Université Joseph Fourier
GRENOBLE
PHARMACIE

SICD1
Bibliothèques
de l'UJF et de Grenoble INP

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Année : 2015 N°

PRISE EN CHARGE DU PATIENT TRAITE POUR UN ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL : PLACE DU PHARMACIEN D'OFFICINE

THESE

PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN PHARMACIE

DIPLÔME D'ETAT

Hervé Guillot
Né le 07 novembre 1982 (Grenoble)

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Le : 14 janvier 2015

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

Président du jury : Mme Dr Delétraz-Delporte Martine

Directeur de thèse : Mme Dr Deletraz-Delporte Martine

Membres : Dr Detante Olivier neurologue MCUPH

Dr Romeo Marc pharmacien titulaire

Dr Leconte Marie pharmacien adjoint

La faculté de Pharmacie de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

UFR de Pharmacie de Grenoble

DOMAINE DE LA MERCI
38706 LA TRONCHE CEDEX – France
TEL : +33 (0)4 76 63 71 72
FAX : +33 (0)4 76 63 71 70
Affaire suivie par Lantou FAURE NEUHAUSER Lantou.Faure@ujf-grenoble.fr

Université Joseph Fourier GRENOBLE PHARMACIE

Doyen de la Faculté : **M. le Pr. Christophe RIBUOT**

Vice-doyen et Directrice des Etudes : **Mme Delphine ALDEBERT**

Année 2014-2015

ENSEIGNANTS A L'UFR DE PHARMACIE

STATUT	NOM	PRENOM	DEPARTEMENT**	LABORATOIRE
MCU	ALDEBERT	Delphine	D4	LAPM_UMR SNRS 5163
PU-PH	ALLENET	Benoit	D5	ThEMAS TIMC-IMAG (UMR CNRS 5525)
PU	BAKRI	Aziz	D5	TIMC-IMAG
MCU	BATANDIER	Cécile	D1	LBFA, Inserm U1055
MCU-PH	BEDOUCH	Pierrick	D5	ThEMAS TIMC-IMAG (UMR CNRS 5525)
MCU	BELAIDI-CORSAT	Elise	D5	HP2-Inserm U1042
PAST	BELLET	Béatrice	D5	-
PU	BOUMENDJEL	Ahcène	D3	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
MCU	BOURGOIN	Sandrine	D1	CRI Inserm/UJF U823, équipe 5
MCU	BRETON	Jean	D1	L.C.I.B. - UMR E3 CEA/UJF
MCU	BRIANCON-MARJOLLET	Anne	D5	HP2-Inserm U1042
MCU	BUDAYOVA SPANO	Monika	D4	IBS
PU	BURMEISTER	Wim	D4	UVHCI, UMI 3265 UJF-EMBL-CNRS
MCU-PH	BUSSER	Benoit	D1	CRI Inserm/UJF U823, équipe 5
Professeur Emérite	CALOP	Jean	D5	-
MCU	CAVAILLES	Pierre	D1	LAPM
MCU	CHOISNARD	Luc	D2	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
PU-PH	CORNET	Murielle	D4	THEREX, TIMC-IMAG
PU-PH	DANEL	Vincent	D5	SMUR SAMU
PU	DECOUT	Jean-Luc	D2	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
MCU	DELETRAZ-DELPORTE	Martine	D5	Equipe SIS « Santé, Individu, Société »-EAM 4128) UCB

Mise a jour le 17 novembre 2014 par Lantou FAURE NEUHAUSER

UFR de Pharmacie de Grenoble

Université Joseph Fourier
GRENOBLE
PHARMACIE

DOMAINE DE LA MERCI
38706 LA TRONCHE CEDEX – France
TEL : +33 (0)4 76 63 71 72
FAX : +33 (0)4 76 63 71 70
Affaire suivie par Lantou FAURE NEUHAUSER Lantou.Faure@ujf-grenoble.fr

MCU	DEMEILLIERS	Christine	D1	LBFA, Inserm U1055
PU	DROUET	Christian	D4	AGIM - CNRS 3405
PU	DROUET	Emmanuel	D4	UVHCI, UMI 3265 UJF-EMBL-CNRS
MCU	DURMORT-MEUNIER	Claire	D1	I.B.S
PU-PH	FAURE	Patrice	D1	HP2-Inserm U1042
PRCE	FITE	Andrée	D6	-
PRAG	GAUCHARD	Pierre-Alexis	D3	-
MCU-PH	GERMI	Raphaëlle	D4	UVHCI, UMI 3265 UJF-EMBL-CNRS
MCU	GEZE	Annabelle	D2	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
MCU	GILLY	Catherine	D3	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
PU	GODIN-RIBUOT	Diane	D5	HP2-Inserm U1042
PRCE	GOUBIER MATHYS	Laurence	D6	-
Professeure Emérite	GRILLOT	Renée	D4	-
MCU	GROSSET	Catherine	D2	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
MCU	GUIEU	Valérie	D2	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
MCU	HININGER-FAVIER	Isabelle	D1	LBFA, Inserm U1055
MCU	JOYEUX-FAURE	Marie	D5	HP2-Inserm U1042
MCU	KHALEF	Nawel	D5	TIMC-IMAG
MCU	KRIVOBOK	Serge	D3	IRTSV
PU	LENORMAND	Jean Luc	D1	THEREX, TIMC-IMAG
PU	MARTIN	Donald	D1	TIMC-IMAG, UMR 5525 UJF-CNRS
MCU	MELO DE LIMA	Christelle	D4	L.E.C.A
PU-PH	MOSSUZ	Pascal	D4	THEREX, TIMC-IMAG
MCU	MOUHAMADOU	Bello	D3	L.E.C.A
MCU	NICOLLE	Edwige	D3	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
MCU	OUKACINE	Farid	D2	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
MCU	PERES	Basile	D3	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
MCU	PEUCHMAUR	Marine	D3	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
PU	PEYRIN	Éric	D2	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
MCU	RACHIDI	Walid	D1	L.C.I.B - UMR E3 CEA/UJF

UFR de Pharmacie de Grenoble

DOMAINE DE LA MERCI
38706 LA TRONCHE CEDEX – France
TEL : +33 (0)4 76 63 71 72
FAX : +33 (0)4 76 63 71 70
Affaire suivie par Lantou FAURE NEUHAUSER Lantou.Faure@ujf-grenoble.fr

MCU	**RAVELET**	**Corinne**	D2	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
PU	**RIBUOT**	**Christophe**	D5	HP2-Inserm U1042
PAST	**RIEU**	**Isabelle**	D5	-
Professeure Emérite	**ROUSSEL**	**Anne -Marie**	D1	-
PU-PH	**SEVE**	**Michel**	D1	CR INSERM / UJF U823 Institut Albert Bonniot
MCU	**SOUARD**	**Florence**	D3	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
MCU	**TARBOURIECH**	**Nicolas**	D4	UVHCI, UMI 3265 UJF-EMBL-CNRS
PAST	**TROUILLER**	**Patrice**	D5	-
MCU	**VANHAVERBEKE**	**Cécile**	D2	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
PU	**WOUESSIDJEWE**	**Denis**	D2	DPM, UJF/CNRS UMR 5063

** **D1 : Département « Mécanismes Biologiques des Maladies et des Traitements (DMBMT)»**

D2 : Département «Bases Physicochimiques du Médicament »

D3 : Département «Origine, Obtention et Optimisation des Principes Actifs des Médicaments » (O3-PAM)

D4 : Département « Bases immunologiques, Hématologiques et Infectieuses des Maladies et Médicaments associés »

D5 : Département « Médicaments et Produits de Santé »

D6 : Département « Anglais »

ATER : Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherches
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIB : Centre d'Innovation en Biologie
CRI : Centre de Recherche Institut
CNRS : Centre National de Recherche Scientifique
DCE : Doctorants Contractuels
DPM : Département de Pharmacochimie Moléculaire et de Cognition et Ontogenèse »
HP2 : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire
IAB : Institut Albert Bonniot, Centre de Recherche « Oncogenèse
IPB :
IBS : Institut de Biologie Structurale
JR : Jean Roget
LAPM : Laboratoire Adaptation et Pathogenèse des Microorganismes
LBFA : Laboratoire Bioénergétique Fondamentale et Appliquée
LCBM : Laboratoire Chimie et Biologie des Métaux
LCIB : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie
LECA : Laboratoire d'Ecologie Alpine
LR : Laboratoire des Radio pharmaceutiques
LR : Laboratoire des Radio pharmaceutiques
MCU : Maitres de Conférences des Universités
MCU-PH : Maîtres de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers
PAST : Professeur Associé à Temps Partiel
PRAG : Professeur Agrégé
PRCE : Professeur certifié affecté dans l'enseignement
PU : Professeurs des Universités
PU-PH : Professeurs des Universités et Praticiens Hospitaliers
TIMC-IMAG : Laboratoire Technique de l'Imagerie, de la Modélisation
UMR: Unité Mixte de Recherche
UVHCI: Unit of Virus Host Cell Interactions

REMERCIEMENTS :

A ma famille,

A ma femme Marianne, pour son aide au quotidien et son soutien de chaque jour. Je te rejoins à Toulouse très bientôt. Une nouvelle vie passionnante et heureuse nous attend.

A mes parents et ma sœur Delphine qui m'ont toujours soutenu dans mes choix. Pour leur éducation et leur dévouement à mon bonheur et à ma réussite.

Ma sœur, Delphine, sœur exceptionnelle, je lui souhaite de tout mon cœur la réussite dans tout ce qu'elle entreprend.

Merci à mes grands-parents extraordinaires que j'adore et qui m'ont toujours encouragé.

Merci à mes beaux parents pour leur soutien sans faille, depuis le premier jour.

Merci à Thierry et Sylvie, Patricia et Laurent, Catherine, que je ne vois pas assez à mon goût mais chaque retrouvaille un plaisir immense et un ressourcement.

Merci à tous mes cousins : Ronan, Eloïse, Samy, Maxime, Raphael pour leur affection. Je pense souvent à vous à défaut de vous voir…

A mes amis,

Marco, l'incorruptible italien, ami de toujours qui fait partie de la famille (ou c'est moi, je ne sais plus). Félicitations et réussite pour ce beau et nouveau projet, son officine.

Merci, Caroline, sa femme, pour son soutien dans les moments difficiles et à ses deux petits plein de vie Nathan et Hugo qui sont adorables !

Un grand merci à Daniel et Caro qui m'ont hébergé chez eux, des amis formidables.

Merci à la bande de copains que je ne vois pas assez à mon goût : Thomas et Nadège ; Momo, Guillaume, Pascal, Mickael, Wills ; vivement nos futures soirées.

A mes voisins Bado et Vava pour leur amitié, et leur bonne humeur.

Merci à Mme Cloitre et son équipe que j'apprécie infiniment, qui m'ont si bien formé et appris le métier de pharmacien.

Merci à Madame Lefournier pour sa gentillesse et ses conseils avisés.

Merci à M. Salles, Marie, Christine, Yvann, Amandine, la petite Justine pour leur gentillesse les bons moments partagés et la confiance accordée.

A tous mes professeurs,

En particulier à Mme Delétraz-Delporte qui a permis de mettre en œuvre mon sujet, pour son aide avisée tout au long de cette thèse et pour m'avoir aiguillé.

Merci à tous les professeurs de pharmacie pour leurs enseignement et pour avoir fait de nous, de bons professionnels de santé.

TABLE DES MATIERES

Remerciements :.....5

Liste des abréviations.....8

Avant-propos.....9

Introduction :.....10

1 Physiopathologie et Epidémiologie de l'AVC.....12

1.1 Physiopathologie de l'AVC.....12

1.1.1 Les AVC ischémiques.....13

1.1.2 Les AVC hémorragiques.....13

1.1.3 Rappel sur la prévention des pathologies vasculaires.....14

1.1.4 Les facteurs de risque non modifiables à prendre en compte.....15

1.1.5 Les facteurs de risque sur lesquels nous pouvons agir[2].....15

1.2 Epidémiologie[7].....21

1.3 Les étapes de prise en charge de l'AVC.....23

1.4 Projets ministériels et HAS.....28

2 Les différents professionnels de santé intervenant en post-AVC.....30

2.1 Les médecins.....30

2.1.1 Le neurologue vasculaire.....30

2.1.2 Le médecin rééducateur.....30

2.1.3 Le médecin généraliste[12].....31

2.1.4 Le médecin psychiatre.....31

2.2 Le pharmacien.....32

2.3 Les paramédicaux.....33

2.3.1 L'ergothérapeute[15].....33

2.3.2 L'orthophoniste[16].....34

2.3.3 Le kinésithérapeute [17].....35

2.3.4 le psychologue.....36

2.4 L'assistant(e) social(e).....37

3 Place du pharmacien : enquête et Analyse du « questionnaire patient » (voir annexe).....37

3.1 Méthode.....37

3.2 Résultats.....38

3.3 Discussion.....40

4 Proposition d'un carnet patient 42

Conclusion 57

Bibliographie 59

Annexes 61

ANNEXE I Catalogue des différentes structures existantes dans la prise en charge des patients souffrant d'AVC 61

Serment des Apothicaires 67

LISTE DES ABREVIATIONS

AVC : accident vasculaire cérébral

OMS : organisation mondiale de la santé

PAS : pression artérielle systolique

PAD : pression artérielle diastolique

IRC : insuffisance rénale chronique

DFG : débit de filtration glomérulaire

PA : pression artérielle

AIT : accident ischémique transitoire

IEC : inhibiteur de l'enzyme de conversion

Grade A : preuve scientifique établie

Grade B : présomption scientifique

Grade C : faible niveau de preuve

AE : accord d'experts

FA : fibrillation auriculaire

AVK : anti-vitamine K

RBP : recommandation de bonne pratique

IMC : indice de masse corporelle

HAS : haute autorité de santé

AMM : autorisation de mise sur le marché

ACFA : arythmie cardiaque par fibrillation auriculaire

UNV : unité neurovasculaire

HAD : hospitalisation à domicile

SSR : soins de suite et de réadaptation

ETP : éducation thérapeutique patient

AVANT-PROPOS

Dans mon exercice officinal quotidien, je me suis rendu compte de la difficulté dans laquelle se trouvaient les patients atteints d'AVC et je me suis senti démuni en terme d'information pour répondre à la diversité de leurs demandes.

