



Royaume du Maroc المملكة المغربية

كلية الطب والصيدلة
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année universitaire 2017-2018

DEVENIR ET QUALITÉ DE VIE DES PERSONNES AYANT SUBI UN
ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme d'université de
**READAPTATION CARDIORESPIRATOIRE DES MALADIES
CHRONIQUES ET DU VIEILLISSEMENT**

Par Monsieur :

Younes el hajri

Fonction et affiliation

Kinesithérapeute

Encadré par :

- Prof:

Pr Maryam FOURTASSI

- Prof:

Pr Abderrazak HAJJIOUI

Juillet 2018

INTRODUCTION

L'AVC est un événement de vie majeur dont la survenue entraîne des bouleversements sur les plans physique, psychologique et économique, mais aussi familial et social : changements dans le partage des tâches et dans les activités telles que les sorties, loisirs, activités culturelles, et dans la vie relationnelle avec les amis, en particulier dans le couple lorsque les séquelles touchent la sphère intime [2].

La diminution des finances publiques, et plus récemment l'application du principe de responsabilisation des familles à l'égard de la santé, ont contribué à réduire les durées de séjour en milieu hospitalier [3]. De nombreux soins sont dorénavant prodigués à domicile par les membres des familles appelés « aidants informels », « aidants naturels » ou encore « aidants familiaux », qui jouent un véritable rôle social et économique [4]. Bien que le sentiment envers le parent ou l'ami soit un facteur primordial de leur motivation, la grande majorité des aidants (conjoint, enfants, parents ou amis) n'a pas eu le choix d'assumer ce rôle, celui-ci leur étant plus ou moins imposé par la maladie de leur proche.

Le royaume du Maroc est parmi les pays qui ont subi une transition épidémiologique avec un intérêt particulier aux maladies chroniques. Cette transition est due à une modification dans l'âge de la population, des changements de style de vie (accroissement de la consommation du tabac, de l'alcool, diminution dans l'activité physique) ce qui tend à accroître la prévalence des facteurs de risques et donc le risque de survenue d'un AVC.

On enregistre donc une augmentation dans les personnes souffrant de facteurs de risques cardiovasculaire, plus de 33% des marocains est hypertendue, 29% ont un

taux de cholestérol élevé et plus de 13% de la population sont obèses. Les maladies non transmissibles (MNT) deviennent donc un problème majeur de la santé publique.

L'AVC est l'une des MNT constituant un problème de santé publique. Le nombre de personnes souffrant d'accident vasculaire, est en augmentation. L'AVC est aussi la première cause de handicap à l'âge adulte, la deuxième cause de démence et la troisième cause de mortalité. Il est donc clair que cette maladie constitue un lourd fardeau humain et financier aussi bien pour l'individu que pour la société.

La qualité de vie (QDV) est une notion émergente depuis ces 25 dernières années, se transposant sur la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé sur l'état de bonne santé : « La Santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » [Charte d'Ottawa, 1986]. Cette définition introduit la notion de ressenti par le patient, de subjectivité et au final de santé perceptuelle [2]. La littérature sur la qualité de vie des patients neuro-vasculaires commence à être fournie et a déjà démontré sa détérioration par rapport à la population générale ou à des témoins, tant pour le patient que pour son aidant naturel .

Etant donné l'importance et la sévérité de cette pathologie, nous avons conçu la présente étude afin d'évaluer le devenir à long terme chez les patients ayant subi un AVC, et de rechercher les facteurs sociodémographiques et cliniques susceptibles d'influencer ce devenir.

MATERIELS ET METHODES

Type de l'étude:

Il s'agit d'une étude transversale descriptive qui a eu lieu entre Mars et Juin 2018.

Patients et procédure :

Nous avons inclus tous les patients ayant subi un AVC ischémique ou hémorragique confirmé par imagerie, depuis au moins 1 an et qui ont fait leur rééducation au centre de rééducation privé « *MonKiné* » dans la ville de Kenitra, ou à domicile par les kinésithérapeutes travaillant dans ce même centre.

