

ORIGINAL PAPERS / ARTICLES ORIGINAUX

CONNAISSANCES, PERCEPTIONS ET ATTITUDES FACE AUX ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX (AVC) : ETUDE CHEZ LES AIDANTS DES PATIENTS VICTIMES D'AVC HOSPITALISÉS AU SERVICE DE NEUROLOGIE DU CHU DE COCODY.**KNOWLEDGE, PERCEPTIONS AND ATTITUDES IN FRONT OF STROKES : STUDY AMONG CAREGIVERS STROKE PATIENTS HOSPITALIZED IN NEUROLOGY AT UNIVERSITARY HOSPITAL OF COCODY.**

TANOAH Abel Christian ¹
 KOUAME-ASSOUAN Ange- Eric ²
 JIONGO Tiago Espoir Emile ¹
 BONY Kotchi Elisée ²
 AMON-TANOAH Tchwa Muriel ¹
 YAPO-EHOUNOUD Constance ¹
 KADJO Cédric ¹
 AGBO-PANZO Cédric ¹
 ASSI Berthe ¹
 AKA-ANGHUI DIARRA Evelyne ¹

1. Service de Neurologie, CHU de Cocody, BP V 13 Abidjan 01, Côte d'Ivoire.
2. Service de Neurologie, CHU de Bouaké BP 1174 Bouaké Côte d'Ivoire

E-Mail Contact - TANOAH Abel Christian : ctanoh_med@yahoo.fr

Mots clés : *Accidents vasculaires cérébraux-Connaissances-Facteurs de risque- HTA-Perceptions.*

Keywords : *Stroke-Knowledge-Risk factors-Hypertension-Perceptions.*

RESUME**Introduction**

Notre étude avait pour objectif de déterminer le niveau de connaissance sur les AVC des aidants de patients hospitalisés pour AVC au service de neurologie du CHU de Cocody.

Méthode

Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive. Elle s'est déroulée sur une période de trois mois, s'étendant du 2 avril au 2 juillet 2018.

A travers un questionnaire, il s'agissait d'évaluer les connaissances, de déterminer les perceptions et attitudes des aidants face aux AVC. Elle visait également à déterminer leur niveau de connaissance des facteurs de risques et des signes ou symptômes de l'AVC.

Résultats

Nous avons inclus 106 aidants, membres de l'entourage des patients victimes d'AVC séjournant en milieu hospitalier. L'âge moyen des aidants était de $40,18 \pm 13,09$ ans 20,8% des aidants étaient non scolarisés. Le sigle AVC a été correctement défini par 12 aidants (11,3%) et 50,9% des participants estimaient que l'AVC pouvait avoir une origine mystique, et 57,5% identifiaient les « sortilèges » comme facteurs de risque d'AVC. L'Hypertension artérielle (HTA) était le principal facteur de risque de l'AVC spontanément cité par 40,6 % des aidants. Les signes d'AVC les plus cités spontanément étaient l'hémiplégie et les troubles du langage, rapportés par respectivement 78,3% et 37,7% des aidants.

Conclusion

Il ressort de notre étude que les connaissances de facteurs de risque, des symptômes et des moyens de prévention des AVC demeurent insuffisantes.

ABSTRACT**Introduction**

The aim of the study was to determine the level of knowledge about stroke among caregivers of patients hospitalized for stroke at the Cocody's university hospital (Abidjan).

Method

It was a cross-sectional study, carried out during a three months period, from 2nd April to 2nd July 2018 at the Cocody's university hospital.

Through a questionnaire, we assessed knowledges, perceptions and behaviors of stroke patients's caregivers. We also intended to determine their knowledge level of risk factors and signs or symptoms of stroke.

Results

The study included 106 caregivers, from the entourage of stroke patients staying in hospital. The caregivers mean age was 40.18 ± 13.09 years. The percentage of unschooled caregivers was 20.80%. The acronym « AVC » was correctly defined by 12 caregivers (11.30%). Half of participants estimated that stroke had a mystical origin, and 57.50% identified « spells » as risk factors for stroke. Hypertension was the main risk factor of stroke spontaneously cited by 40.57% of caregivers. The most commonly reported signs of stroke were hemiplegia and language impairment, reported by 78.30% and 37.74% of caregivers, respectively.

Conclusion

Our study found that knowledge of risk factors, symptoms, and ways to prevent stroke are inadequate.