J'ai été sensible à la difficulté de leur réinsertion sociale et professionnelle, ainsi qu'au long parcours de rééducation qu'ils suivent.

Il y a actuellement 500 000 patients en France qui vivent les suite d'un AVC. Les enjeux économique et humain m'ont semblé suffisamment lourds pour m'interroger sur ce sujet.

INTRODUCTION :

En France, l'Accident Vasculaire Cérébral ou AVC est la première cause de handicap acquis de l'adulte, la deuxième cause de démence (après la maladie d'Alzheimer). Chez les hommes, il est la troisième cause de mortalité après les cancers et les cardiopathies ischémiques et la première cause chez les femmes devant les cardiopathies ischémiques et les cancers.

Les AVC, souvent responsables de séquelles lourdes, peuvent toucher des fonctions motrices, sensitives, sensorielles et cognitives qui entrainent parfois respectivement une hémiplégie, des douleurs et des troubles de la vision, une quasi insensibilisation, une aphasie, des troubles de la vision. Ces déficits provoqués par l'AVC conditionnent les difficultés de réadaptation.

France AVC, association d'aide aux patients et aux familles de patients victimes d'AVC, a pour rôle d'informer le public, d'apporter une aide et un soutien aux patients et aux familles, de participer à la recherche et de constituer une veille de formation pour les professionnels de santé. D'après *France AVC*, le nombre de personnes actuellement concernées en France est estimé à 500 000, tandis que celui des nouveaux cas annuels est évalué à 150 000. On retrouve 80 % d'AVC, dit ischémiques (caillot de sang obturant une artère) et 20 % d'AVC dit hémorragiques (artère se rompant et saignant au niveau intracérébral).

La mise en œuvre de traitements préventifs et la prise en charge des facteurs de risques cérébraux-vasculaires pendant les quatre dernières décennies a contribué à diminuer l'incidence de l'AVC avant 75 ans.

Au cours des 20 dernières années, nous avons vu se développer de nouvelles modalités de prises en charges aigües de l'AVC, tels que des traitements médicamenteux comme la thrombolyse intraveineuse ainsi que la création d'unités de soins neuro-vasculaires pluridisciplinaires.

Malgré ces efforts, le nombre absolu d'AVC continue de croitre du fait du vieillissement de la population. De même, les risques de récidive d'un événement cérébro ou cardio-vasculaire et de démence vasculaire après un AVC augmentent malgré une meilleure identification et une meilleure prise en charge individuelle des facteurs de risque cérébro-vasculaire.

Dans le contexte actuel, nous nous devions d'évaluer les attentes et les besoins de ces personnes atteintes d'AVC et plus particulièrement de nous questionner sur leurs principales difficultés et besoins dans leur parcours de réinsertion sociale.

Pour répondre à ces questions, nous envisagerons le rôle des différents professionnels de

santé, acteurs dans la prise en charge des AVC (partie 2), après avoir fait quelques rappels sur la physiopathologie et les résultats des études épidémiologiques disponibles relatives à ces accidents vasculaires (partie 1). Prenant en compte les objectifs du ministère de la santé et les résultats d'un questionnaire effectué auprès de cinquante personnes traitées pour des AVC (partie 3), nous proposerons des solutions de suivi intégrant le positionnement du pharmacien d'officine dans le parcours post AVC de rééducation/réinsertion (partie 4).

1 PHYSIOPATHOLOGIE ET EPIDEMIOLOGIE DE L'AVC

1.1 PHYSIOPATHOLOGIE DE L'AVC

Un accident vasculaire cérébral ou AVC, communément appelé « attaque cérébrale », est une perte soudaine de la fonction du cerveau. Il est provoqué par un arrêt brutal de la circulation sanguine à l'intérieur du cerveau.
L'arrêt de la circulation du sang ne permet plus un apport suffisant en oxygène et en éléments nutritifs. Cela entraîne la mort des cellules cérébrales, au niveau de la zone du cerveau touchée.
La gravité de l'accident vasculaire cérébral va dépendre de la localisation et de l'étendue des zones cérébrales touchées.

Les signes et les symptômes communs de l'AVC sont les suivants :

- une faiblesse musculaire, une paralysie d'un ou plusieurs membres ou du visage, le plus souvent d'un seul côté du corps (hémiplégie),
- une perte de sensibilité ou un engourdissement d'un ou plusieurs membres ou du visage,
- une perte de la vision d'un œil (cécité unilatérale) ou de la moitié du champ visuel pour chaque œil (hémianopsie), ou encore une vue double (diplopie),
- des difficultés à parler, soit en raison d'une difficulté à articuler (dysarthrie) et/ou à trouver ses mots, soit en raison de l'utilisation de mots inintelligibles et/ou de difficultés à comprendre ce que l'on entend (aphasie),
- des troubles de l'équilibre ou de la coordination des membres,
- des troubles de la vigilance pouvant aller jusqu'au coma,
- un mal de tête brutal, intense et inhabituel.

Nous n'avons aucun moyen de distinguer un AVC hémorragique et ischémique bien que les nausées et vomissements, les maux de tête et le changement brusque du niveau de conscience sont plus fréquents chez les AVC hémorragiques.
Seule une imagerie cérébrale est indispensable pour confirmer le diagnostic de l'AVC.
Les techniques de neuraux imageries sont essentielles au diagnostic, le scanner et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) sont les techniques les plus utilisées.

1.1.1 LES AVC ISCHEMIQUES

Dans huit cas sur dix, les AVC sont des AVC ischémiques : l'interruption de la circulation du sang est due à un caillot (sang coagulé) qui bouche une artère à destination du cerveau. La cause principale est l'athérosclérose : c'est une accumulation de dépôts de cholestérol sur les parois des artères. Ces dépôts se durcissent progressivement et forment des plaques d'athérome qui rétrécissent les artères et favorisent la formation du caillot. Dans certains cas, un fragment de plaque peut aussi se détacher et aller obstruer une des artères à l'intérieur du cerveau.

Parfois, l'origine de l'accident vasculaire cérébral provient de la formation d'un caillot sanguin à distance du cerveau, par exemple dans le cœur. Ce caillot est ensuite véhiculé par le sang jusqu'au cerveau. Cela peut arriver notamment lorsque le cœur bat rapidement et de manière irrégulière (fibrillation auriculaire).

L'ischémie entraîne une hypoxie cellulaire et la déplétion cellulaire de l'adénosine triphosphate (ATP). Sans ATP, il n'y a plus d'énergie pour maintenir les gradients ioniques à travers la membrane cellulaire et la dépolarisation cellulaire. Ainsi, il y a un afflux d'ions sodium et de calcium ainsi que de l'eau qui entre passivement dans la cellule et forment un œdème cytotoxique. On distingue deux zones : une zone avec un débit sanguin cérébral inférieur à 10 ml par 100 g de tissus par minute que l'on appelle le noyau. Ces cellules meurent quelques minutes après l'AVC. Une zone de perfusion marginale avec un débit sanguin cérébral inférieur à 25 ml par 100g de tissus par minute, ces tissus peuvent rester viables pendant plusieurs heures en raison de la perfusion marginale.

1.1.2 LES AVC HEMORRAGIQUES

Les hémorragies cérébrales ou méningées (respectivement 15 % et 5 % des AVC) sont quant à elles liées à la rupture d'une artère cérébrale. Cette rupture concerne le plus souvent une artère de petit calibre, fragilisée par l'artériosclérose ou par une autre maladie des petites artères.

On distingue deux types d'AVC hémorragiques.

L'hémorragie sous arachnoïdienne : consiste en un saignement incontrôlé dans les méninges entourant le cerveau ; la plus grave.

L'hémorragie intracérébrale est un saignement survenant au sein du parenchyme cérébrale. Les deux types d'hémorragies peuvent être attribuées à une hypertension artérielle incontrôlée et/ou à des anomalies de structure des artères.
Les causes les plus probables sont l'anévrisme (dilatation de la paroi d'un vaisseau sanguin qui se distant et se fragilise avec le temps) ; et les malformations artèrio-veineuses (correspond à une malformation des vaisseaux sanguins) vont affaiblir les parois des artères et augmenter les risques d'AVC hémorragiques.

1.1.3 RAPPEL SUR LA PREVENTION DES PATHOLOGIES VASCULAIRES

La survenue d'un AVC est favorisée par des facteurs de risque clairement établis et en majorité associés au mode de vie des patients : on retrouve l'hypertension artérielle, le tabagisme, l'obésité abdominale, l'alimentation trop riche, le manque d'activité physique…
Les facteurs de risque des accidents vasculaires cérébraux, qu'ils soient hémorragiques ou ischémiques, sont aujourd'hui bien connus.

Les 10 facteurs[1] de risques qui contribuent à la survenue de 90 % des AVC :
Les antécédents d'hypertension artérielle (HTA) : leur contribution est particulièrement importante pour les AVC hémorragiques (44,5 %). C'est également le premier facteur de risque des AVC ischémiques (31,5 %). Une HTA multiplie quasiment le risque d'AVC par 9 avant 45 ans alors qu'il le multiplie par 4 chez les plus de 45 ans.
Le tabagisme : le risque augmente avec le nombre de cigarettes par jour, encore plus étroitement pour les AVC ischémiques qu'hémorragiques. Globalement, le tabagisme multiplie par 2 le risque d'AVC.
L'obésité abdominale : évaluée par le rapport tour de taille/tour de hanche, contribue à hauteur de 26 %). En revanche, il n'est pas trouvé de lien entre l'IMC (poids/ taille au carré) indicateur global de surpoids ou d'obésité et le risque d'AVC.
Le type d'alimentation et l'activité physique : modulent le risque d'AVC à la fois ischémiques et hémorragiques. L'augmentation de la consommation de fruits et de poisson est associée à une réduction du risque d'AVC. **Une activité physique régulière diminue d'un tiers le risque d'AVC.**
Le diabète : ne semble contribuer qu'au risque d'AVC ischémique.

L'alcool : sa consommation favorise les AVC hémorragiques, le risque croît avec la consommation d'alcool, quel que soit le niveau de consommation (14,6 %).
La consommation de moins de 30 verres par mois d'alcool réduit le risque d'AVC ischémique alors que plus de 30 verres/mois ou s'adonner au « binge drinking » majore ce risque ischémique.

Le stress et la dépression constituent également des facteurs de risque.

La fibrillation atriale (FA) constitue le premier facteur de risque d'origine cardiaque.

1.1.4 LES FACTEURS DE RISQUE NON MODIFIABLES A PRENDRE EN COMPTE

L'âge (le risque augmente avec l'âge, après 50 ans chez l'homme et après 60 ans chez la femme).
Les antécédents familiaux : le risque augmente, si dans la famille un parent proche (père, mère, frère, sœur) a présenté un accident vasculaire cérébral (AVC) avant 45 ans ; le père ou le frère a présenté une maladie cardiovasculaire (infarctus du myocarde ou mort subite) avant 55 ans ; la mère ou la sœur a présenté une maladie cardiovasculaire (infarctus du myocarde ou mort subite) avant 65 ans.

1.1.5 LES FACTEURS DE RISQUE SUR LESQUELS NOUS POUVONS AGIR[2]

L'hypertension artérielle

D'après *la société française d'hypertension Artérielle* : l'HTA est la première maladie chronique dans le monde, selon l'OMS on estime chaque année que plus de 9 millions de décès, soit 16,5 % de l'ensemble des décès, peuvent être attribués à l'hypertension artérielle, celle-ci est responsable de 51 % des décès dus aux AVC et de 45 % des décès dus aux cardiopathies ischémiques. L'HTA reste encore insuffisamment dépistée, traitée et contrôlée, en France 20 % des hypertendus connus ne sont pas traités et la moitié des hypertendus traités ne sont pas contrôlés.

La prise en charge de l'hypertension artérielle comporte trois étapes :

1ère étape : avant de débuter le traitement

La confirmation du diagnostic d'HTA se pose sur une pression artérielle supérieure à 140/90 mmHg. Le contrôle de la pression artérielle en dehors du cabinet médical, par auto-mesure ou mesure ambulatoire est conseillée.