Tous les patients répondant aux critères d'inclusion ont été contactés par téléphone, afin de leur expliquer les objectifs de l'étude et la démarche à suivre et d'obtenir leur consentement. S'ils acceptaient de participer, ils étaient invités à prendre part à une entrevue avec l'investigateur de l'étude (moi même), afin de remplir un questionnaire renseignant sur les différentes données sociodémographiques, le parcours de soin, l'évolution depuis l'accident, ainsi que l'état d'autonomie actuel, les séquelles éventuelles et la qualité de vie. Cette entrevue se déroulait soit au centre de rééducation si le patient acceptait de se déplacer ou à domicile pour ceux ne pouvant le faire.

Outils d'évaluation:

Les données sociodémographiques ont été recueillies par un questionnaire structuré à réponses fermées. L'autonomie dans les AVQ a été évaluée par l'indice de Barthel, la fatigue a été évaluée par le Fatigue Severity Scale (FSS).

Analyse statistique:

L'analyse statistique a été réalisée sur Logiciel SPSS. Pour les variables quantitatives sont précisés les moyennes et les écarts types, et pour les variables qualitatives sont précisés les pourcentages. La recherche des facteurs associés à un meilleur pronostic fonctionnel a été faite par des test chi-2, recherchant les associations

significatives ($p < 0,05$), entre les différents facteurs sociodémographiques et le score de Barthel.

Considérations éthiques:

Cette étude a été entreprise avec respect des lois Marocaines et de la déclaration d'Helsinki pour la protection des personnes. Les participants ont été informés des objectifs de l'enquête, et leur consentement a été obtenu. Tout au long de l'étude, l'anonymat et le respect de la confidentialité des données ont été assurés.

RESULTATS

Notre étude a porté sur 50 patients ayant subi un AVC ischémique ou hémorragique depuis au moins un an.

1. Données sociodémographiques :

1.1. Age et sexe :

L'âge moyen de nos participants était de 62 +/- 8,7 ans avec des extrêmes d'âge entre 22 et 81 ans. Le sexe féminin était prédominant (60%).

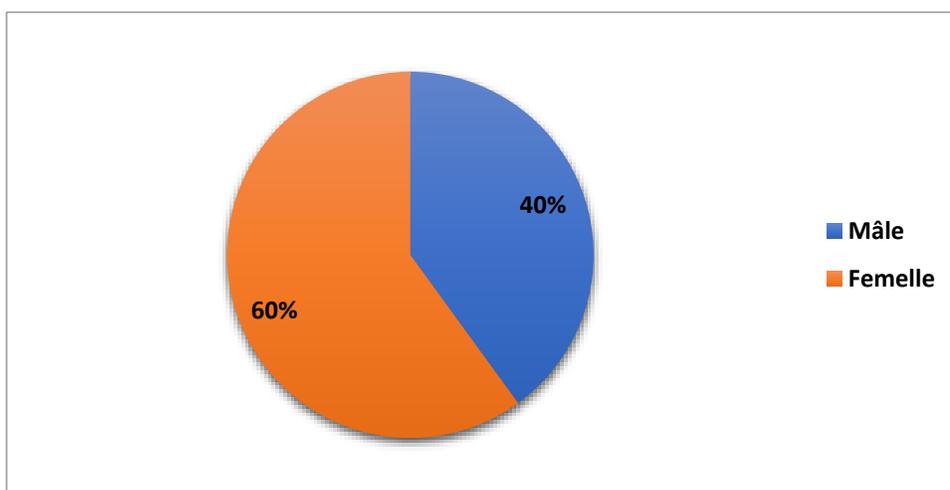


Figure 1. Répartition selon le sexe

1.2. Statut matrimonial :

40 de nos patients étaient mariés (80%), 8 étaient veufs (16%), et 2 étaient célibataires (4%).