INTRODUCTION

A travers le monde, ce sont 16 millions de nouveaux cas qui sont observés chaque année, responsables de 5,7 millions de décès. Le manque d'information et le faible contrôle des facteurs de risque de l'AVC contribuent à faire croître l'incidence en Afrique **(10)**.

De nombreuses études à travers le monde ont montré que le niveau de connaissance en rapport avec les AVC était faible au sein des patients et de la communauté **(6, 8, 14)**. Au cours d'une étude réalisée au sein de la population générale au Brésil, 43,9% des personnes interrogées déclaraient ne pas connaître l'AVC. Seulement 35% et 28,8% de cette population connaissent respectivement au moins trois facteurs de risque de l'AVC et les moyens de prévention **(3)**. En Afrique sub-saharienne, au cours d'une étude réalisée en Ouganda, trois quarts des participants ont été incapables d'identifier les facteurs de risque et les signes de l'AVC. Les difficultés des patients et de leurs proches à reconnaître les facteurs de risques et les symptômes de l'AVC d'une part, et à faire appel au système de santé d'urgence d'autre part, constituent très souvent un frein à la prise en charge précoce des victimes **(9)**.

Les AVC font partie des maladies les plus coûteuses sur le plan humain et économique en Afrique sub-saharienne **(1, 12)**. L'impact psychosocial de l'AVC s'étend aux membres de la famille et autres aidants naturels qui la perçoivent comme une charge **(11)**.

Il a été démontré que les conceptions socio-culturelles des aidants ont un impact sur le processus de prise en charge médicale des patients victimes d'AVC **(5)**.

Les aidants familiaux, proches des malades, vivent quotidiennement avec eux. Ils représentent de ce fait un maillon essentiel dans le processus de l'identification des facteurs de risques et des signes de l'AVC d'une part ; Ils participent très souvent à la prise en charge des victimes d'autre part.

En Côte d'Ivoire, peu d'études ont été réalisées dans le but d'évaluer le niveau de connaissance de la population vis-à-vis des AVC. Dans le but de dégager quelques pistes de réflexion et aider à assoir une stratégie ciblée de sensibilisation et d'éducation de nos communautés, nous avons initié la réalisation d'une étude au sein de ce groupe. L'objectif était de déterminer le niveau de connaissance sur les AVC des aidants de patients hospitalisés pour AVC au service de neurologie du CHU de Cocody.

MATERIEL ET METHODE

Cadre: Notre étude s'est déroulée au sein du service de neurologie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Cocody (Abidjan, Côte d'Ivoire). Il a une capacité d'accueil de vingt-huit (28) lits en neurologie générale et huit (08) lits dans l'unité neurovasculaire (UNV). Il est l'un des trois services de neurologie de la Côte d'Ivoire, le plus ancien et le plus grand en terme de capacité avec plus de six cent (600) hospitalisations annuelles.

Type et période d'étude : Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive. Notre étude s'est déroulée sur une période de trois mois (2 avril – 2 juillet 2018).

Population d'étude : L'étude s'est intéressée aux aidants familiaux (communément appelés « parents de malades ») de tous les patients hospitalisés au service de neurologie pour AVC. L'aidant était considéré comme la personne « non professionnel médical », membre de la famille ou non, qui s'occupait quotidiennement d'un patient proche, lui venait en aide pour les activités de vie quotidienne au cours de l'hospitalisation.

Le diagnostic d'AVC a été posé par l'équipe médicale après réalisation d'une tomodensitométrie cérébrale.

Critères d'inclusion : Pour être inclus dans notre série, l'aidant devait être âgé d'au moins 18 ans, indépendamment de son sexe. Il devait être présent au service au moment de l'étude. Il devait contribuer activement à la prise en charge du patient. Son consentement verbal devait être acquis après que le but de l'étude lui ait été expliqué.

Critères d'exclusion : Les aidants ayant un antécédent médical d'AVC ont été exclus de notre étude.

Echantillonnage

Taille de l'échantillon : Notre échantillon était exhaustif, fait de tout aidant respectant les critères d'inclusion et présent au chevet des patients au cours de la période d'étude. Plusieurs aidants pouvaient être recrutés chez un même patient.