2ème étape : le plan de soin initial (6 premiers mois)

La mise en place de suivis des mesures hygiéno-diététiques telles que la réduction de la consommation en sels si elle est excessive, la réduction du poids en cas de surcharge pondérale, la réduction de la consommation d'alcool quand elle est excessive, entreprendre l'arrêt du tabac, inciter à la pratique d'une activité physique régulière.

Aujourd'hui, d'après le *8ème joint national committee de 2014* (JNC 8), pour les patients de 60 ans et plus, il est recommandé de débuter un traitement pharmacologique lorsque la PAS ≥ 150 mmHg ou PAD ≥ 90mmHg. L'objectif est de ramener la PAS <150 et PAD <90. Cependant si un hypertendu de 60 ans ou plus a une PAS < 140mmHg sans effet secondaire, il n'est pas nécessaire de modifier le traitement.

Pour les patients de moins de 60 ans, il est recommandé de démarrer un traitement pharmacologique quand la PAS ≥ 140mmHg ou PAD≥90mmHg avec un objectif de ramener la PAS<140 et la PAD<90.

3ème étape : Le plan de soin à long terme

En cas d'HTA non contrôlée à 6 mois, la trithérapie, si elle est engagée, doit comprendre un bloqueur du système rénine angiotensine ; un inhibiteur calcique ; et un diurétique thiazidique.

Si l'HTA est contrôlée, une visite tous les 3 à 6 mois permet d'évaluer le niveau tensionnel en favorisant l'auto-mesure ; d'évaluer les symptômes si présents et rechercher une complication cardiovasculaire, de rappeler les buts du traitement ; de fixer les objectifs personnalisés à atteindre à moyen terme, d'encourager le suivi du traitement, d'y associer un dépistage et un suivi des comorbidités (notamment chez les diabétiques et les IRC) ; un contrôle sanguin tous les ans (comprenant ionogramme, dosage de la créatinémie et le DFG estimé).

Le dépistage de la mauvaise adhésion au traitement doit être recherché à chaque instant, et mettre en place des stratégies adaptées pour remotiver le patient, par exemple simplifier le traitement, arrêter des médicaments mal tolérés, usage de piluliers, mise en place de l'auto-mesure tensionnelle, reprise de l'éducation thérapeutique…

Le pharmacien participe bien entendu aux bon suivi de ces recommandations et doit travailler en étroite collaboration avec le médecin dans le but commun de la bonne santé du patient.

Prévention secondaire[3]

Un traitement hypotenseur est recommandé chez tout hypertendu (PA supérieure ou égale à 140/90 mmHg) après un infarctus cérébral ou un AIT (grade A). L'objectif de pression artérielle doit être inférieur à 140/90 mmHg (AE), à moduler en fonction de l'âge, de l'existence d'une sténose > 70 % ou d'une occlusion des artères cervicales ou intracrâniennes, des comorbidités (AE).

Traitement initial : diurétiques thiazidiques, IEC, inhibiteurs calciques (dihydropyridines) (grade B).

Les autres classes médicamenteuses peuvent être choisies en fonction des comorbidités, de la tolérance et du niveau de PA visé (AE).

Rq : les bétabloquants n'ont pas d'intérêt dans la prévention de l'AVC.

La fibrillation auriculaire[4]

La FA est responsable de 20 % des AVC. La fibrillation se caractérise par des signaux électriques anarchiques au niveau de l'oreillette qui ne permettent pas une contraction normale de l'oreillette. Le sang se retrouve dans des zones sans débit et facilite la formation de caillots sanguins. Les caillots formés peuvent se retrouver dans la circulation et obstruer la circulation sanguine. Le caillot peut migrer au niveau cérébral et provoquer un arrêt du flux sanguin, soit un infarctus cérébral ou AVC ischémique.

La FA est la cause d'AVC et de handicap souvent très graves . L'instauration d'un traitement pharmacologique est nécessaire pour empêcher la formation de ces caillots intracardiaques soit par des anticoagulants soit, par des antiagrégants plaquettaires.

En prévention primaire, c'est-à-dire chez des patients n'ayant jamais fait d'AVC, plusieurs études randomisées contrôlées par placebo ont montré l'efficacité tant de l'acide acétylsalicylique que des anticoagulants sur la diminution du risque thrombo-embolique.

Il ressort des résultats que le risque d'embolie est faible, tant chez les patients traités par l'acide acétylsalicylique que chez ceux traités par anticoagulants, et que la différence entre les deux traitements est minime: le risque d'embolie est de 2,7 % par an avec l'acide acétylsalicylique versus 2,3 % avec les anti-coagulants.

Une seule étude a toutefois comparé l'efficacité des anticoagulants et de l'acide acétylsalicylique en fonction du risque thrombo-embolique. Dans cette étude, la dose de l'anticoagulant a été adaptée pour obtenir un INR ("International Normalized Ratio") entre 2 et 3. Ce traitement a été comparé à un traitement associant l'acide acétylsalicylique (325 mg

par jour) et une faible dose fixe de warfarine, et ce, chez environ 1.000 patients avec un risque élevé de thrombo-embolie. Les résultats montrent un risque moindre d'accident vasculaire cérébral par an avec les anticoagulants à dose adaptée (1,9 % versus 7,7 % avec l'acide acétylsalicylique associé à la warfarine à faible dose).

En prévention secondaire :

Le neurologue se base sur le score CHA2DS2-VASc[5] destiné à évaluer le risque embolique: Recommandations 2012.

Dysfonction VG ou IC	Score 1
HTA	Score 1
Age ≥ 75ans	Score 2
Diabète	Score 1
AVC/AIT/embolie	Score 2
Maladie vasculaire	Score 1
Age 65 - 74 ans	Score 1
Sexe féminin	Score 1

Le traitement antithrombotique sera proposé en fonction du score CHA2DS2-VASc :

- Score 0 : rien (pas de traitement antithrombotique). Il s'agit de patient homme ou femme de moins de 65 ans avec FA idiopathique et sans facteur de risque (classe I, niveau B).
- Score 1 : un traitement anti-coagulant oral par un AVK (INR 2-3) ou un inhibiteur direct de la thrombine (dabigatran) ; ou un inhibiteur du Facteur Xa oral (ex. rivaroxaban, apixaban) doit être envisagé, en se basant sur une évaluation du risque hémorragique et les préférences du patient (classe IIa, niveau A).
- Score ≥ 2 : anticoagulation par AVK (INR entre 2 et 3) ou dabigatran ou les ant Xa (rivaroxaban, apixaban) sauf contre-indication (classe I, niveau A).

Les dyslipidémies[6]

Traitement par statine chez les patients ayant un IC ou un AIT non cardioembolique et ayant un LDL-cholestérol ≥ 2,6 mmol/l (1 g/l) (grade A). La cible de LDL-cholestérol recommandée est < 2,6 mmol/l (1 g/l) (AE). Traitement par statine quel que soit le taux de

LDL-cholestérol : chez les patients diabétiques (grade B), chez les patients ayant un antécédent coronarien (grade A).

Traitement par statine envisageable chez les patients ayant un LDL-cholestérol < 2,6 mmol/l (1 g/l) et un IC ou un AIT associé à une maladie athéroscléreuse symptomatique (AE).

Il est recommandé d'utiliser une statine ayant démontré une réduction des événements vasculaires (grade A). Le choix de la statine la mieux adaptée dépend de son efficacité et de son efficience. Chez les patients au-delà de 80 ans, débuter le traitement à dose faible et contrôler le LDL-cholestérol pour arriver progressivement à la cible (AE). Le traitement doit être associé à des règles hygiéno-diététiques (AE).

Le diabète

On parle de diabète lorsque la glycémie (taux de sucre ou glucose) est supérieure à 1,26 g/l à jeun lors de deux mesures. L'excès de glucose dans le sang peut endommager les parois des artères. C'est pourquoi, même à l'officine, il est important de réaliser des actions de sensibilisation et de dépistage comme « la journée du diabète » où les patients peuvent se faire contrôler la glycémie gratuitement. Le dépistage, comme le suivi, sont essentiels à une bonne prise en charge des patients.

Pour rappel : chez les patients diabétiques de type 2, l'objectif d'HbA1c (hémoglobine glyquée A1c) doit être ≤ à 8 % et chez les patients diabétiques de type 2, avec un antécédent d'IC ou d'AIT supérieur à 6 mois l'objectif d'HbA1c doit être ≤ à 7 %.

Il existe des cas particuliers de contrôle glycémique pour certains patients (ex : personne âgée, antécédent cardio-vasculaire, insuffisance rénale chronique) que l'on retrouve dans la RBP Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2 – HAS 2013.

Le tabac

A court terme, le tabac favorise le rétrécissement des artères, la formation de caillots et l'apparition de troubles du rythme cardiaque. Sur le long terme, le tabac abîme peu à peu les artères. Le sevrage tabagique est recommandé suite à un infarctus cérébral ou d'un AIT (grade B). Les patients nécessitent un conseil et une prise en charge renforcés dès le diagnostic de l'infarctus cérébral ou de l'AIT (RBP Arrêt de la consommation de tabac – HAS 2014). L'éviction du tabagisme dans l'environnement du patient est également recommandée. L'officine est un lieu facile d'accès ou le pharmacien peut proposer ce genre de service.

L'alcool

Les hommes consommant plus de trois verres de boisson alcoolisée par jour (3 unités d'alcool par jour ou 30 g/j) et les femmes consommant plus de deux verres par jour (2 unités d'alcool par jour ou 20 g/j) doivent réduire ou interrompre leur consommation (grade C).

Après un infarctus cérébral, les patients alcoolo-dépendants doivent bénéficier des méthodes de sevrage appropriées et d'une prise en charge spécifique (AE).

L'obésité et le surpoids

On parle de surpoids si l'indice de masse corporelle (IMC) est supérieur à 25 et d'obésité s'il est supérieur à 30.

Rq : il n'est pas trouvé de lien entre l'IMC (poids/ taille au carré) indicateur global de surpoids ou d'obésité et le risque d'AVC.

La présence de graisse au niveau abdominal est un facteur de risque. On parle d'obésité abdominale lorsque le tour de taille dépasse 88 cm chez la femme et 102 cm chez l'homme. Les objectifs thérapeutiques sont fonction de l'indice de masse corporelle, du tour de taille et de la présence de comorbidités (AE).

L'activité sportive

L'OMS définit l'activité physique comme tout mouvement corporel produit par les muscles qui requiert une dépense d'énergie – ce qui comprend les mouvements effectués en travaillant, en jouant, en accomplissant les tâches ménagères, en se déplaçant et pendant les activités de loisir.

L'intensité des différentes formes d'activité physique varie selon les individus. Pour être bénéfique sur le plan cardiorespiratoire, toute activité doit être pratiquée par période d'au moins 10 minutes. L'OMS recommande pour les enfants et les adolescents 60 minutes d'activité d'intensité modérée à forte par jour. Pour les adultes (18+) 150 minutes d'activité d'intensité modérée par semaine.

D'après l'OMS une activité physique régulière suffisante améliore la musculature et les performances cardiorespiratoires, améliore la santé osseuse et les capacités fonctionnelles, **réduit le risque d'hypertension, de cardiopathie coronarienne, d'accident vasculaire cérébral, de diabète,** de cancer du sein et du côlon, et **de dépression**, réduit le risque de chute ainsi que de fracture du col du fémur ou de fracture vertébrale et est fondamentale pour l'équilibre énergétique et la maîtrise du poids.

1.2 EPIDEMIOLOGIE[7]

Dans les pays occidentaux, l'accident vasculaire cérébral est la première cause du handicap acquis de l'adulte, la deuxième cause de démence après la maladie d'Alzheimer et la troisième cause de mortalité derrière le cancer et les maladies cardio-vasculaire.

- 1 400 000 personnes sont touchées chaque année par un AVC en Europe et 12 millions dans le Monde.
- 10 millions de personnes dans le monde sont touchées par un AVC.

20 % des personnes atteintes d'AVC, soit 30 000 personnes environ, ont moins de 20 ans.
L'âge moyen de survenue est de 68 à 70 ans, mais un AVC peut se produire à tout âge et les jeunes sujets (moins de 45 ans) constituent 10 % des infarctus cérébraux (AVC ischémique seulement). Un quart des personnes concernées ont moins de 65 ans.

D'après le site santé.gouv.fr du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes il y a eu en France en 2010 plus de 130 000 hospitalisations complètes pour accidents neuro-vasculaires soit « 1 AVC toutes les 4 minutes » avec 110 000 hospitalisations pour les AVC et 20 500 hospitalisations pour les accidents ischémiques transitoires (AIT).
Les accidents vasculaires cérébraux sont la première cause de handicap chez les adultes et la seconde cause de démence après la maladie d'Alzheimer et la première cause de décès chez les femmes. Parmi les individus faisant un AVC, 80 % avec une origine ischémique et 20 % avec une origine hémorragique (15 % comme infarctus cérébral, 5 % comme hémorragie méningée) sont recensés.
L'âge moyen de survenue d'un AVC est de 73 ans (70 ans pour les hommes et 76 ans pour les femmes). Le quart des AVC concerne des personnes de moins de 65 ans, la moitié des personnes de 65 à 84 ans et un autre quart, des personnes d'au moins 85 ans. Tous les âges de la vie sont concernés y compris l'enfance.