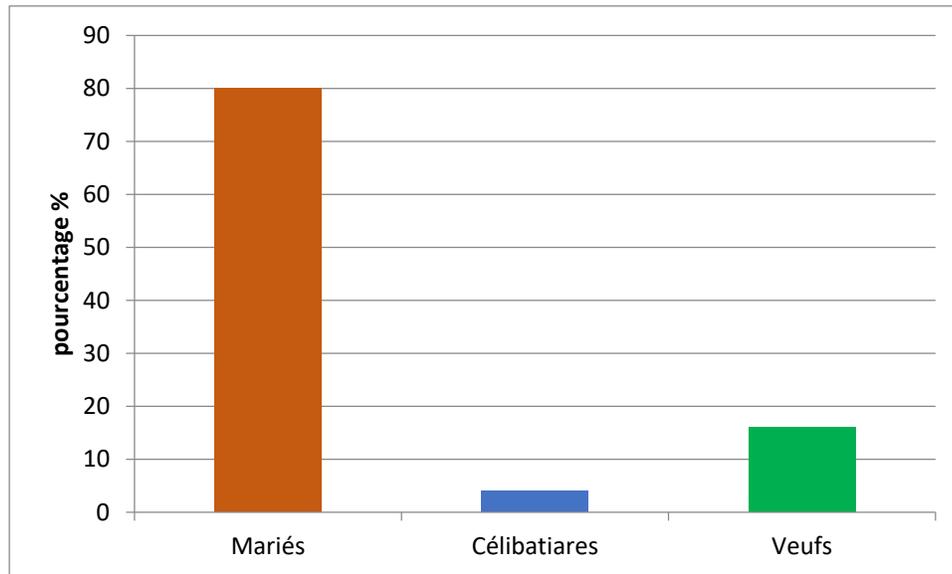


Figure 2. Répartition selon le statut marital

1.3. Niveau éducatif:

Nos patients étaient illettrés dans 42% des cas, avaient un niveau de scolarité primaire dans 22% des cas, secondaire dans 8% des cas, et tertiaire dans 28% des cas.