Déroulement de l'enquête : Nous avons élaboré un guide d'entretien et un questionnaire. Le questionnaire était administré par le même enquêteur suivant une méthode semi-dirigée. Le questionnaire était lu. Des questions ouvertes et des questions à choix multiples ont été posées. Un temps de réflexion était donné, puis les réponses et propositions choisies étaient consignées intégralement le même jour sur une fiche individuelle. Chaque interview durait 20 à 30 minutes.

Description des variables

Le questionnaire comportait les informations suivantes :

- Les données sociodémographiques : l'âge, le sexe, le niveau de scolarisation, la profession, le lien de parenté avec le patient.
- Les connaissances générales et perceptions d'ordre général sur les AVC : Les sources d'information, la définition de l'AVC, les victimes, le principal organe cible, etc...
- Les connaissances des facteurs de risques de l'AVC : Il s'agissait dans un premier temps de citer spontanément si possible, trois facteurs de risque des AVC. Il était ensuite demandé à l'aidant d'identifier tous les facteurs de risque de l'AVC au sein d'une liste qui lui était proposée.
- La connaissance des signes et symptômes de l'AVC : Il consistait à citer spontanément si possible trois signes ou symptômes des AVC. Il fallait également identifier dans liste, les signes ou symptômes de l'AVC.

- La connaissance des moyens de prévention de l'AVC : il consistait dans un premier temps, à citer spontanément si possible trois moyens de prévention des AVC. Il s'agissait ensuite de demander à l'aidant d'identifier les moyens de prévention de l'AVC au sein d'une liste qui lui a été proposée.
- Prise en charge et pronostic des AVC : Il consistait à savoir si l'AVC était une maladie mortelle, s'il pouvait récidiver, et s'il pouvait laisser des séquelles. Il s'agissait également de savoir si la rééducation avait une place dans la prise en charge de l'AVC.
- Attitude pratique en cas de suspicion d'un AVC : L'aidant devait décrire l'attitude immédiate face à une personne chez qui il était suspecté un AVC. Par la suite, une liste de geste à faire lui était proposée. Il devait choisir dans ladite liste le geste qu'il ferait en cas de suspicion d'AVC.

Saisie et analyses des données

Les données ont été enregistrées et analysées avec le logiciel SPSS version 22.0.

Les données qualitatives ont été exprimées en effectif et en proportion. Les données quantitatives ont été groupées en classes et exprimées sous forme de moyenne +/- l'écart type.

RESULTATS

Données sociodémographiques

Cent six aidants ont été inclus dans l'étude. L'âge moyen était de $40,18 \pm 13,09$ ans (extrêmes : 18 et 83 ans) et 37 aidants (34,91%) étaient dans la tranche d'âge [35-44 ans]. Il y avait 74 femmes (69,80%) et 32 hommes (30,20%). Vingt-deux aidants (20,80%) n'étaient pas scolarisés quand 34 (32,10%) avaient le niveau secondaire (Figure 1) avec une majorité de commerçants (27,36%). Tous les patients avaient au minimum un aidant principal, ayant ou non un lien de parenté, pendant la période de l'étude. Il s'agissait d'un descendant dans 35 cas (33,02%), d'un frère ou d'une sœur dans 19 cas (17,92%), du conjoint dans 13 cas (12,26%) ou d'un ami dans 6 cas (5,66%).

Connaissances générales et perceptions sur les AVC

Cent trois aidants affirmaient avoir déjà entendu parler de l'AVC, soit 97,17% de l'effectif total. Les principaux canaux étaient les discussions informelles entre « amis » pour 62 aidants (60,19%), les médias (télévision, radio et internet) pour respectivement 46 (44,66%), 13 (12,62%) et 16 (15,53%) aidants (Tableau 1). Le personnel médical représentait la source d'information chez 57 aidants (53,77%). Huit enquêtés (7,55%) ont reconnu l'AVC comme une maladie du cerveau quand 16 (15,09%) n'en n'avait aucune idée et 34 (32,08%) le définissait comme « une maladie due à l'hypertension artérielle ». Seize (15,10%) de ces aidants considéraient l'AVC comme une maladie uniquement des personnes âgées. Dans notre étude, 28 (26,41%) aidants estimaient que l'AVC était une maladie héréditaire, et un peu plus de la moitié (53 aidants) estimaient que les AVC pouvaient avoir une origine mystique.