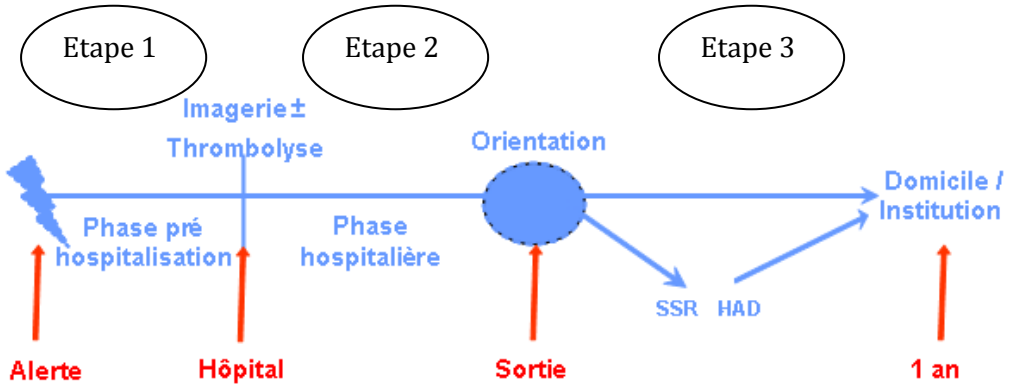
A la suite d'un AVC : 20 % des personnes meurent dans le mois qui suit ; 75 % des survivants en gardent des séquelles définitives ; 33 % deviennent dépendantes toute leur vie ; et 25 % ne reprendront jamais d'activité professionnelle.
Les enquêtes Handicap-Santé auprès des ménages (HSM) et en institution (HSI) ont permis d'estimer à 1,2 % la proportion de personnes ayant déclaré des antécédents d'AVC et à 0,8 %

la prévalence des séquelles d'AVC dans la population. Ceci correspond à : 771 000 personnes avec antécédent d'AVC sur le territoire national, dont 505 000 présentant des séquelles.

Selon les déclarations des patients, les séquelles les plus fréquentes étaient des troubles de l'équilibre et des troubles de la mémoire, puis les paralysies ou parésies d'un ou plusieurs membres et les troubles du langage.

1.3 LES ETAPES DE PRISE EN CHARGE DE L'AVC

Schématisation des 3 principales étapes de prise en charge de l'AVC[8].



D'après la HAS

Etape 1 : des signes d'alerte vers l'hôpital

- une faiblesse musculaire, une paralysie d'un ou plusieurs membres ou du visage, le plus souvent d'un seul côté du corps (hémiplégie),
- une perte de sensibilité ou un engourdissement d'un ou plusieurs membres ou du visage,
- une perte de la vision d'un œil (cécité unilatérale) ou de la moitié du champ visuel pour chaque œil (hémianopsie), ou encore une vue double (diplopie),
- des difficultés à parler, soit en raison d'une difficulté à articuler (dysarthrie) et/ou à trouver ses mots, soit en raison de l'utilisation de mots inintelligibles et/ou de difficultés à comprendre ce que l'on entend (aphasie),
- des troubles de l'équilibre ou de la coordination des membres,
- des troubles de la vigilance pouvant aller jusqu'au coma,
- un mal de tête brutal, intense et inhabituel.
- Face à ces symptômes contacter le 15 ou le 112
- La règle d'or : mieux vaut d'appeler à tord que pas du tout.

La régression des signes au bout de quelques minutes ne doit en aucun cas rassurer : les déficits neurologiques soudains régressant rapidement portent le nom d'accident ischémique transitoire (ou AIT). Ils doivent eux aussi conduire à consulter immédiatement.

A partir de l'alerte une course contre la montre commence, à chaque minute passée ce sont des neurones perdus.

Etape 2 : la phase hospitalière

Echelle clinique simple pour dépister un AVC

	Oui	**Non**
Perte de connaissance ou syncope	**-1**	**0**
Crise d'épilepsie, convulsion	**-1**	**0**
Asymétrie faciale	**+1**	**0**
Déficit asymétrique de la jambe	**+1**	**0**
Trouble du langage	**+1**	**0**
Déficit du champ visuel	**+1**	**0**

Patients dont le score est > 0 suspicion d'AVC

Patients dont le score est ≤ 0 faible probabilité d'AVC

La première étape consiste à confirmer le diagnostic d'AVC et à préciser s'il s'agit d'un infarctus cérébral ou d'une hémorragie cérébrale. Pour cela le scanner cérébral et/ ou l'IRM sont utilisés et permettent le diagnostic.

Si diagnostic d'un AVC ischémique :

En cas de thrombolyse :

Le traitement de base d'un infarctus cérébral consiste en l'administration par voie veineuse d'une molécule nommée rtPA (pour « activateur tissulaire du plasminogène recombinant »), capable de dissoudre le caillot sanguin obstruant l'artère. Ce traitement doit être administré dans les 4 heures et demie suivant l'AVC, le plus tôt étant le mieux. Il augmente de 30 % le nombre de patients guéris ou ne présentant que des séquelles minimes.

Actuellement la Thrombectomie est en train d'être protocolisée.

Réalisée par voie endovasculaire par un neuroradiologue interventionnel, la thrombectomie mécanique ouvre des perspectives intéressantes à la phase aigüe de l'accident vasculaire cérébral ischémique.

En cas d'hémorragie cérébrale : Le patient est mis sous surveillance étroite.

Quel que soit le type d'AVC identifié, une héparino-thérapie est mise en place dans les 48 heures pour éviter toutes complications thromboemboliques.

Une seconde étape urgente est la **recherche de la cause de l'AVC**. Elle permet une mise en route aussi rapide que possible des traitements visant à prévenir une récidive. Après un infarctus cérébral et sauf indication à un traitement anticoagulant, il est recommandé de

prescrire un antiagrégant plaquettaire : aspirine à faible dose (50-325 mg/jour) ou clopidogrel (75 mg/j), ou une association dipyridamole retard et dose faible d'aspirine. L'aspirine à faible dose est validée dans la prévention secondaire de l'athérosclérose en général, avec un meilleur rapport coût/bénéfice que celui du clopidogrel. Le clopidogrel peut être prescrit en première intention si l'aspirine n'est pas tolérée. Pour mémoire, l'interruption des antiagrégants plaquettaires doit suivre les modalités définies dans l'AMM.

Traitements anticoagulants[9]

Un traitement anticoagulant à dose curative est recommandé chez tous les patients ayant une thrombose veineuse cérébrale certaine, y compris en cas d'aspect hémorragique à l'imagerie (grade B). Les patients ayant une thombophlébite cérébrale, ou qui sont à risque d'embolie artérielle (ACFA, valve mécanique…) doivent être traités par antivitamine K. Il en est de même pour certains AVC de causes plus rares : thrombophilie, dissection…

Les Anticoagulants oraux non antivitamine K (dabigatran, rivaroxaban, apixaban, edoxaban). Ces médicaments ont notamment l'AMM dans la prévention des accidents thromboemboliques en cas de fibrillation auriculaire non valvulaire, lorsque celle-ci est associée à au moins un des facteurs de risque suivants :

- antécédent d'AVC, d'accident ischémique transitoire ou d'embolie systémique
- fraction d'éjection ventriculaire gauche < 40 %
- insuffisance cardiaque symptomatique de classe ≥ II de la NYHA
- âge ≥ 75 ans
- âge ≥ 65 ans associé à un diabète, une coronaropathie ou une hypertension artérielle
- soit un score CHA2 DS2 - VASc ≥ 1

Ces médicaments ne nécessitent pas de contrôle biologique. La dose à administrer est fixe. L'HAS recommande que la prescription des anticoagulants oraux non AVK ne soit pas privilégiée par rapport à celle des AVK. Cependant, en pratique et au niveau européen, ils sont privilégiés car le risque hémorragique systémique et surtout cérébral est moindre qu'avec les AVK. Il n'existe pour l'instant pas d'antidote spécifique en cas de surdosage.

HBPM (héparine de bas poids moléculaire) : Elles sont prescrites de manière systématique pour éviter les risques de complications thromboliques liés au décubitus lors de la phase aiguë.

Les UNV ont pour rôle dans un troisième temps d**e dépister et de prendre en charge les complications précoces** générales qui surviennent chez la moitié des patients victimes d'un AVC : complications infectieuses ou liées à l'alitement prolongé, complications neurologiques comme l'œdème cérébral qui peut engendrer le décès et nécessiter une intervention neurochirurgicale. Le dépistage et le traitement de ces complications expliquent en partie la réduction de la mortalité et de la morbidité observée dans les UNV.

Les séquelles motrices et cognitives consécutives à un AVC font l'objet d'une **rééducation**. La **plasticité cérébrale** (capacité des neurones à recréer des liens synaptiques) permet en partie aux zones non atteintes du cerveau de suppléer aux fonctions perdues des régions nécrosées. C'est aussi dans l'UNV que débute cette rééducation et s'organise le retour du patient à son domicile, ou son transfert dans un service de réadaptation.

Etape 3 : les premières années après l'AVC

Les SSR[10] (Soins de suite et de réadaptation)

L'activité de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion. Une structure autorisée en SSR assure les missions suivantes : des soins médicaux, curatifs et palliatifs ; de la rééducation et réadaptation ; des actions de prévention et d'éducation thérapeutique ; la préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale, scolaire ou professionnelle. Leur but est de fournir une rééducation adaptée afin de rendre le patient le plus autonome possible ou de permettre aux patients de s'adapter au mieux à leurs limitations déclenchées par l'AVC et de trouver des solutions concrètes à leurs difficultés. Les intervenants retrouvés sont : le médecin rééducateur qui coordonne les soins et les intervenants tels que les kinésithérapeutes, les infirmières, les orthophonistes, les psychologues, les neuropsychologues, les aides-soignantes et l'assistant(e) social(e).

L'HAD[11]

L'HAD s'adresse à des patients présentant des pathologies graves, aiguës ou chroniques et/ou instables qui, sans HAD, seraient en hospitalisation conventionnelle SSR. Elle peut intervenir soit directement à la sortie des soins aigus, soit après un séjour en établissement de SSR, soit depuis le domicile ou son équivalent médico-social. Elle peut permettre de limiter les ruptures de parcours social.

La HAD reste moins coûteuse que les SSR mais l'économie qu'elle représente s'amenuise plus le handicap est important.

Le retour à domicile est possible si :

- le patient et la famille ont été préparés
- le médecin généraliste, l'équipe de soins à domicile et les services sociaux ont reçu les informations
- les équipements sont en place
- le calendrier de soins est établi
- le traitement peut être poursuivi sans interruption.

Après le retour, la prise en charge du patient se poursuit par :

- l'organisation d'un soutien personnalisé pour le patient et ses aidants en fonction de leurs besoins psycho-sociaux particuliers et régulièrement réévalués ;
- un suivi médical pendant les premières années :
  - en neurologie : visite à 3 mois et à 1 an,
  - en médecine physique et de réadaptation : visite à 6 mois, à 1 an, puis tous les 2 ans ;
- l'organisation de la continuité des soins et de l'information ;
- l'arrêt de certaines activités thérapeutiques (afin d'éviter le sentiment d'abandon) ;
- la prévision d'un suivi médical à long terme comportant le contrôle des facteurs de risque cardio-vasculaire, la gestion des complications et des conseils hygiéno-diététiques ;
- le dépistage concernant la régression des acquis, la démence, la dépression du patient, l'épuisement et la dépression de l'aidant ;
- la prise en compte de la vie affective et sexuelle du patient (soutien psychologique, médicaments...).

1.4 PROJETS MINISTERIELS ET HAS

La loi du 11 février 2005 a fixé un délai de 10 ans pour rendre la France accessible aux personnes en situation de handicap et a établi une définition juridique de l'accessibilité : « est considéré comme accessible aux personnes handicapées tout bâtiment ou aménagement permettant, dans des conditions normales de fonctionnement, à des personnes handicapées, avec la plus grande autonomie possible, de circuler, d'accéder aux locaux et équipement, d'utiliser les équipements, de se repérer, de communiquer et de bénéficier des prestations en vue desquelles cet établissement ou cette installation a été conçue. Les conditions d'accès des personnes handicapées doivent être les mêmes que celles des personnes valides ou, à défaut, présenter une qualité d'usage équivalente ».

L'AVC est une priorité de santé publique. L'accident vasculaire cérébral est la première cause de handicap acquis de l'adulte, la deuxième cause de démence (après la maladie d'Alzheimer) et la troisième cause de mortalité en France. Il touche chaque année environ 130 000 nouveaux patients en France. Il s'avère donc indispensable qu'une éducation en amont soit entreprise. D'après le rapport du ministère de la santé des sports de juin 2009, les soins de suite et de réadaptation s'avèrent être une étape clé dans la filière. Il conclut que pour les patients légers, la filière est apparemment fluide mais présente en fait des défauts de soins et de suivi poste séjours hospitaliers. La sortie directe au domicile sans organisation du suivi de rééducation réadaptation et souvent délétère sur le plan de la réadaptation et de la réinsertion. Les troubles cognitifs de ces patients ont longtemps été sous-estimés, et sont source d'une difficulté supplémentaire à la réinsertion sociale de ces patients au handicap moteur mineur.