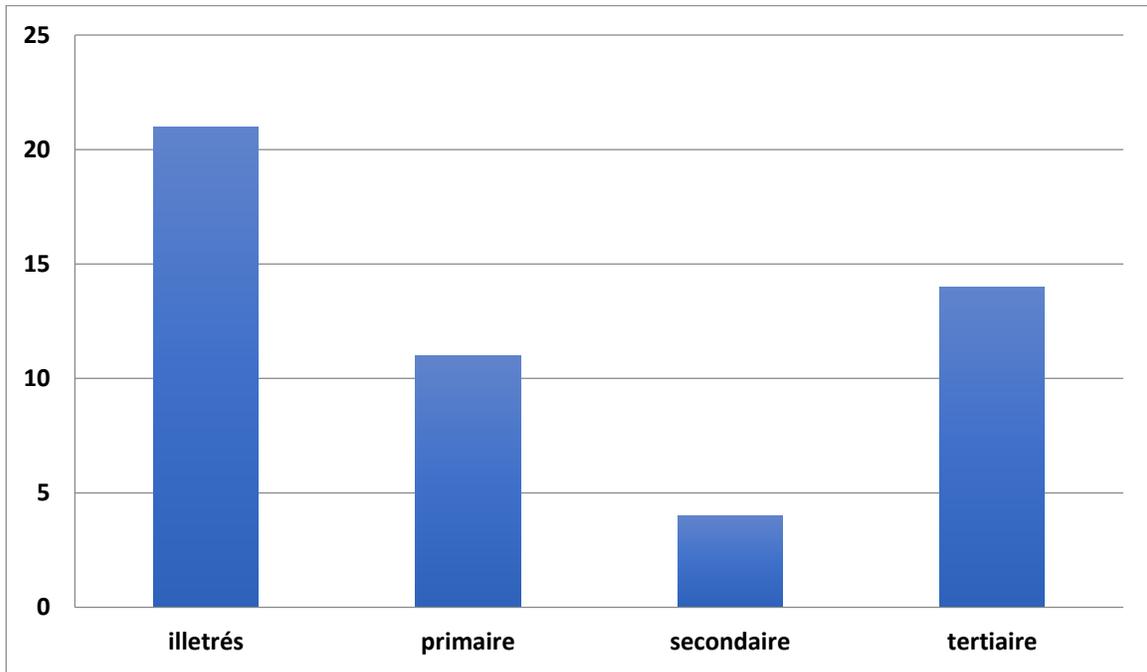


Figure3. Répartition des patients selon leur niveau d'éducation

1.4. Lieu de résidence:

Tous nos patients sauf un, habitaient dans le milieu urbain (98%), dont 24 vivaient à l'étage sans ascenseur (48%).

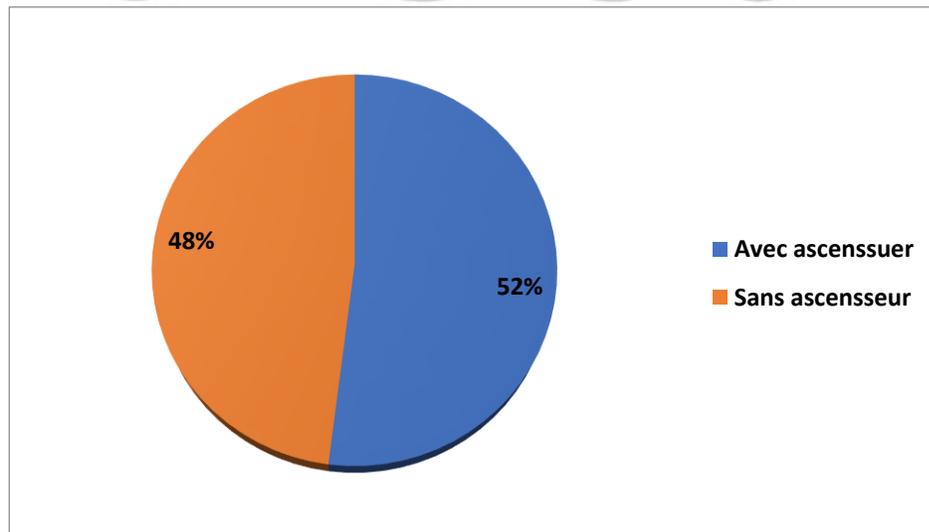
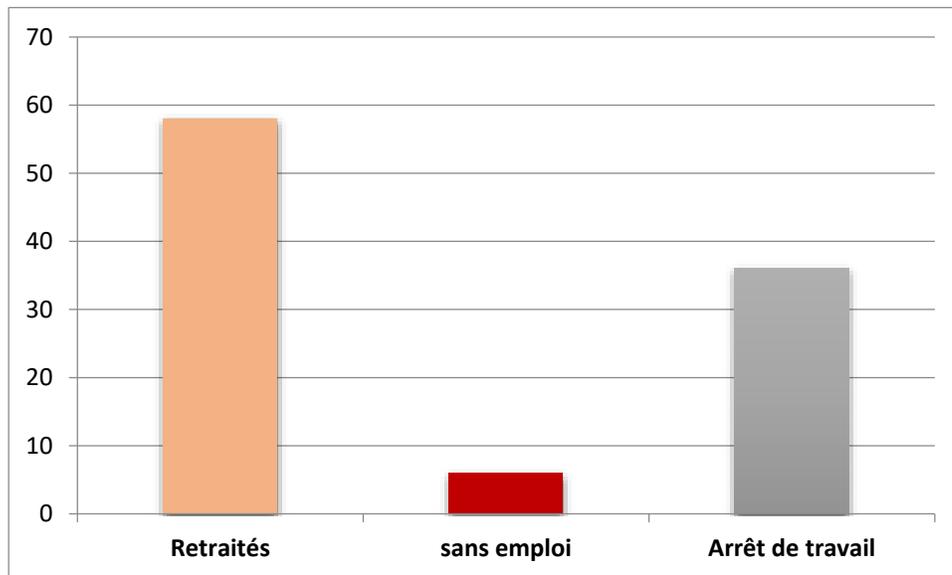