Connaissance sur les facteurs de risque de l'AVC

Les aidants considéraient l'HTA et le stress comme les principaux facteurs de risque. Ils ont été spontanément cités par 43 et 32 d'entre eux soit respectivement 40,57% et 30,00% des cas (Tableau 2). Dans une liste, 61 aidants (57,55%) identifiaient « les sortilèges » comme un facteur de risque (Tableau 3). Vingt-et-un participants étaient incapables de citer correctement un facteur de risque des AVC (19,80%).

Connaissance sur les symptômes et moyens de prévention des AVC

Le déficit moteur et les troubles du langage étaient les symptômes les plus représentatifs et spontanément cités par 83 et 37 aidants, soit dans 78,30% et 37,74% des cas. L'activité physique régulière et le contrôle de l'HTA étaient les moyens de prévention les plus cités par 45 et 29 sujets (respectivement 42,45% et 27,36%).

Prise en charge et pronostic des AVC

Si 82,1% des aidants (87 sujets) avait peur des AVC, 98,10% d'entre eux (103 aidants) estimait qu'il était possible de survivre après un AVC. Plus spécifiquement, la guérison était jugée possible après un AVC pour 96 aidants (90,60%). Soixante-dix-neuf aidants (74,50%) estimaient qu'il était possible de récidiver d'un AVC chez un même patient. La rééducation était reconnue comme importante dans la prise en charge des AVC par 100 aidants (94,30%); et 97,20% des répondants (103 aidants) reconnaissait qu'il était possible de garder des séquelles après un AVC. La majorité des aidants (99,10%) admettait la nécessité d'une prise en charge médicale urgente. En cas de suspicion d'AVC, 46 sujets, (43,40% des aidants) déclaraient également qu'ils feraient une « saignée » des doigts du patient (Tableau 4).

DISCUSSION

Nous avons mené une étude prospective sur une période de trois (03) mois qui a permis de renseigner sur les connaissances, les perceptions et les attitudes de l'entourage des patients victimes d'AVC et séjournant en milieu hospitalier. L'élaboration de ce travail ne s'est pas faite sans difficultés liées à des biais de sélection et d'information. Le recrutement des aidants dès l'admission des patients nous a permis d'atténuer l'impact de ces biais.

Caractéristiques épidémiologiques

Les participants à notre étude avaient un âge compris entre 18 et 83 ans. Ce résultat se rapproche des extrêmes de 18 et 85 ans rapportés par *Nakibuuka et al* (7) en Ouganda. L'âge moyen des aidants de notre étude était de $40,18 \pm 13,09$ ans. Cet âge moyen était supérieur à celui rapporté par *Cossi et al* (2) chez qui il était de $31 \pm 14,1$ ans.

Toutefois, *Metias et al* (6) ont rapporté un âge moyen plus élevé égal à 53,4 ans au Canada. Face à l'insuffisance d'aides-soignants dans notre contexte, le besoin d'aidant à la fois adulte et assez fort pourrait expliquer la moyenne d'âge rapportée dans notre étude.

Le genre féminin était le plus représenté avec 69,80%, ce qui peut s'expliquer par le fait que dans les sociétés africaines, les femmes sont très souvent assignées à être au chevet des malades et à en prendre soin. Cette prédominance féminine est rapportée par la plupart des auteurs. Dans une étude en milieu hospitalier camerounais, *Nansseu* (8) a observé 57,4% de femmes. Au cours des études réalisées au sein de la population générale, *Cossi* (2) au Bénin, *Nabibuuka* (7) en Ouganda, et *Gomes* (3) au Brésil ont respectivement rapporté 58,5%, 68%, et 54,2% de femmes.

Le pourcentage des aidants non scolarisés était de 20,80%. Les niveaux primaires et secondaires représentaient respectivement 26,40 et 32,10%. Nos résultats sont proches de ceux de *Cossi* (2) au Bénin, qui a rapporté respectivement 28,3 et 36,8%. Le niveau de scolarisation en Afrique sub-saharienne demeure globalement faible. Les personnes non ou peu scolarisées sont le plus souvent les plus disponibles, cela pourrait expliquer les résultats rapportés dans notre étude.

Les enfants des patients hospitalisés pour AVC étaient les plus représentés avec 33% des aidants. Cette prédominance des enfants est conforme aux us et coutumes africaines selon laquelle la descendance est responsable de la prise en charge du parent malade.

Connaissances générales et perceptions sur les AVC.