Pour les patients les plus lourds, on note des besoins d'hospitalisation à domicile (HAD) d'hôpital de jour (HDJ) mais surtout des structures d'hébergement pour les patients à forte complexité. Pour les patients les plus jeunes (entre 40 et 65 ans), il manque des lieux d'accueil ce qui entrave la fluidité de la prise en charge.

Rappel des 17 actions du ministère de la santé et des sports :

Action 1 : Développer la prévention de l'accident vasculaire cérébral.

Action 2 : Informer la population sur l'AVC, depuis les signes d'alerte jusqu'à l'accompagnement du handicap.

Action 3 : Développer l'éducation thérapeutique du patient (ETP).

Action 4 : Poursuite de la participation des ministères et des agences régionales de santé à des actions de sensibilisation du public, en lien avec les associations de patients.

Action 5 : Placer l'AVC comme priorité du projet régional de santé ; la mettre en oeuvre à travers les schémas régionaux de prévention, d'organisation des soins (volets hospitalier et ambulatoire) et d'organisation médico-sociale.
Action 6 : Définir le contenu d'une consultation « bilan » post AVC, l'expérimenter et la mettre en oeuvre.
Action 7 : Organiser la prise en charge des AVC de l'enfant.
Action 8 : Déployer et utiliser un système d'information adapté aux enjeux.
Action 9 : Faire évoluer les outils techniques et réglementaires.
Action 10 : Conduire des projets pilotes et des expérimentations organisationnelles ; permettre leur analyse et leur mutualisation.
Action 11 : Développer les formations relatives à l'AVC pour faire évoluer les compétences des professionnels de santé.
Action 12 : Poursuivre l'élaboration de protocoles opérationnels, de recommandations de pratiques professionnelles, de référentiels nationaux de prise en charge de l'AVC.
Action 13 : Améliorer les pratiques des professionnels de santé.
Action 14 : Développer la réflexion éthique pluri-professionnelle des acteurs de l'AVC.
Action 15 : Soutenir le développement coordonné de plusieurs registres populationnels des AVC.
Action 16 : Soutenir et valoriser le développement de la recherche sur l'accident vasculaire cérébral.
Action 17 : Contribuer à réguler la démographie des professions de santé.

Le pharmacien doit trouver sa place pour améliorer l'efficience des soins que ce soit dans la prévention, l'information, l'éducation thérapeutique, et la coordination des équipes. Il a également un rôle au sein du parcours de soins post UNV afin d'assurer une qualité globale de la prise en charge. Enfin, pour assurer le bon fonctionnement de cette prise en charge, le suivi et l'évaluation du dispositif sont nécessaires.

2 LES DIFFERENTS PROFESSIONNELS DE SANTE INTERVENANT EN POST-AVC

2.1 LES MEDECINS

Les missions principales sont d'évaluer, de développer les capacités des personnes handicapées, et de mettre en œuvre les diverses procédures de rééducation fonctionnelle et de réadaptation pour atteindre un niveau optimal d'autonomie physique, psychologique et sociale.

2.1.1 LE NEUROLOGUE VASCULAIRE

Le neurologue vasculaire a pour rôle :

- La prise en charge de la phase aigüe dont la thrombolyse ou la thrombectomie
- Prévenir les complications
- Le diagnostic de la pathologie et de l'étiologie
- Instaurer un traitement adapté de prévention secondaire suivant les recommandations actuelles
- Informer les familles et les patients des objectifs et des étapes de la prise en charge ainsi que les thérapeutiques à mettre en place.
- Evaluer les déficits résiduels, leur évolution et l'indication de rééducation
- Organiser des consultations de suivi-patient de contrôle pour suivre l'évolution des objectifs de prévention secondaire et des complications, et permettre de mettre en place les adaptations si nécessaire.

2.1.2 LE MEDECIN REEDUCATEUR

La médecine de rééducation est définie par l'OMS comme un regroupement interdisciplinaire de mesures visant à limiter le risque de séquelles dans les diverses pathologies qui sont menacées et visant à rendre une efficacité fonctionnelle et socio-psychologique aussi grande que possible.

Ces actions s'insèrent à la croisée des chemins des plus grandes spécialités médicales. La rééducation réadaptation fonctionnelle trouve une de ses spécificités dans la prise en charge

holistique du patient. Elle privilégie le patient plus que sa maladie et envisage délibérément les risques inhérents au handicap et des handicapés eux-mêmes.

Le médecin rééducateur a un rôle pilote dans la mise en place des soins à apporter au patient en fonction des besoins de celui-ci. Il a sous sa responsabilité la mise en place des soins en faisant intervenir les infirmiers, les ergothérapeutes, les kinésithérapeutes, les psychiatres, les orthophonistes. Il décide en fonction du diagnostic et de l'évolution de l'état du patient des structures et des soins adéquats à une rééducation efficiente pour le patient.

2.1.3 LE MEDECIN GENERALISTE[12]

D'après L'HAS le médecin généraliste :

- informe les patients à risque (antécédents vasculaires, HTA, diabète, artériopathie des membres inférieurs...) ainsi que leur entourage des principaux signes de l'AVC,
- préconise devant les symptômes l'appel immédiat au Samu Centre 15 avant même tout appel à son cabinet,
- explique l'importance de noter l'heure des premiers symptômes.

En cas d'appel direct à son cabinet ou à son centre d'appel d'un patient présentant des signes évoquant un AVC, le médecin généraliste doit transférer l'appel au Samu Centre 15 et au mieux rester en ligne pour permettre l'établissement d'une conférence à trois (appelant, médecin traitant, médecin régulateur du Samu Centre 15).

Il a un rôle de prévention primaire, prévention secondaire, de suivi et d'alerte.

2.1.4 LE MEDECIN PSYCHIATRE

La dépression, les syndromes anxieux, la décompensation délirante d'allure psychotique et les troubles de l'humeur sont les troubles psychiatriques les plus fréquents après un AVC.

La dépression s'installe chez 18 à 60 % des patients touchés par un AVC. Cette variabilité est due aux différents questionnaires et critères utilisés dans les études pour porter le diagnostic, ainsi qu'aux différences entre les populations étudiées. Du fait de l'absence de marqueurs biologiques ou électrophysiologiques spécifiques dans la dépression, le diagnostic se base sur l'évaluation clinique. La mise en place et la vérification par le praticien de l'interprétation du

questionnaire par le patient est difficile compte tenu des déficits cognitifs (aphasie, anosognosie) ou comportementaux (aphasie, fatigue) liés à l'AVC.

« L'étiologie de la dépression post-AVC est, en fait, très vraisemblablement multifactorielle, ce qui explique la difficulté de trouver un corrélat neuroanatomique précis. Les patients ayant présenté un AVC font l'expérience d'un événement traumatique qui mine leur intégrité corporelle et mentale, leur autonomie et leur estime personnelle ainsi que leur vie de couple et professionnelle. Dès lors, des mécanismes psychologiques d'adaptation ainsi que la personnalité pré-morbide du patient jouent certainement un rôle étiologique important. »[13]

La prise en charge par un psychiatre, un psychologue permet un diagnostic précis de l'état psychologique du patient et d'initier une thérapeutique si nécessaire. Une dépression non prise en charge a un impact négatif sur la récupération fonctionnelle.

On retrouve plusieurs outils pour dépister cette dépression : L'échelle HDRS (échelle de dépression de Hamilton) ainsi que le livret proposé par France AVC[14.]

Dans ce contexte, le pharmacien devrait avoir un rôle d'alerte en utilisant un outil d'évaluation de l'état psychologique du patient. Ainsi, un diagnostic précoce serait établi permettant d'optimiser le parcours de rééducation.

2.2 LE PHARMACIEN

Les nouvelles missions du pharmacien définies par la loi HPST (Hôpital, Patient, Santé, Territoires) incluent l'accompagnement du patient et de son entourage dans les pathologies chroniques, ce qui intègre les séquelles laissées par l'AVC. Des programmes de formation d'éducation thérapeutique sont en plein développement pour les pharmaciens. **De plus, la loi HPST précise que le pharmacien peut être désigné par le patient comme correspondant au sein de l'équipe de soin.** cette nouvelle mission valorise le rôle du pharmacien d'officine auprès de l'équipe pluridisciplinaire. Il se trouve au centre des communications afin de faire le lien entre le patient et les professionnels de santé. Actuellement le pharmacien d'officine n'a pas de rapport avec les autres professionnels de santé. Cette observation se confirme dans le guide patient de la HAS « la prise en charge de votre maladie, l'accident vasculaire cérébral – vivre après un AVC » ou le rôle du pharmacien n'est aucunement mentionné alors que les

intérêts du traitement, le rôle des différents acteurs de santé concernés et de l'éducation thérapeutique, sont évoqués.

Le pharmacien a un rôle **dans la tolérance et l'observance du traitement** : le patient arrive-t-il à organiser un plan de prise de ses médicaments compatible avec ses activités quotidiennes ? Des effets indésirables existent-il ?

L'évolution de la condition physique et les solutions à apporter : est-il le plus indépendant possible par rapport à ses capacités fonctionnelles ? Y aurait-il des améliorations à apporter pour augmenter son autonomie ?

L'état psychologique du patient : est ce que la réinsertion du patient dans sa vie familiale et sociale se passe bien ? Des troubles dépressifs, des angoisses apparaissent-ils ?

Il est aujourd'hui urgent de mettre en place un support d'échange entre les différents intervenants afin de coordonner au mieux les besoins et attentes des patients.

2.3 LES PARAMEDICAUX

2.3.1 L'ERGOTHERAPEUTE[15]

L'ergothérapeute est un professionnel de formation paramédicale qui intervient au sein d'une équipe pluridisciplinaire, son rôle est de prévenir ou de réduire tous dysfonctionnements existants ou pouvant exister entre deux individus ou entre un individu et son environnement.

L'ergothérapeute propose des aménagements de domicile, permet l'insertion sociale, familiale et professionnelle, scolaire, réalise des adaptations de poste de travail, travail sur l'accessibilité de lieux publics, donne des conseils en matière d'aides techniques, mais également peut faire une rééducation à domicile et ou en hospitalisation. L'ergothérapeute intervient dans la réadaptation de la vie quotidienne. Dans le cadre du retour et du maintien à domicile, l'intervention de l'ergothérapeute se déroule en plusieurs phases.

L'évaluation

Sur la demande du patient lui-même ou sur celle de sa famille, l'ergothérapeute établit, dans un premier temps, un ensemble de bilans permettant de prendre en considération les envies, les projets et les besoins du patient, mais aussi ses possibilités fonctionnelles, son autonomie réelle dans les actes de la vie quotidienne, de loisirs et ou professionnels, ainsi que l'environnement humain, matériel, architectural dans lesquels il va être amené à vivre.

Ce temps d'écoute, de prise d'informations est primordial pour le conseil et les prestations que peut proposer l'ergothérapeute. Celui-ci participera de cette façon aux projets de vie que peut faire à nouveau le patient.

Le conseil

L'ergothérapeute propose des modifications à apporter à l'espace ou des aides techniques nécessaires à l'aide de documentations de mises en situation. Il aura recours à l'adaptation particulière la plus performante possible, dans tous les cas, la modification de l'espace ou l'acquisition d'une technique est envisagée avec le patient, la famille, les personnes utilisatrices. En effet, il est primordial que cette mise en place réponde à un besoin et une envie des personnes concernées.

Le compte rendu de la visite à domicile

il est établi par l'ergothérapeute :

- un résumé des bilans précisant les conclusions de l'évaluation,
- un résumé de la situation de vie à domicile dans laquelle se trouve le patient (architecture, mobilier, aide humaine, possibilités financières),
- une explication et une présentation des aides techniques nécessaires recommandées avec photocopie des documents concernés,
- un plan et une explication des espaces architecturaux modifiés,
- une liste des fournisseurs de matériels est proposée et conseillée. Le patient et sa famille effectuent leurs choix.

Ce compte rendu donne donc des repères de choix au patient et à son entourage pour accéder à un environnement favorable et réalisable.

2.3.2 L'ORTHOPHONISTE[16]

L'orthophoniste effectue le bilan orthophonique d'un patient victime d'un récent AVC, lorsqu'il observe tous les grands domaines des fonctions cognitives et du langage afin d'évaluer les dommages que des fonctionnalités du cerveau ont subis. Il examine la communication, la pragmatique, le langage oral sur son versant expression et son versant compréhension, mais aussi le langage écrit, il explore les capacités mnésiques, les gnosies, les praxies, cherche la présence de troupes attentionnelles ou d'une possible héminégligence.

Aux termes de son bilan, un compte rendu avec un inventaire complet des déficiences acquises et des possibilités résiduelles sera fait.

A la phase initiale de l'AVC, l'objectif des séances d'orthophonie est de faciliter la communication par tous les moyens adaptés, d'aider à la démutisation, de prévenir l'installation de stéréotypies et enfin d'aider le patient à gérer son angoisse face à ses troubles du langage. Les méthodes de rééducation sont particulièrement nombreuses, et diffère selon l'approche théorique lésionnelle sous-jacente.

