant, la forte demande d'admission et la faible capacité d'accueil du service obligent à un turn-over

soutenu. Dans ces conditions, le patient est amené à regagner son domicile dans un état encore lourdement déficitaire sur le plan fonctionnel, compte tenu de l'absence d'une structure intermédiaire entre le service de neurologie et les services de réadaptation qui n'offrent que des soins en ambulatoire.

Au-delà du déficit moteur évalué par l'index moteur de Demeurisse et al., les capacités de transfert et de marche permettaient d'apprécier le degré de dépendance physique des patients.

En effet, 66,7 % des patients avaient besoin d'une aide humaine pour le transfert couché-assis et 33 % des patients n'avaient pas d'équilibre assis. La marche sans aide humaine était impossible chez 93,2 % des patients. Les possibilités de déplacement en fauteuil roulant n'ont pu être appréciées car le service n'en disposait pas. Les scores d'autonomie à l'index de Barthel et al. reflétaient également la dépendance des patients dans la mesure où 89 % d'entre eux avaient un score inférieur ou égal à 60/100 en dessous du niveau d'indépendance compatible avec un retour à domicile [12]. Parmi eux, cinq (11 %) avaient un score inférieur ou égal à 20/100 – état jugé grabataire [12] – au moment du retour à domicile.

Toutefois, l'utilisation de cette échelle d'autonomie s'est heurtée aux conditions difficiles d'hospitalisation ne permettant pas d'apprécier correctement certains items, notamment les possibilités de déplacement, l'utilisation des escaliers et la prise de bains (ou de douches). En faisant abstraction des autres troubles possibles, notamment des dysfonctionnements vésicosphinctériens et des atteintes cognitives qui, elles, n'ont pas été recherchées systématiquement en dehors du langage, les lésions et limitations fonctionnelles et situationnelles observées au moment du retour à domicile préfigurent des difficultés auxquelles les familles pourraient être confrontées. D'autant plus que l'environnement physique à domicile ne sera pas aménagé et que l'acquisition des différentes aides techniques – ne serait-ce qu'un fauteuil



**Figure 1.** Répartition des patients selon les scores d'autonomie à l'index de Barthel.

**Tableau V**  
Dispositions envisagées pour le retour à domicile.

Dispositions	Nombre de cas (%)
Aménagement du domicile <sup>a</sup>	03 (6,6)
Achat de fauteuil roulant	01 (2,2)
Changement de domicile <sup>b</sup>	16 (35,5)

<sup>a</sup> Espacement des meubles, aménagement d'une chambre au rez-de-chaussée.

<sup>b</sup> Changement temporaire de lieu d'habitation chez d'autres parents ; résidence habituelle hors Abidjan et absence de structure de rééducation sur place (11 cas) ; plus de facilités d'avoir une aide en raison de la perte d'autonomie (quatre cas) ; besoin de se reposer et de limiter les visites des proches (un cas).

roulant – n'est pas à la portée de la grande majorité des familles. La pertinence des aménagements n'est pas toujours bien perçue par les familles conformément aux constatations de Mazaux et al. [13].

Les habitudes architecturales dans notre société privilégiant, pour l'instant encore, plutôt les maisons basses (de plain-pied), permettent dans ce cas de figure d'éviter les difficultés d'accessibilité aux étages. Mais il peut toutefois se poser le problème de l'accessibilité intérieure qui s'il n'est pas résolu peut entraver l'autonomie du patient [14]. L'impact des troubles cognitifs sur la prise en charge du patient, notamment par l'entourage familial, justifie l'importance de leur évaluation. Cependant, cette évaluation n'est pas encore de routine au lit du malade.

En effet, le taux élevé d'analphabétisme dans notre contexte exclut de ces évaluations une proportion non négligeable de patients, comme nous avons eu à le constater lors d'une étude antérieure utilisant des tests visuo-graphiques dans le dépistage de la négligence spatiale unilatérale [15]. En outre, les conditions d'hospitalisation ne permettent pas toujours d'apprécier les patients en situation écologique.

Après la sortie du patient, les soins de rééducation fonctionnelle se dérouleront essentiellement en ambulatoire mais resteront eux-aussi confrontés au problème du transport. En effet, celui-ci fait appel surtout aux taxis et taxis communaux qui posent à la fois le problème de leur coût et de leur inadaptation [6,16].

Ce retour à domicile du patient hémiplégique vasculaire, qui se fait dans des conditions a priori inadéquates en raison de sa précocité et de l'inadaptation de l'environnement, est toutefois fortement attendu et parfois sollicité par les familles en raison des difficultés financières qu'elles éprouvent pour couvrir les frais liés à l'hospitalisation, aux soins et aux différentes explorations médicales [6,16]. Quels avantages pourrait-on tirer de ce retour précoce à domicile ? C'est d'abord, le bénéfice d'un environnement familial, apportant le soutien affectif et les stimulations nécessaires à la reconstruction d'une vie après l'accident vasculaire cérébral. Le mode de vie communautaire encore fortement répandu en Afrique garantit à la plupart des patients un environnement humain riche, une aide humaine disponible s'efforçant de compenser les faibles possibilités d'aménagement de l'environnement physique.