La majorité des participants de notre étude, soit 97,17%, a affirmé avoir déjà entendu parler de l'AVC. L'entourage proche était très souvent une source non négligeable d'information sur les AVC. Ils ont cité à 60,19% « les amis », suivis du personnel médical venant en deuxième position, talonnés par la télévision avec respectivement 53,77 et 44,66%. Au Cameroun, *Nansseu* (8) a rapporté que 99% des participants affirmaient avoir déjà entendu parler des AVC. L'entourage proche y était fréquemment cité comme principale source d'information sur les AVC par 83% des participants. Au cours des travaux de *Cossi* (2), la famille a été majoritairement citée avec 25,10% des participants. La télévision comme canal d'information était moins citée au cours d'autres études africaines. La télévision était citée par 16,40% des participants dans l'étude menée par *Nansseu* (8). En Occident par contre, *Metias* (6) a rapporté que la télévision constituait une meilleure source d'information, elle était citée par 67,6% des participants de son étude. En

Côte d'Ivoire, la rareté de la diffusion d'informations médicales et ou scientifiques au sujet des AVC, via les médias de masse, pourrait expliquer l'usage prédominant des proches comme source d'information.

Bien que 97,17% des participants de notre étude ait affirmé avoir déjà entendu parler de l'AVC, seulement 12 aidants (11,30%), ont correctement défini le sigle AVC. L'AVC était défini comme une « maladie due à l'hypertension artérielle » par 32,08 % des participants. Ces résultats pourraient s'expliquer par le faible niveau de connaissance de l'AVC associé à un faible niveau de scolarité de la majorité de la population de notre étude. Au Brésil, au cours d'une étude sur les connaissances de la population sur les AVC, *Gomes et al* (3), avaient rapporté que 35,1% des participants avaient échoué à définir correctement l'AVC.

Dans notre étude, une proportion non négligeable de répondants, soit 15,10%, estimaient que seules les personnes âgées étaient la cible des AVC. Cette proportion de notre population a occulté l'évidence selon laquelle les sujets plus jeunes ne sont pas à l'abri des AVC. Cette ignorance serait due à la carence d'informations sur les AVC. Jadis considéré par certains comme une maladie des sujets âgés, l'AVC peut affecter des personnes de tout âge. Les enfants de 0 à 19 ans et les adultes jeunes sont également concernés. De plus en plus, l'on note une hausse de la prévalence des AVC chez les sujets plus jeunes (4).

La moitié des participants estimaient que l'AVC pouvait avoir une origine mystique, et 57,50% identifiaient les « sortilèges » comme facteur de risque d'AVC. En Côte d'Ivoire, L'étude de *Manou* (5) a permis d'interroger l'entourage des patients victimes d'hémiplégie vasculaire sur la cause de l'hémiplégie vasculaire. Il y a été rapporté que 53% des aidants évoquaient « un sort » comme cause. Cela pourrait être dû à l'impact des conceptions socioculturelles et anthropologiques des peuples ivoiriens, voire africains. Ils imputent souvent à la pathologie un caractère mystique. L'analphabétisme aurait inéluctablement un impact sur la perception de la maladie et de son handicap.

Connaissances sur les facteurs de risque de l'AVC

Dans notre étude 19,80% des participants étaient incapables de citer correctement un facteur de risque des AVC. Ce résultat se rapproche de celui de *Cossi* (2), où 21,8% des participants ne connaissaient aucun facteur de risque des AVC.

Au cours d'une étude australienne, *Yoon* (14) a rapporté que dans une population urbaine, 76,2% des participants connaissaient au moins un facteur de risque des AVC. Ce dernier résultat était proche de celui de *Nabibuuka* (7) qui a trouvé 73,4% de participants citant au moins un facteur de risque des AVC. Le pourcentage des participants citant spontanément l'HTA et le stress comme facteur de risque de l'AVC était respectivement 40,57 et 30%. Au Canada en 2015, l'étude de *Metias et al* (6) a rapporté que, parmi les facteurs de risque, l'HTA était spontanément citée par 49% des participants. L'on y notait par ailleurs que le stress était cité par 13,7% des participants de leur étude. En Ouganda (7) les facteurs de risque les plus cités étaient le stress et l'HTA avec respectivement 36,6 et 28,9% des répondants. Au Bénin (2), 34,5% de la population avait le plus identifié l'HTA comme facteur de risque d'AVC, tandis que la peur et le stress y étaient cités par 7,6% des participants. Globalement, lorsqu'il est demandé aux aidants de citer spontanément les facteurs de risque de l'AVC, les facteurs de risque classiques été insuffisamment identifiés.