Les données retrouvées dans la littérature ne permet pas de statuer sur l'intensité des séances d'orthophonie chez le patient aphasique post AVC. L'orthophoniste doit tenir compte de la fatigabilité du patient due aux examens ou événements qui ont précédé la séance, et proposer des séances courtes mais fréquentes, dans le cadre de l'aphasie.

Selon les recommandations de la HAS, le patient victime d'un AVC doit rencontrer un orthophoniste dès sa prise en charge initiale à l'hôpital.

En phase aiguë : les 15 jours suivant la survenue d'un AVC le patient est hospitalisé, une équipe pluridisciplinaire se met en place autour de lui. Dès ce stade, une prise en charge orthophonique peut être prescrite pour l'évaluation et la rééducation d'une aphasie, d'une dysarthrie, de troubles de la parole ainsi que de troubles de la déglutition.

Au stade de récupération : pendant cette phase qui peut durer de 6 à 12 mois, le malade va sortir de l'hôpital pour rentrer chez lui si cela est possible ou, selon ses troubles, aller en service de médecine physique et de réadaptation. Les séances d'orthophonie doivent être fréquentes, de 6 heures au moins par semaine, à raison de séances de ¾ d'heure, si l'état du patient le permet.

Au stade de stabilisation : l'orthophonie doit être poursuivie même si progressivement la fréquence des séances va se réduire. Le travail personnel effectué par le patient à domicile prend une importance non négligeable. Ce travail est coordonné et contrôlé par l'orthophoniste. Peu à peu, le patient regagne une autonomie suffisante pour permettre l'arrêt de la thérapie.

2.3.3 LE KINESITHERAPEUTE [17]

Le kinésithérapeute intervient, dans un premier temps, dans la prévention des complications respiratoires et articulaires des patients. Ensuite, il a un rôle dans la rééducation neuro-motrice notamment pour rendre la marche à nouveau possible, mobiliser les muscles déficients afin d'améliorer les capacités fonctionnelles des patients. Leur rééducation a pour objectif d'assurer l'évolution neuro-motrice optimale des handicaps moteurs suite à l'AVC.

Elle repose sur la précocité, l'intensité et la continuité de la prise en charge kinesthésique.

Les recommandations de la HAS sont :

- Débuter la rééducation motrice dès que possible.
- À la phase aiguë de l'AVC, chez le patient ne présentant pas d'activité motrice, il s'agit de stimuler la fonction sensitive.
- Combiner les méthodes de rééducation motrice sans se limiter à une approche exclusive.
- La rééducation manuelle individuelle est préférée à tous les stades de la prise en charge.
- Le renforcement musculaire en vue d'améliorer la force musculaire à la phase chronique de l'AVC, mais pas la fonction. Le renforcement musculaire après l'AVC ne renforce pas la spasticité.
- À la phase chronique, le temps d'exercice a un impact favorable sur les performances de la marche. Il est recommandé d'inclure l'effet temps comme une composante importante de la récupération motrice.
- La rééducation fonctionnelle de la marche doit être effectuée dès que possible et poursuivie tout au long de l'évolution de l'AVC pour améliorer l'indépendance dans les déplacements.
- L'éducation thérapeutique du patient et de son entourage est à privilégier dès le début de la rééducation afin d'en optimiser et d'en pérenniser les résultats.

Dès la sortie des centres de rééducation et lorsque l'autonomie de déplacement est possible, le patient peut accéder à l'officine. La transmission des informations vers l'officine par le patient à ce stade est possible et permet d'intégrer le pharmacien dans le processus de réinsertion sociale.

2.3.4 LE PSYCHOLOGUE

D'après la HAS : « le psychologue peut instituer une psychothérapie de soutien dont l'objectif est d'améliorer l'acceptation des déficiences et incapacités afin d'augmenter les participations du patient aux situations de sa vie courante. » La place du malade dans son environnement change, il doit retrouver un certain équilibre. Les différents stades par lesquels passe le patient rajoute des difficultés supplémentaires. Le soutien familial n'est pas toujours une solution suffisante pour résoudre ces difficultés. Le psychologue doit être une solution à envisager.

2.4 L'ASSISTANT(E) SOCIAL(E)

L'assistant(e) social(e) assure une étroite collaboration avec les patients, les familles et le personnel soignant. Les demandes des patients ou de leurs familles sont motivées par :

- des problèmes administratifs ou financiers liés à l'hospitalisation,
- des problèmes familiaux induits ou aggravés par l'apparition du handicap.

Il renseigne le patient et ses proches sur les questions administratives sociales ou d'assurance et fait le lien avec les organismes de soutien à la sortie.

Il a aussi un rôle d'écoute, de soutien et d'accompagnement. Il adapte ses actions au degré des capacités des personnes malades, concoure à la recherche de solutions permettant un retour à domicile ou l'admission dans une structure adaptée au handicap. Il travaille en collaboration étroite avec les ergothérapeutes.

3 PLACE DU PHARMACIEN : ENQUETE ET ANALYSE DU « QUESTIONNAIRE PATIENT » (VOIR ANNEXE)

3.1 METHODE

Il s'agit d'une enquête menée auprès de 50 patients ayant subi un AVC. Ils ont tous été sollicités pour participer à cette enquête, à l'hôpital et à la pharmacie Grand Pré à Meylan (officine en milieu urbain). Les patients ont été sollicités de manière anonyme pour répondre à un questionnaire ciblant leur ressenti. La démarche, lors de l'élaboration du questionnaire, a été de prendre chronologiquement les étapes de leur prise en charge à savoir la phase hospitalière, le retour à domicile et la gestion du quotidien en post hospitalier.

Aucun critère d'exclusion n'a été appliqué.

Les objectifs sont d'évaluer leur ressenti sur la prise en charge hospitalière, d'intégrer leurs difficultés principales lors du retour au domicile et d'évaluer les attentes des patients qui viennent à l'officine.

Le but est aussi de déterminer la place du pharmacien dans sa légitimité et son rôle au sein de cette prise en charge globale.

Compte tenu du faible nombre de patients inclus dans notre enquête , nos résultats ne peuvent qu'être interprétés de façon qualitative .Cette approche qualitative du suivi post AVC n'a pas de conséquence sur les objectifs que nous nous sommes fixés préalablement.

3.2 RESULTATS

Analyse de la population interrogée :

- Dans cette étude la moyenne d'âge des personnes interrogées est **de 62.5 ans**. Cet échantillon de population n'est pas tout à fait représentatif de la population cible des patients victimes d'AVC en France puisqu'actuellement (juin 2014) la moyenne d'âge des patients atteints par un AVC est de 73 ans (70 ans pour les hommes et 76 ans pour les femmes). En France, 25 % des personnes ayant subi un AVC ont moins de 65 ans.
- Le sexe ratio des personnes interrogées au questionnaire est de 1/1. Ceci permet de répondre au mieux aux attentes en fonction des sexes.
- Le nombre moyen d'enfants des personnes interrogées est de 2,0.
- (L'aide des enfants à ces patients n'a pas été étudiée par le questionnaire)
- Vingt huit virgule cinquante sept pourcents (14pers/49) des personnes interrogées sont célibataires ou veufs/veuves contre 67.34 % (33pers/49) en couple.

Accès à un professionnel de santé – Soutien psychologique

	Personne en couple	Personne seule (hors enfant)
Personne trouvant indispensable l'accès à un professionnel de santé pour progresser dans leur rééducation.	52.17 % (12pers/23)	40 % (4pers/10)
Personne trouvant indispensable un soutien psychologique plus présent pour progresser dans leur rééducation.	34.78 % (8pers/23)	50 % (5pers/10)

Résultats sur les troubles les plus gênants et sur l'éducation thérapeutique que les patients ont reçue à l'hôpital.

Nombre de questionnaires complétés est de 50	AVC récent de moins de 2 ans	AVC de plus de 2 ans et moins de 5 ans (2010-2012)	AVC de plus de 5 ans (inférieur à 2010)
Nombre de personnes concernées	25pers/47	12pers/47	10pers/47
Patient satisfait de l'information reçue à l'hôpital	22pers 88 %	11pers 91,6 %	3pers 30 %
Patient insatisfait de l'information reçue à l'hôpital	3pers 12 %	1pers 8,4 %	7pers 70 %
Information, tout à fait adaptée aux besoins des patients	16pers 64 %	9pers 75 %	4pers 40 %
Information, incomplète ou trop scientifique, pour les patients	9pers 36 %	3pers 25 %	6pers 60 %

- Parmi les troubles les plus gênants, les patients se plaignent :
  - 44.89 % (22/49) de troubles de la mémoire ;
  - 42.85 % (21/49) de dépression ;
  - 40.81 % (20/49) de déficits moteurs ;
  - 26.53 % (13/49) du langage ;
  - 24.48 % (12/49) de la vision ;
  - 12.24 % (6/49) de leur comportement ;
  - 4.08 % (2/49) de la non reconnaissance des personnes.

3.3 DISCUSSION

Analyse de la population interrogée

La population interrogée reflète plutôt la tranche jeune des AVC, celle-ci est importante en raison de la valeur de leur espérance de vie et de la nécessité de leur réinsertion sociale

D'après le tableau « **Accès à un professionnel de santé – Soutien psychologique »**, on constate que les personnes en couple ont plus besoin d'un accès à un professionnel de santé que les personnes seules (52.17 % contre 40 %). En revanche les personnes seules ressentent plus le besoin d'un soutien psychologique. (50 % contre 34.78 %).

- On peut se poser la question des différences de prise en charge des personnes seules et en couple. De manière plus générale l'encadrement familial attenue-t-il la prise en charge de la dépression ?
- On peut se poser la question d'une surveillance plus stricte de l'état dépressif chez les personnes seules.
- On peut se poser la question d'une meilleure prise en charge en terme d'aides à domicile chez les personnes seules.

Evaluation de l'éducation thérapeutique reçue par les patients à l'hôpital

Nous constatons que la prise en charge et l'éducation thérapeutique des patients à l'hôpital se sont grandement améliorées. En effet, par rapport aux AVC datant de plus de 5 ans, la satisfaction des patients sur les AVC de moins de 5 ans a été multipliée par 2.5 à 3, même si on ne peut exclure un biais de mémorisation des patients. Nous constatons aussi une baisse de la satisfaction patient avec les AVC datant de moins de 2 ans. Elle peut être due soit à une augmentation des exigences des patients et de leur famille soit à une dégradation de cette prise en charge. (Nous précisons que ce résultat reste discutable au vue du faible échantillon de patients).

Les troubles les plus gênants pour les patients

Nous constatons que les troubles de la mémoire et la dépression constituent la première plainte des patients soit 47.24 % des patients interrogés. Ces troubles sont un frein important à la rééducation. De plus, la fatigabilité de ces personnes rajoute une difficulté supplémentaire qui est difficilement quantifiable.

Durant leur séjour à l'hôpital, il est très difficile de répondre à l'ensemble de leurs questions, en raison de l'évolution de la maladie qui entraine une évolution des besoins et demandes. De plus, le retour à domicile engendre de nouveaux besoins et contraintes face à des difficultés apparaissant seulement dans leur environnement habituel.
On constate que les troubles les plus gênants (dépression et mémoire) ne facilitent pas le bon suivi et l'efficience de réhabilitation des patients.
Le questionnaire nous permet également d'analyser les relations patient/pharmacien d'officine ; les résultats sont très intéressants.

Les rapports patient - pharmacien vus par les patients :

Les patients font confiance à leur pharmacien : Soixante-quinze pourcents des patients interrogés seraient prêts à demander conseil et seraient prêts à demander conseil ; Parmi eux :

- 90 % d'entre eux pour leurs traitement médicamenteux ;
- 70.3 % pour les aides techniques dans le cas d'un handicap moteur,
- 69.1 % pour les orienter vers des structures adaptées,
- 55 % dans l'agencement de leur domicile.

En ce qui concerne l'environnement favorisant la progression de leur rééducation :

- 45.14 % des patients interrogés, jugent l'accessibilité d'un professionnel de santé indispensable,
- 37,83% d'entre eux manifestent le besoin d'un soutien psychologique
- 7,83 % celui d'une aide à domicile.

On constate que sur les 24 % (12 pers/50) des patients qui n'ont pas eu assez d'informations pendant leur séjour à l'hôpital, 66 % sont prêts à demander conseil à leur pharmacien.

Chaque AVC est différent, aussi chaque AVC nécessite une prise en charge et un suivi personnalisés. C'est pourquoi la prise en charge du patient repose sur l'ensemble des besoins matériels et humains qui devront être coordonnés dans l'intérêt du patient

Il me semble donc pertinent de mettre en place un « outil » qui permettrait de suivre l' évolution du patient tout en lui permettant d'évaluer également ses propres progrès. Dans le questionnaire, les remarques les plus récurrentes concernent le suivi et la prise en charge au long cours. **Il en ressort une évidente difficulté dans le suivi et la persistance des efforts à**

fournir dans la récupération ; le patient parle de courage, de motivation à avoir, de difficultés psychologiques...

Aussi, il est important de pouvoir évaluer les progrès réalisés par le patient tout au long de la rééducation pour en garantir la continuation.

4 PROPOSITION D'UN CARNET PATIENT

Pour répondre aux besoins spécifiques du patient victime d'AVC et des professionnels de santé concerné, l'utilisation du carnet patient pourrait permettre d'amorcer une interface d'échanges.