Figure 4. Répartition des patients selon l'accès à l'habitat par ascenseur

1.5. Profession et couverture sanitaire:

29 patients étaient retraités (58%), alors que 3 étaient sans emploi (6%), et 18 en arrêt de travail (36%). La majorité des patients avaient une couverture sanitaire (CNOPS, CNSS, FAR, assurances), alors que seulement 6 patients avaient accès au seul RAMED (12%).



[. Figure 5. Répartition des patients selon l'activité professionnelle](#)

1.6. Revenu mensuel:

Pour ce qui est du revenu mensuel, 15 patients ont déclaré avoir un revenu <2500dh (30%), alors que 19 ont déclaré avoir un revenu >5000dh (38%).

2. Données cliniques:

2.1. Type d'AVC et précocité de prise en charge :

Dans notre population, la prévalence de l'AVC ischémique était prédominante (68%) alors que l'AVC hémorragique a touché 32% des cas. 21 des patients (42%) déclarent être arrivés à l'hôpital dans la première heure ayant suivi l'installation du déficit, et 10 dans la deuxième heure (20%), et pourtant ils n'ont pas pu avoir accès à un traitement par thrombolyse.

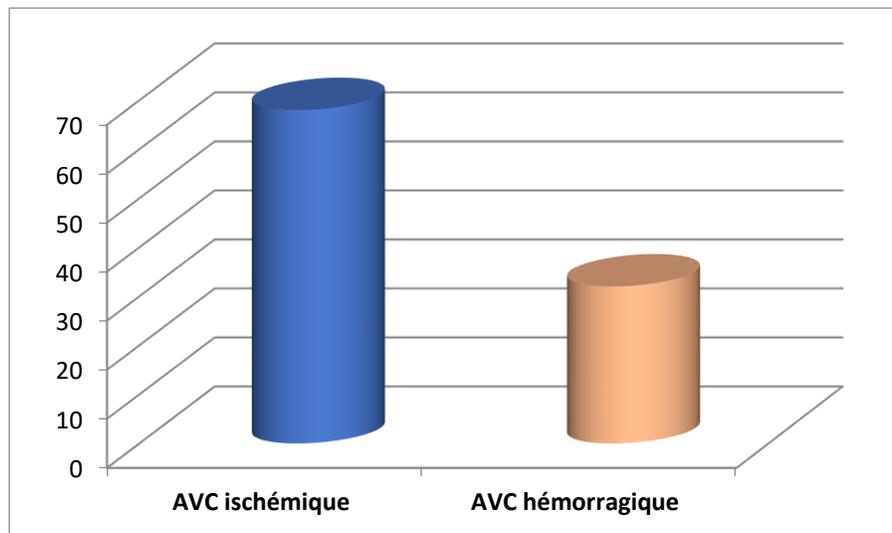
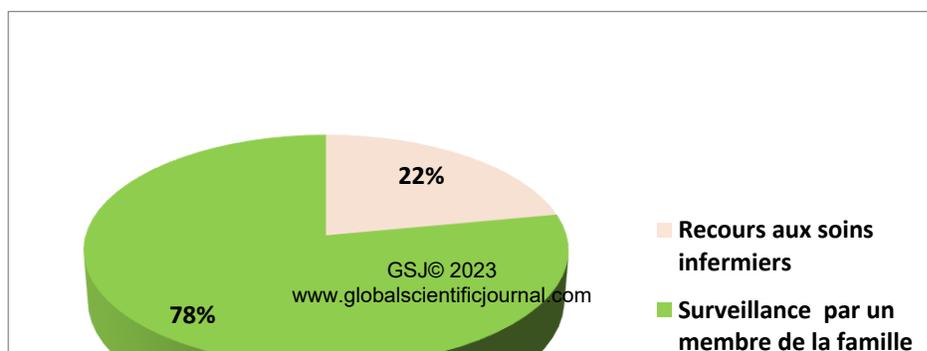