Connaissances sur les symptômes et signes d'AVC.

L'hémiplégie est le signe d'AVC le plus souvent cité dans le monde, bien qu'il existe d'autres signes ou symptômes très souvent mal identifiés au quotidien. Cela suppose que nos populations ne consultent qu'en présence de signes déficitaires graves mais pas devant les signes inhabituels de début et dits mineurs. Au Canada (6), la prédominance d'un déficit moteur hémicorporel et d'un trouble du langage a été rapportée comme signe d'AVC. *Metias* (6) y a rapporté que, 67,2 et 63,2% des participants évoquaient spontanément une hémiplégie ou une hémiparésie et un trouble du langage comme signe d'AVC. Au Cameroun (8) cependant, les signes et symptômes majeurs les plus cités étaient un trouble de la parole et un déficit moteur hémicorporel avec respectivement 98,3 et 98,0%.

Connaissances sur les moyens de prévention des AVC

L'activité physique régulière et le contrôle de l'HTA ont été les plus cités par respectivement 42,45 et 27,36% des répondants. Dans l'étude de *Gomes* (3), 28,80% des répondants étaient capables de citer au moins trois

moyens de prévention des AVC. Le moyen de prévention le plus connu était également l'activité physique avec 39,80%, suivi par la lutte contre l'obésité et le contrôle de la pression artérielle (respectivement 29 et 28,40%). Ces résultats dénotent d'un faible niveau de connaissance des moyens de prévention de l'AVC. Bien que l'hypertension ait été reconnue comme facteur de risque important, la connaissance de l'importance de son contrôle mérite d'être davantage répandue au sein de la population.

Prise en charge et pronostic des AVC

Trois quarts des participants estimaient qu'il y avait possibilité de récurrence après un AVC. Ce résultat est comparable à celui rapporté en Ouganda par *Nabibuuka* (7), où 76,1% des participants estimaient qu'une récurrence d'AVC était possible.

Dans notre étude, 94,30% des aidants estimaient que la rééducation était importante dans la prise en charge des AVC. La rééducation a une place de choix dans la prise en charge de l'AVC. Par sa précocité, elle impacte le pronostic des AVC (13).

Au sein de notre population d'étude, appeler les services d'urgences et /ou y conduire immédiatement les personnes suspectes d'être victimes n'était pas toujours un réflexe. Dans notre étude, respectivement 78,30% et 59,40% des participants, confrontés à la survenue d'un AVC, appelleraient immédiatement une ambulance. En Occident, l'appel des services médicaux d'urgence est plus développé. Au Canada (6) 94,1 % des participants appelleraient un service médical d'urgence. *Yoon*, quant à elle, a rapporté que 67,3% des participants appelleraient une ambulance en Australie (14). Nous avons noté l'émergence de certains gestes inutiles, peu commodes fréquemment réalisés chez les victimes d'AVC. Il s'agissait entre autre de faire saigner les doigts (43,40%). L'intérêt de cette pratique serait véhiculé au sein de la population à travers plusieurs sites internet et les réseaux sociaux. Cette méthode non conventionnelle viendrait de la médecine chinoise et serait efficace pour sauver le malade. En réalité cette méthode est inefficace, elle n'est pas utilisée en médecine conventionnelle, et ses bénéfices n'ont pas été confirmés par la littérature scientifique.

CONCLUSION

L'aidant familial est un maillon essentiel dans la prise en charge des AVC, en Afrique où il existe dans nos services un déficit en personnel soignant et non soignant justifiant l'implication de ces aidants. Evaluer leur niveau de connaissance serait un bon indicateur en vue de mieux orienter les approches et politiques en termes de prise en charge et de sensibilisation de la population. Il en ressort que les connaissances des facteurs de risque, des symptômes et des moyens de prévention des AVC demeurent insuffisantes.

Figure 1 : Répartition des aidants selon le niveau de scolarité.