Cet outil aurait pour fonction de permettre :

- une implication du patient dans sa rééducation.
- un état actualisé du patient (instant T de la situation du patient).
- des échanges formalisés entre les acteurs de santé.

Les informations apportées par le carnet permettraient ainsi, de mettre en place le plus rapidement possible la réponse la mieux adaptée aux attentes des patients.

La proposition d'un carnet patient, comme suivi de traitement Post AVC, suscite de multiples questions autour du « cycle de vie » du dit carnet .

Quel format adopter ?

Qui va détenir le carnet ? Le patient ?

Qui va remettre le carnet au patient ? le neurologue qui aura diagnostiqué l'AVC ?

Qui va fournir le carnet patient, donc prendre en charge sa rédaction, son impression et sa distribution ?

Une société savante de neurologie ?

Une association de patients victimes d'AVC ?

Un organisme en charge d'éventuelles recommandations : la HAS ?

(La Haute Autorité de Santé, une autorité publique indépendante qui contribue à la régulation du système de santé par la qualité).

Un organisme chargé de l'éducation de la santé : l'INVES ? (L'INstitut de VEille Sanitaire, un établissement public dont la mission générale est de surveiller, en permanence, l'état de santé de la population et son évolution).

Si le pharmacien d'officine est inclus dans le réseau de professionnels de santé dans le cadre de la prise en charge de PROXIMITE de patients victimes d'AVC, pourquoi pas le CESPHARM (Comité d'Éducation Sanitaire et Sociale de la Pharmacie Française) dont la vocation est d'aider les pharmaciens à s'impliquer dans la prévention, l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique du patient ?

Qui va en contrôler son bon usage ?

Nous pourrions envisager les réponses suivantes :

Pour optimiser son utilisation, un format « poche » doit être privilégié. Le carnet patient doit rester pratique facile à transporter et accessible à tous.

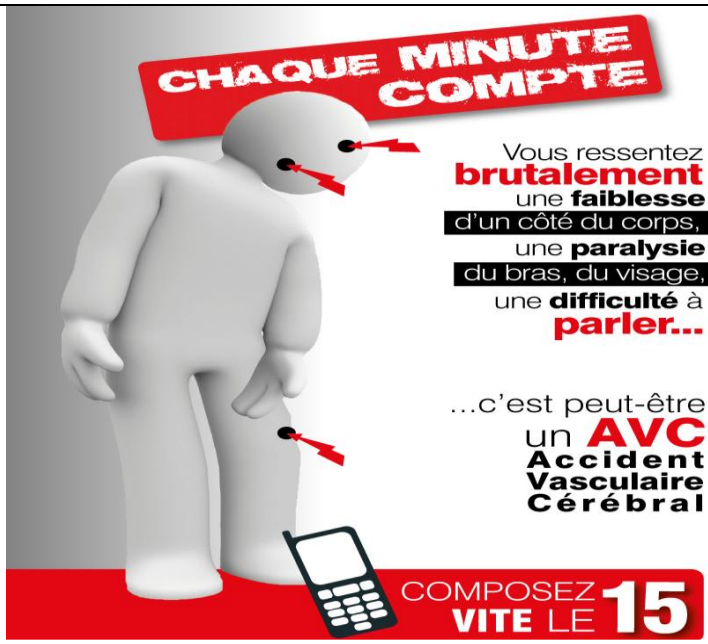
Ce carnet sera la propriété du patient qui le présentera à chacun des acteurs de santé intervenant dans sa prise en charge. Ainsi, le patient pourra poser les questions pertinentes et mieux comprendre les objectifs à atteindre. Il en sera ainsi plus impliqué de ce faite.

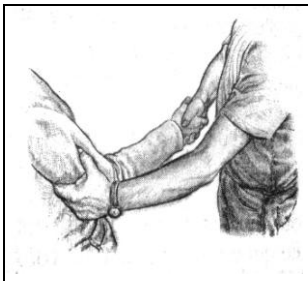
Il lui sera fourni par le neurologue qui a établi le diagnostic à l'hôpital.

Compte tenu de la portée des informations contenues dans ledit carnet, la HAS qui à pour mission :d'améliorer la qualité des soins dans les établissement de santé et en médecine de ville, de veiller à la qualité de l'information médicale diffusée, d'informer les professionnels de santé et le grand public, d'améliorer la qualité de l'information médicale, et de surveiller le respect de bonnes pratiques ; pourrait en être l'instigateur .

En tant que professionnel de sante de « PROXIMITE », le pharmacien ne serait-il pas le mieux placé pour veiller au bon usage dudit carnet et faire figure de « pivot » référent.

PROTOTYPE DU CARNET-PATIENT PROPOSE





Carnet patient

Aide au suivi de votre l'AVC

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

Téléphone _____

Mail _____

Vous devez conserver ce carnet et le présenter lors de toute consultation médicale (médecin, pharmacien, infirmier(ère), kinésithérapeute, orthophoniste, psychologue, assistant(e) social(e)).
Ils sont à votre écoute et vous apportent des solutions.

2

Table des matières

Page 5 : Identification de mes professionnels de santé
Page 7 : Diagnostic de mon AVC
Page 8 : Mon traitement médicamenteux
Page 10 : Partie d'échange réservée aux professionnels de santé
Page 15 : Informations complémentaires sur la prise en charge
Page 16 : Les facteurs de risque de récidive à contrôler
Page 17 : Quels sont vos déficit après l'AVC
Page 18 : Mon autonomie - Etat des lieux
Page 19 : Mon traitement anticoagulant
Page 20 : Pense bête
Page 22 : Aide à la communication
Page 23 : Mes rendez-vous



3

Partie réservée aux professionnels



4

Mes professionnels de santé

Médecin Neurologue

Médecin généraliste

Médecin psychiatre

Médecin podologue

Pharmacien

Autre

5

Mes professionnels de santé

Orthophoniste

Kinésithérapeute

Infirmier(ère)

Psychologue

Assistant(e) social(e)

Autre

6

Date de l'AVC

AVC hémorragique :

AVC ischémique :

Etiologie de l'AVC :
A remplir par le médecin traitant

Localisation
A remplir par le médecin traitant

Remarques :

7

Date de réalisation :

A remplir par mon pharmacien

Mon traitement médicamenteux

Noms des médicaments	Heures de prise								
	Lever	…	Petit déjeuner	…	Déjeuner	…	Diner	…	Coucher

8

Noms des médicaments	Heures de prise								
	Lever	…	Petit déjeuner	…	Déjeuner	…	Diner	…	Coucher

9

Partie réservée aux professionnels de santé

Identification du professionnel	Zone d'échange avec l'ensemble des intervenants (Ex : Education thérapeutique, difficultés rencontrées, remarques)

10

Identification du professionnel	Zone d'échange avec l'ensemble des intervenants (Ex : Education thérapeutique, difficultés rencontrées, remarques)

11

Identification du professionnel	Zone d'échange avec l'ensemble des intervenants (Ex : Education thérapeutique, difficultés rencontrées, remarques)

12

Partie réservée au patient et aux aidants



14

Informations complémentaires sur la prise en charge

Nom du service de prise en charge	
Durée d'hospitalisation	
Nom(s) du(es) centre(s) de rééducation	
Durée de la rééducation en centre spécialisé	
Date de retour à domicile	

15

Les facteurs de risque de récidive à contrôler

	Je n'ai pas besoin de contrôler*	J'ai besoin d'aide*
Ma tension artérielle		
Mon bilan lipidique		
Ma consommation de tabac		
Ma consommation d'alcool		
Mon activité physique		
Mon diabète		
Mon poids		
Ma fibrillation atriale		
Je me sens triste, anxieux(se)		
Je suis dépressif(ve)		

**Mettre une croix dans les cases correspondantes*

16

Quels sont vos déficit après l'AVC

Mes déficits sensoriels* (touchant les organes des sens yeux, nez, oreilles, peau, langue).	**Mes déficits moteurs*** (troubles qui entraînent une perte totale ou partielle de la motricité).	**Mes déficits cognitif*** (mémoire, raisonnement, coordination des mouvements, reconnaissance des personnes).	**Troubles de déglutition ***	**Trouble de l'humeur***

Date de mon évaluation

** Insérer le chiffre correspondant à l'évaluation de mon handicap*

Je note mes handicaps	
0	Aucun
1	Très léger
2	Léger
3	Moyen
4	Lourd
5	Très lourd

Mon autonomie - Etat des lieux

MES PROGRES	
0	Aucun
1	Très faible
2	Faible
3	Correct
4	Satisfaisant
5	Très satisfaisant

Date de l'AVC

J'estime mes progrès de 0 à 5 ci-dessous :

	Mes déficits sensoriels*	Mes déficits moteurs*	Mes déficits cognitifs*	Troubles de déglutition*	Trouble de l'humeur*
Au 1er mois					
Au 3ème mois					
Au 6ème mois					
Au 12ème mois					
A 2 ans					
A 4 ans					

** Insérer le chiffre correspondant à mes progrès*

18

Mon traitement anticoagulant

Date	Mon INR	Date	Mon INR	Date	Mon INR	Date	Mon INR

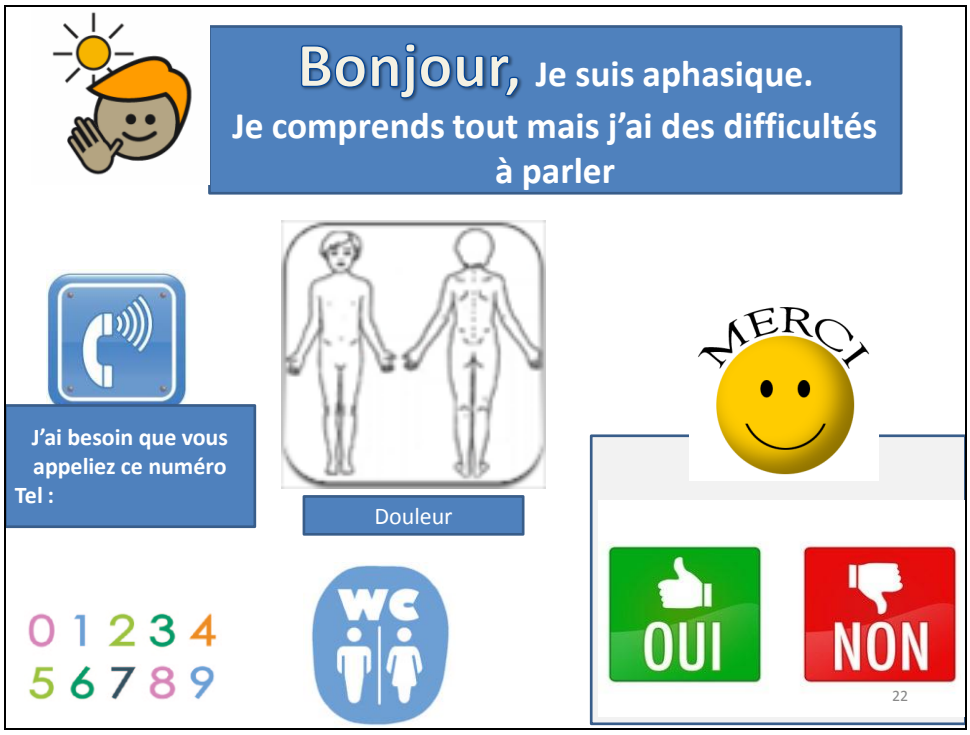
19

Mon pense bête pour ne rien oublier

20

Mon pense bête pour ne rien oublier

20



Je note mes rendez-vous

Année:_____

janvier	février	mars	avril	mai	juin
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9
10	10	10	10	10	10
11	11	11	11	11	11
12	12	12	12	12	12
13	13	13	13	13	13
14	14	14	14	14	14
15	15	15	15	15	15
16	16	16	16	16	16
17	17	17	17	17	17
18	18	18	18	18	18
19	19	19	19	19	19
20	20	20	20	20	20
21	21	21	21	21	21
22	22	22	22	22	22
23	23	23	23	23	23
24	24	24	24	24	24
25	25	25	25	25	25
26	26	26	26	26	26
27	27	27	27	27	27
28	28	28	28	28	28
29	29	29	29	29	29
30		30	30	30	30
31		31		31	

Je note mes rendez-vous

Année:_____

janvier	février	mars	avril	mai	juin
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9
10	10	10	10	10	10
11	11	11	11	11	11
12	12	12	12	12	12
13	13	13	13	13	13
14	14	14	14	14	14
15	15	15	15	15	15
16	16	16	16	16	16
17	17	17	17	17	17
18	18	18	18	18	18
19	19	19	19	19	19
20	20	20	20	20	20
21	21	21	21	21	21
22	22	22	22	22	22
23	23	23	23	23	23
24	24	24	24	24	24
25	25	25	25	25	25
26	26	26	26	26	26
27	27	27	27	27	27
28	28	28	28	28	28
29	29	29	29	29	29
30		30	30	30	30
31		31		31	

Je note mes rendez-vous

Année:_____

janvier	février	mars	avril	mai	juin
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9
10	10	10	10	10	10
11	11	11	11	11	11
12	12	12	12	12	12
13	13	13	13	13	13
14	14	14	14	14	14
15	15	15	15	15	15
16	16	16	16	16	16
17	17	17	17	17	17
18	18	18	18	18	18
19	19	19	19	19	19
20	20	20	20	20	20
21	21	21	21	21	21
22	22	22	22	22	22
23	23	23	23	23	23
24	24	24	24	24	24
25	25	25	25	25	25
26	26	26	26	26	26
27	27	27	27	27	27
28	28	28	28	28	28
29	29	29	29	29	29
30		30	30	30	30
31		31		31	

Je note mes rendez-vous

Année:_____

janvier	février	mars	avril	mai	juin
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9
10	10	10	10	10	10
11	11	11	11	11	11
12	12	12	12	12	12
13	13	13	13	13	13
14	14	14	14	14	14
15	15	15	15	15	15
16	16	16	16	16	16
17	17	17	17	17	17
18	18	18	18	18	18
19	19	19	19	19	19
20	20	20	20	20	20
21	21	21	21	21	21
22	22	22	22	22	22
23	23	23	23	23	23
24	24	24	24	24	24
25	25	25	25	25	25
26	26	26	26	26	26
27	27	27	27	27	27
28	28	28	28	28	28
29	29	29	29	29	29
30		30	30	30	30
31		31		31	

CONCLUSION

CONCLUSION DE LA THESE D'HERVE GUILLOT

TITRE DE LA THESE :

« PRISE EN CHARGE DU PATIENT TRAITE POUR UN ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL : PLACE DU PHARMACIEN D'OFFICINE »

L'AVC, priorité de santé publique est favorisée par des facteurs de risque clairement établis et en majorité associés au mode de vie des patients. Une éducation en amont devient le corollaire indispensable au renforcement de sa prévention.