Figure 6. Répartition des patients selon le type de l'AVC

32 patients (64%) ont fait un séjour hospitalier de moins de 3 jours alors que seulement 9 patients ont dépassé 8 jours d'hospitalisation (18%).

A la sortie de l'hospitalisation, 11 patients (22%) ont eu recours aux services d'une infirmière à domicile alors que les autres (78%) ont été confiés à leurs familles comme seul recours.



[. Figure 7. Personnes ressources à la sortie d'hospitalisation](#)

2.2. Ancienneté de l'AVC:

L'ancienneté moyenne de l'AVC était en moyenne de 1,88 +/- 1,18 années, avec un minimum de 1 an, et un max de 6 ans. 30% des patients avaient subi leur AVC depuis 2 ans, 8% des cas depuis 3 ans, et 12% des cas avaient une ancienneté de l'AVC supérieure ou égale à 4 ans.

3. Evaluation clinique actuelle:

3.1. Déambulation

Dans notre population évaluée, seulement 9 patients (18%) ont récupéré une déambulation complètement autonome, alors que 28 autres (56%) marchaient avec aide technique (cane tripode, déambulateur) et 13 patients sont limités à l'utilisation du fauteuil roulant (26%). Ces dernières sont dépendantes dans leurs déplacements aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur car ils n'ont pas de fauteuils adaptés et ont besoin d'une tierce personne pour pousser le fauteuil.

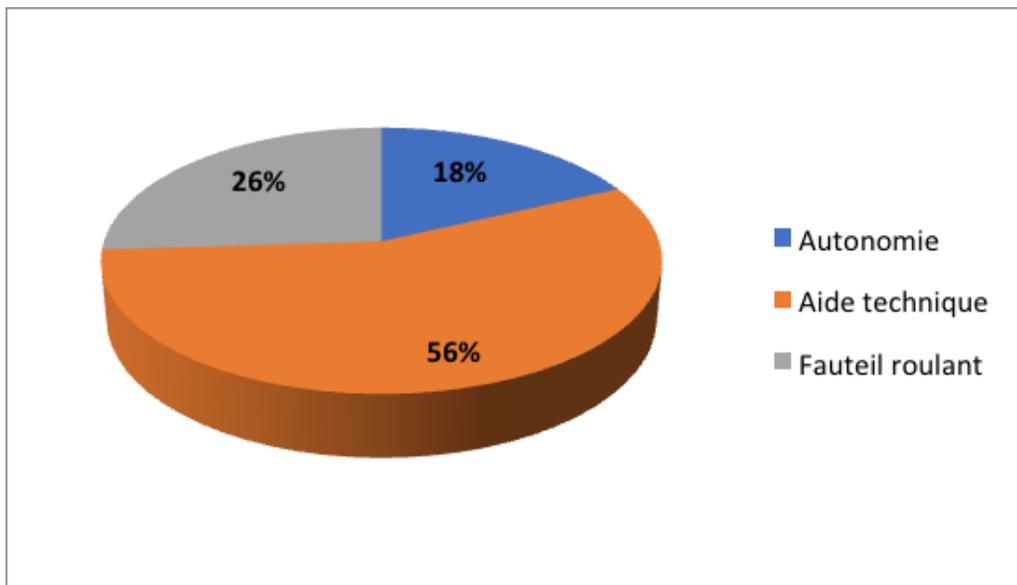


Figure 8. Répartition selon le type de déambulation

3.2. Complications vésico-sphinctériennes

32 patients (64%) continuent à souffrir de troubles du transit intestinal avec constipation chronique, 12 patients (24%) ont gardé des troubles urinaires gênants et 21 patients (42%) n'ont pas pu retrouver une vie sexuelle satisfaisante après l'accident.