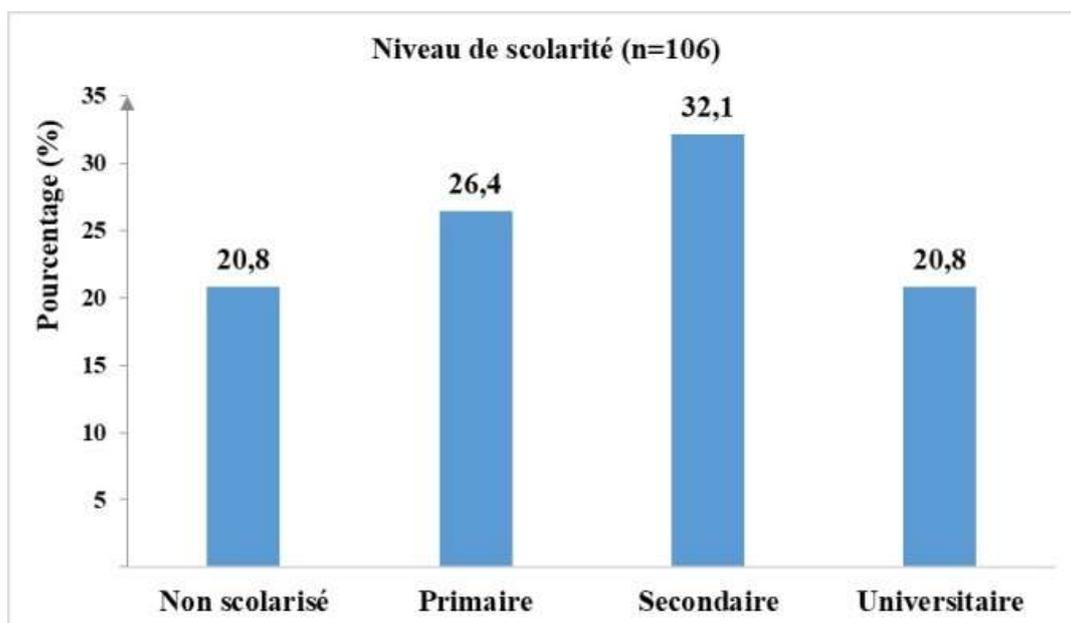


Tableau I : Répartition des aidants selon les principales sources d'informations sur les AVC.

Sources d'information	Effectif (n=103)	Pourcentage (%)
Amis	62	60,19
Personnel médical	57	53,77
Télévision	46	44,66
Famille	45	43,69
Internet	16	15,57
Radio	13	12,62

Tableau II : Répartition des aidants selon les facteurs de risque d'AVC spontanément cités.

Facteurs de risque spontanément cité	Effectif (n=106)	Pourcentage (%)
HTA	43	40,57
Stress	29	30,00
Alcoolisme	18	16,98
Hypercholestérolémie	16	15,09
Sédentarité	11	10,38
Tabagisme	9	8,49
Diabète	9	8,49
Obésité	6	5,66
Age avancé	1	0,94

Tableau III : Répartition des aidants selon les facteurs de risque choisis sur une liste proposée.

Facteurs de risques des AVC choisis/liste	Effectif (n=106)	Pourcentage (%)
HTA	99	93,4
Colère	96	90,6
Stress	95	89,6
Obésité	84	79,2
Cardiopathie	83	78,3
Hypercholestérolémie	82	77,4
Sédentarité	80	75,5
Tabac	69	65,1
Alcool	68	64,2
Age avancé	68	64,2
Sortilège	61	57,5
Diabète	59	55,7
ATCD Familial d'AVC	46	43,4
Chaleur	31	29,2
Paludisme	27	25,5
Fièvre typhoïde	18	17

Tableau IV : Répartition des aidants selon leurs attitudes immédiates face à une personne suspecte d'AVC

Attitude immédiate face une suspicion d'AVC	Effectif (n=106)	Pourcentage (%)
Amener immédiatement à l'hôpital	105	99,1
Noter l'heure de survenue des symptômes de l'AVC	95	89,6
Appeler une ambulance.	83	78,3
Appeler le SAMU	63	59,4
Faire saigner les doigts	46	43,4
Asperger son visage avec de l'eau	29	27,4
Faire rouler la victime sur elle-même	25	23,6
Laver le malade avec de l'eau froide.	11	10,4
Laver le malade avec de l'eau tiède	3	2,8