Il conviendrait cependant qu'il y ait une véritable préparation de la sortie du patient qui ne se résume pas seulement à l'annonce de la décision de sortie. Elle doit comporter également des informations sur la maladie et des mesures à prendre pour éviter des complications et favoriser l'autonomie [4,5]. Les soins de kinésithérapie prodigués au cours de l'hospitalisation devraient entrer dans le cadre de cette préparation en privilégiant l'éducation thérapeutique des familles toujours présentes aux côtés du patient. Le développement de la politique des soins à domicile et au sein de la communauté faciliterait cette approche de réadaptation des hémiplégiques vasculaires

nécessaire dans un contexte d'insuffisance des structures de médecine physique et de réadaptation.

## Conclusion

Le retour précoce à domicile après un AVC est la règle en Côte d'Ivoire. L'absence de structures de réadaptation avec hospitalisation, les difficultés financières de la population et le mode de vie communautaire encore largement répandu dans notre pays le favorisent. L'on devrait donc accorder encore plus d'importance à la préparation de la sortie du patient de l'hôpital et à la nécessité de développer une politique sociale qui permettraient d'amortir les contraintes qui découlent de cette situation.

## Conflit d'intérêt

Aucun.

## Références

- [1] Cowppli-Bony P, Sonan-Douayoua T, Akani F, Datié AM, Assi B, Aka-Diarra E, et al. Épidémiologie des patients hospitalisés en neurologie : expérience du centre hospitalier universitaire de Cocody à Abidjan (Côte d'Ivoire). *Afr J Neurol Sci* 2004;23(2):16–23.
- [2] Rode G, Jacquin-Courtois S, Yelnik A. Rééducation des accidents vasculaires cérébraux. Module « Système nerveux central et MPR » septembre 2008. Disponible sur le site [www.cofemer.fr/UserFiles/SNCLyono8AVC.pdf](http://www.cofemer.fr/UserFiles/SNCLyono8AVC.pdf); 2010.
- [3] Rapport d'élaboration d'un référentiel d'évaluation des pratiques professionnelles. Prise en charge hospitalière initiale des personnes ayant fait un accident vasculaire cérébral (AVC) : admission directe du patient en UNV ou en USINV. Haute autorité de santé (HAS), société française neurovasculaire (SFNV) juin 2005.
- [4] Retour au domicile des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral. Stratégies et organisation. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) décembre 2003.
- [5] Wirotius JM, Bourges C, Gérard F, Lighezzolo M, Loubeyre S. Le sens de la sortie en réadaptation (la fin du séjour hospitalier). *J Readapt Med* 2003;2–3:66–73.
- [6] Datié AM, Nandjui BM, Assi B, Ses E, Manou B, Sonan-Douayoua T, et al. Problèmes liés à la prise en charge rééducative des hémiplégies à Abidjan (Côte d'Ivoire). *Afr J Neurol Sci* 2002;21(1): 15–9.
- [7] Guindo C. L'hémiplégie en Afrique noire. *Readaptation* 2003;503:55–8.
- [8] Demeurisse G, Demol O, Robaye E. Motor evaluation in vascular hemiplegia. *Eur Neurol* 1980;19:382–9.
- [9] Collin C, Wade D. Assessing motor impairment after stroke: a pilot reliability study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1990;53: 576–9.
- [10] Holden MK, Gill KM, Magliozzi MR, Nathan J, Piehl-Baker L. Clinical gait assessment in the neurologically impaired: reliability and meaningfulness. *Phys Ther* 1984;64:35–40.
- [11] Mahoney F, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel index. *Md State Med J* 1965;14:61–5.

- [12] André JM, Salle JY. Échelles d'évaluation fonctionnelle. In: Held JP, Dizien O, editors. *Traité de médecine physique et de réadaptation*. Paris: Flammarion Médecine-Sciences; 1998. p. 163–8.
- [13] Mazaux JM, Lion J, Barat M. L'hémiplégie au domicile. In: Mazaux JM, Lion J, Barat M, editors. *Rééducation des hémiplégies vasculaires de l'adulte*. Paris: Masson; 1995. p. 155–81.
- [14] Gonard P, Calmels P, Domenach M. Environnement domestique et urbain de l'hémiplégie. Aspects spécifiques. In: Pélissier J, editor. *Hémiplégie vasculaire de l'adulte et médecine de rééducation*. Paris: Masson; 1988. p. 329–34.
- [15] Datié AM, Sonan-Douayoua Th, Assi B, Cowppli-Bony P, Aka-Anghui Diarra E, Boa YF, et al. Dépistage de la négligence spatiale unilatérale gauche dans une population d'hémiplégiques vasculaires en Côte d'Ivoire. Étude préliminaire. *Afr J Neurol Sci* 2003;21(1), [http://ajns.paans.org/article.php?id\\_article=105](http://ajns.paans.org/article.php?id_article=105).
- [16] Évaluation du coût des soins de santé en médecine physique et de réadaptation en Côte d'Ivoire : cas des hémiplégiques vasculaires [Thèse Médecine]. Abidjan : université de Cocody;2004. p. 1–114.