3.3. Etat cutané et spasticité

11 patients (22%) présentaient des escarres cutanées dans divers endroits, et 19 d'entre eux (36%) souffraient d'une spasticité au niveau de l'hémicorps déficient.

3.4. Indice de Barthel :

48% des patients avaient un indice de Barthel >60, alors que 28% avaient un indice de Barthel entre 40 et 60, et 24% avaient un indice <40.

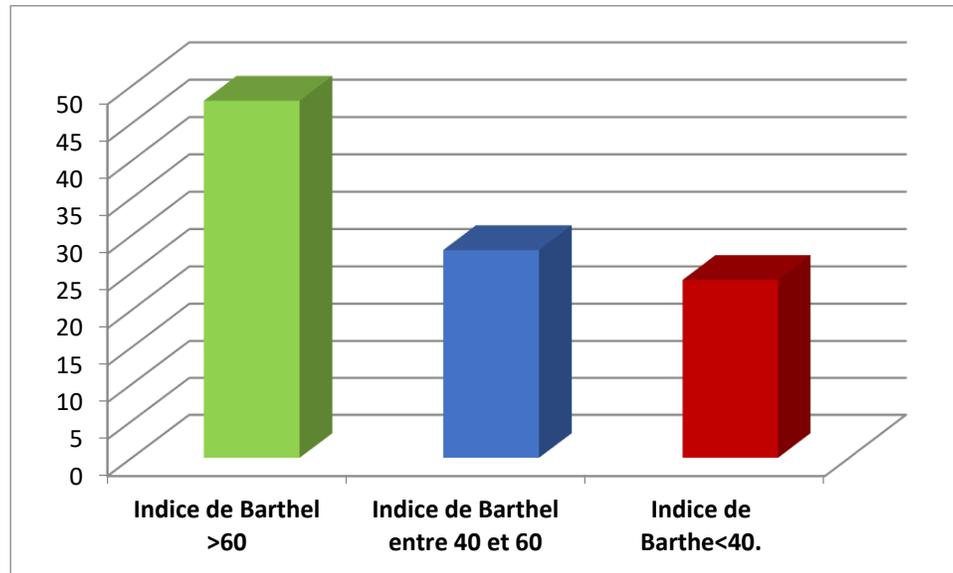


Figure 9. Répartition selon l'indice de Barthel

3.5. Score de Fatigue (FSS)

La moyenne du score FSS était de 4,8 +/- 1,6, avec des extrêmes entre 1 et 7. Seulement 5 patient (10%) avaient un score FSS qui était considéré normal (absence de sensation de fatigue) : à savoir FSS < 2,8.

4. Facteurs associés au mauvais devenir fonctionnel

Pour réaliser les tests statistiques, nous avons considéré comme patients à bon devenir fonctionnel avec bon niveau d'autonomie, ceux dont l'indice de Barthel était >50, alors que ceux ayant un indice de Barthel <50 étaient considéré comme ayant un faible devenir fonctionnel.

Les acteurs qui étaient retrouvés comme significativement associés à un mauvais devenir fonctionnel étaient la nature hémorragique de l'AVC ($p = 0,006$), le bas niveau de revenu mensuel ($p=0,002$), une longue durée de séjours hospitalier ($p<0,001$) et la présence d'une spasticité ($p<0,001$).