REFERENCES

1. CONNOR MD, WALKER R, MODI G, WARLOW CP. Burden of stroke in black populations in sub-saharan Africa. *Lancet Neurol* 2007;6:269-78.
2. COSSI MJ, PREUX PM, CHABRIAT H, GOBRON C, HOUINATO D. Knowledge of stroke among an urban population in Cotonou (Benin). *Neuroepidemiology* 2012;38(3):172-8.
3. GOMES ABAGR, HENRIQUE M JR, SCHOEPS VA, SANTOS MMSA, PELLEGRINELLI A, DE MATOS BP, KUBOTA GT, ARAUJO HA, DA SILVA LSAC, DE PAULA LEITE BATTISTI F, KUBOTA BY, FERREIRA AC, PELLEGRINO MP, DE ANDRADE PRADO R, ABRAHM R, GAGLIARDI VDB, SIMIS M, GAGLIARDI RJ. Popular stroke knowledge in Brazil: A multicenter survey during « World Stroke Day ». *eNeurologicalSci* 2017;6:63-7.
4. KRISHNAMURTHI RV, DEVEBER G, FEIGIN VL, BARKER-COLLO S, FULLERTON H, MACKAY MT, O'CALLAHAN F, LINDSAY MP, KOLK A, LO W, SHAH P, LINDS A, JONES K, PARMAR P, TAYLOR S, NORRVING B, MENSAH GA, MORAN AE, NAGHAVI M, FOROUZANFAR MH, NGUYEN G, JOHNSON CO, VOS T, MURRAY CJ, ROTH GA; GBD 2013 STROKE PANEL EXPERTS GROUP. Stroke Prevalence, Mortality and Disability-Adjusted Life Years in Children and Youth Aged 0-19 Years: Data from the Global and Regional Burden of Stroke 2013. *Neuroepidemiology* 2015;45 (3):177-89.
5. MANOU KB, KOUAKOU KJ, ALLOH D, AKADJE D, PILLAH A-L, COULIBALY A, *NANDJUI B*. L'impact des conceptions socioculturelles et anthropologiques du peuple baoulé nanafoue du groupe akan de Côte d'Ivoire sur le processus de prise en charge médicale moderne et rééducative de l'hémiplégie vasculaire. *Afr J Neurol Sci* 2011;30(1):69-75.
6. METIAS MM, EISENBERG N, CLEMENTE MD, WOOSTER EM, DUECK AD, WOOSTER DL, ROCHE-NAGLE G. Public health campaigns and their effect on stroke knowledge in a high-risk urban population: A five-year study. *Vascular* 2017;25(5):497-503.
7. NAKIBUUKA J, SAJATOVIC M, KATABIRA E, DDUMBA E, BYAKIKA-TUSIIME J, FURLAN AJ. Knowledge and perception of stroke: a population-based survey in Uganda. *ISRN Stroke* 2014;2014:10. 1155/2014/309106
8. NANSSEU JR, ATANGANA CP, PETNGA SN, KAMTCHUM-TATUENE J, NOUBIAP JJ. Assessment of the general public's knowledge of stroke: A cross-sectional study in Yaoundé, Cameroon. *J Neurol Sci* 2017 Jul 15;378:123-9.
9. NORDANSTIG A, ASPLUND K, NORRVING B, WAHLGREN N, WESTER P, ROSENGREN L. Impact of the Swedish National Stroke Campaign on stroke awareness. *Acta Neurol Scand* 2017;136(4):345-51.
10. OBEMBE AO, OLAOGUN MO, BAMIKOLE AA, KOMOLAFE MA, ODETUNDE MO. Awareness of risk factors and warning signs of stroke in a Nigeria university. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2014;23(4):749-58.
11. RIGBY H, GUBITZ G, PHILLIPS S. A systematic review of caregiver burden following stroke. *Int J Stroke* 2009;4(4):285-92.
12. SAGUI E. Les accidents vasculaires cérébraux en Afrique subsaharienne. *Med Trop* 2007;67:596-600.
13. SCHNITZLER A, WOIMANT F, NICOLAU J, TUPPIN P, DE PERETTI C. Impact de la rééducation spécialisée après AVC : les résultats de l'exploitation des données PMSI en 2009. *Rev Neurol* 2014;170:A215-216.
14. YOON SS, HELLER RF, LEVI C, WIGGERS J. Knowledge and perception about stroke among an Australian urban population. *BMC Pub Health* 2001;1:14.