DISCUSSION

Nous avons mené une étude transversale descriptive afin d'évaluer le devenir à long terme, ainsi que le degré d'autonomie et de fatigue chez les patients ayant subi un accident vasculaire cérébrale dans la région du Gharb et plus précisément dans la ville de Kénitra.

Nos résultats ont souligné plusieurs problématiques qui doivent être soulevées dont le retard de prise en charge initiale, et le recours à la famille pour la majeure partie des patients dès la sortie d'hospitalisation initiale qui est de très courte durée, dépassant rarement la semaine.

Nos patients étaient assez jeunes avec une moyenne de 61 ans, et encore professionnellement actif dans 36% des cas, ce qui souligne les conséquences socio-professionnelles engendrées et la difficulté de reprise de travail par défaut de rééducation hospitalière adéquate. Aussi, 48% des patients avaient des difficultés pour accéder à leur domicile car ne disposaient pas d'ascenseur, ce qui expliquerait les limitations engendrées dans les activités socio-professionnelles nécessitant déjà que le patients puisse quitter son domicile sans risque majeur.

L'indice de Barthel était très limité < 60 dans plus de la moitié des cas (52%) et ce après une année d'évolution et même après plusieurs séances de kinésithérapie de ville, ce qui témoigne du niveau de dépendance qui reste majeur chez une grande partie des patients notamment vis à vis de leurs familles augmentant ainsi les charges physiques et financières du ménage. Nous avons aussi retrouvé que la spasticité était un facteur favorisant d'un faible devenir fonctionnel, or la spasticité peut être traitée si une prise en charge en MPR était réalisée dans les normes, mais dont nos patients n'ont pas bénéficié, faute de moyens ou d'orientation de la part des autres professionnels de santé.

En plus de la limitation fonctionnelle, nos patients continuent à souffrir de nombreuses complications cliniques qui peuvent être handicapantes sur tous les niveaux comme les troubles de transit intestinal (64%), troubles de continence urinaire (24%) et

troubles sexuels (42%). Ces troubles peuvent aussi être pris en charge de façon optimale dans des services dédiés à ces patients comme les services de MPR.

Enfin, 60% de nos patients présentaient une fatigue chronique qui ne peut qu'aggraver leur handicap et limitations fonctionnelles et réduire leur autonomie.

CONCLUSIONS

Le devenir et la qualité de vie sont des concepts multidimensionnels qui incorpore outre la santé physique les aspects mentaux et sociaux de la maladie.

L'AVC du sujet marocain, garde ses particularités évolutives avec un pronostic plus réservé et une altération profonde du devenir et de qualité de vie n'épargnant aucun domaine de la vie.

Il reste une cause importante d'handicap chez les deux sujet (adulte et vieux) tant sur le plan familial social qu'économique.

L'absence de politique sanitaire adaptée aggrave le pronostic, et ne permettent pas la prise en charge nécessaire à cette pathologie

BIBLIOGRAPHIE

1. GRANGER CV, DEWIS LS, PETERS NC, SHERWOOD CC, BARRETT J. Stroke rehabilitation: Analysis of repeat Barthel Index measures. Arch. Phys. Med. Rehabil, 1979;1:14-17.
- 2 DI CARLO A, LAUNER L J, BRETELER MM et al. Frequency in stroke in europe : A collaborative study of population-based cohort. ILSA Working Group and the neurologie diseases in the Elderly Research Group. Italian Longitudinal Study on Aging. Neurology 2000; 5: 28-33.
- 3 Place des unités neurovasculaires dans la prise en charge des patients atteints d'accident vasculaire cérébral. ANAES Services recommandations professionnelles et service évaluation économique juillet 2002
- 4 la récupération après accident Vasculaire cérébral : rôle de la plasticité cérébrale M. Fourtassi*), a. hajjioui*
- 5 BASSE A .M. Prise en charge des accidents vasculaires cérébraux à Dakar. Thèse Med., Dakar, 2005; n°65.