Le handicap moteur masque et minore souvent les troubles cognitifs. Cette sous-estimation est source d'une difficulté supplémentaire à la réinsertion sociale de ces patients.
A l'heure actuelle, on constate des disparités d'application des protocoles dans la prise en charge de l'AVC. Le nombre important d'acteurs de santé mobilisés autour de la prise en charge de l'AVC réunit des professionnels médicaux et paramédicaux ; chacun contribuant selon ses compétences au soin et à la réinsertion sociale du patient.

Un questionnaire effectué auprès de 50 patients traités pour un AVC a permis de conclure que le patient est demandeur de suivi et d'information. Par exemple, à la question: « *Quels sont les outils qui vous semblent indispensables pour progresser dans votre rééducation ?* » 17 patients sur 38 (soit 44.73 %) souhaitent un accès facile à un professionnel de santé (par téléphone, internet, physique) et 14 patients sur 38 (soit 36.84%) souhaitent un soutien psychologique plus présent. A contrario, la plupart des personnes interrogées n'ont pas exprimé le besoin d'aide à domicile pour les tâches de la vie courante. Même si cette enquête se révèle être une analyse plutôt qualitative que quantitative, au vu du nombre peu élevé de patients, elle permet de constater que les besoins des patients se situent au niveau de l'accompagnement par un professionnel de santé. Les résultats de l'enquête rendent également nécessaire la mise en place d'outils permettant aux patients de devenir acteurs de leur rééducation en les impliquant davantage dans leur parcours de soin.

Le patient, traité pour un AVC, fréquente peu l'officine, compte tenu du fait que la thérapeutique ne constitue qu'une faible partie du traitement « global » ; le pharmacien qui n'est pas intégré réellement dans la prise en charge du patient pourrait être le professionnel de santé, attendu par les patients , capable de répondre à leurs interrogations. La plupart du temps, il est relayé à un rôle de dispensateur à l'aveugle.

Pourtant, le rôle du pharmacien d'officine est de **participer** à la coopération entre professionnels de santé, **contribuer aux soins de premier recours, dispenser des conseils et prestations** destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des patients. Dans les soins de premier recours auxquels doit contribuer le pharmacien, figurent : la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ainsi que l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social.

Dans la plupart des pathologies couramment rencontrées, le patient est suivi par un, voire deux professionnels de santé. Dans le cas des AVC, le traitement et le suivi du patient exigent de nombreux professionnels de santé. D'où une nécessite renforcée de coordination des soins.

Le pharmacien, du fait de sa proximité, sa disponibilité et sa légitimité (75 % des patients interrogés seraient prêts à demander conseil à leur pharmacien) doit jouer un rôle de veilleur, d'informateur, d'aiguilleur, de « coach » et de soutien psychologique des patients victimes d'AVC, tant dans leur rééducation que dans leur prévention secondaire.

Aujourd'hui, le pharmacien n'est pas en mesure de répondre convenablement à l'ensemble des missions dévolues dans le cas de l'AVC. L'instauration d'un carnet patient lui permettrait de répondre aux particularités du suivi du patient concerné. En assurant une meilleure lisibilité et traçabilité, le carnet patient contribuerait à l'amélioration de la prise en charge de la pathologie.

GRENOBLE , LE 15/12/2014

Doyen de la Faculté de la Pharmacie

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER * UFR DE PHARMACIE * GRENOBLE

Professeur Christophe RIBUOT

Président du Jury de la thèse

Docteur Martine DELETRAZ-DELPORTE

BIBLIOGRAPHIE

[1] *étude Interstroke 2007-2010 Lancet 2010 ; 376:112*

[2]site :HAS :http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/avc_recommandation_2014-09-25_13-08-18_537.pdf (consultation le 10/09/2014)

[3]site :HAS :http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/avc_diaporama.pdf (consultation le 10/09/2014)

[4]site :cardiologie-francophone :http://www.cardiologie-francophone.com/PDF/recommandations/recommandations-2012-ESC-FA.pdf (consultation le 10/09/2014)

[5]site :cardiologie-francophone :http://www.cardiologie-francophone.com/PDF/scores/score-CHA2DS2-VASc%20.pdf (consultation le 10/09/2014)

[6]site :HAS : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201007/annexes_efficacite_et_efficience_des_hypolipemiants_-_une_analyse_centree_sur_les_statines.pdf (consultation le 10/09/2014)

[7]Source :Accident vasculaire cérébral - Statistiques (France) » issu de Sante-Medecine (santemedecine.commentcamarche.net)

BEH (bultin épidemiologique hebdomadaire du 10 janvier 2012/n°1

[8]site :http://www.neuropsychologie.fr/index.php?/page/media.html/_/neuropsychologie-neurologie/vasculaire/l-avc-etapes-et-prise-en-charge-r (consultation le 10/09/2014)

[9]site :http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-07/fs_bum_naco_v5.pdf (consultation le 10/09/2014)

[10]site : http ://www.fhp-ssr.fr/les-ssr-c-est-quoi (consultation le 10/09/2014)

[11]site :HAS :http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/AVC_Retour_Recos.pdf (consultation le 10/09/2014)

[12]site :HAS :http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-04/avc_prise_en_charge_precoce_-_messages_cles_medecine_generale.pdf (consultation le 10/09/2014)

[13] *Psychol NeuroPsychiatr Vieil 2005 ; 3 (4) : 235-49*

[14]site :boehringer :http://www.boehringer-ingelheim.fr/content/dam/internet/opu/fr_FR/documents/actualites/Accident%20vasculair

e%20cerebral/livret8-troubles-de-l-humeur-fatigue-depression.pdf. (consultation le 10/09/2014)

[15] *Actes du Colloque HANDITEC 1996* (consultation le 10/09/2014)

Vie à domicile des Personnes Handicapées et Personnes Agées Dépendantes Dans le Cadre de AUTONOMIC 96 (consultation le 10/09/2014)

[16] Orthophonie consécutive à un AVC – mai 2010 © FNO

[17] *site HAS :Accident vasculaire cérébral : méthodes de rééducation de la fonction motrice chez l'adulte* (consultation le 10/09/2014)

ANNEXES

ANNEXE I Catalogue des différentes structures existantes dans la prise en charge des patients souffrant d'AVC

Sites internet :

http://www.franceavc.com

(C'est une association d'aides aux patients dédiés aux accidents vasculaires cérébraux. France AVC composé d'une fédération, d'antenne régionale ou départementale et d'un conseil scientifique.

Elle est soutenue par une société savante : la sociétés françaises neuraux vasculaires. Il s'agit d'une association loi 1901, créée en 1998.)

http://granted.ujf-grenoble.fr/VivreAVC.htm

(Sites de référence qui a pour objectif d'aider les personnes qui ont présenté un accident vasculaire cérébral)

http://granted.ujf-grenoble.fr/public/plaquetteAVC.pdf

(Brochure GRANTED vivre après un AVC)

http://www.youtube.com/watch?v=MDyTqlvbnQI&feature=kp

(clip vidéo qui montre les différents cas d'urgence lors d'un AVC.)

http://www.moleac.com/fr/actualites

(laboratoire développant des traitements pour la récupération)

ANNEXE II Questionnaire patient :

Guillot
Hervé
6ème année officine
Tel : 0677192327
Email : hervé_guillot@hotmail.com

Questionnaire en relation avec la rédaction d'une thèse d'exercice de pharmacie d'officine

Sujet : Prise en charge du handicap post AVC

1

La prise en charge du handicap post AVC en officine:

A. Information personnelle du patient :

AGE: SEXE: NOMBRE D'ENFANT(S) de plus de plus 18 ans : EN COUPLE: ☐ Oui ☐ Non

DATE DE L'AVC

VOTRE HABITATION: ☐ Une maison de plein pied ☐ Une maison sur plusieurs étages ☐ Un appartement Etage :

B. Accessibilité à l'information: vous sortez de l'hôpital :

☐ Vous êtes l'accompagnateur ☐ Vous êtes le patient

1. Avez-vous eu assez d'informations concernant votre AVC durant la prise en charge hospitalière ?

☐ Trop ☐ Suffisamment ☐ Insuffisamment ☐ Aucune

2. Comment évaluez-vous l'information que vous avez reçu?

L'information que j'ai reçue à l'hôpital était adaptée à mes besoins (utile) ☐ Oui tout à fait ☐ Oui mais Incomplète ☐ Non spécifique (inadapté) ☐ Non insuffisant

L'information que j'ai reçue était claire ☐ Oui tout à fait ☐ Oui, mais je n'ai pas tout compris ☐ Non, trop scientifique ☐ Non, incomprehensible

C. vos troubles suite à votre AVC:

3. Pour vous patient(e), le ou les troubles qui sont les plus gênants dans votre quotidien?

☐ Troubles de la mémoire

☐ Troubles du langage

☐ Trouble de reconnaissance des personnes

☐ Troubles de la vision

☐ Troubles du comportement, personnalité

☐ Mal être, anxiété, dépression

☐ Déficits moteurs (ex: trouble de la marche, trouble de préhension, de la vie quotidienne) 2

Autres:

7. Quelles sont les outils qui vous semble indispensable pour progresser dans votre rééducation ?

- ☐ Du matériel orthopédique
- ☐
- ☐ Du matériel auditif
- ☐ Une aide à domicile
- ☐ Un soutien psychologique plus présent
- ☐ Un accès facile à un professionnel de santé (par téléphone, internet, physique)
- ☐ Autre:

8. pensez vous que votre pharmacien pourrait vous aider à mettre en place des aides matérielles afin de faciliter votre quotidien (ex: fauteuil roulant, déambulateur, siège de bain, ustensile pour cuisine…)

- ☐ Non, je n'ai pas besoin d'aide pour mon domicile et les tâches de la vie courante
- ☐ Non, je préfère demander conseil à une autre personne
- ☐ Oui, pour une organisation de la vie quotidienne
  - ☐ De ma salle de bain, de mes WC
  - ☐ De ma cuisine
  - ☐ Pour mes déplacements à l'extérieur
  - ☐ Pour mes déplacements au domicile
- ☐ Autre:

F. vos remarques :

9. Avez-vous des besoins particuliers dont vous voudriez me faire part ?

Vos remarques en tant que patient	Vos remarques en tant qu'accompagnateur

4

D. le rôle du pharmacien dans l'accompagnement des patients :

4. Seriez-vous prêt(e) à demander conseil à votre pharmacien pour parler des difficultés que vous rencontrez?

☐ Oui sans problème ☐ Non, raison:

5. Iriez vous voir votre pharmacien pour des questions sur:

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Votre traitement médicamenteux	☐	☐	☐	☐
Des aide techniques pour compenser votre/vos déficit(s) moteur (marche, parole, ...)	☐	☐	☐	☐
Des conseils sur les structures existantes adaptés aux patients post AVC (Hospitalisation à domicile, la structure vivre avec son AVC...	☐	☐	☐	☐
L'agencement de votre domicile	☐	☐	☐	☐

6. Seriez-vous prêt(e) à communiquer à votre pharmacien vos difficultés?

☐ Sur les troubles de la mémoire

☐ Sur des troubles du langage

☐ Sur des troubles de reconnaissance des personnes

☐ Troubles du comportement, personnalité

☐ Troubles de la vision

☐ Mal être, anxiété, déprime

☐ Déficits moteurs (ex: trouble de la marche, trouble de préhension, de la vie quotidienne)

Autres:

ANNEXE III Résultat du questionnaire patient :

12/02/2012	date AVC	âge	sexe	nombre d'enfant	en couple	habitation	étage	patient / aidant	accès à l'info à l'hôpital 1	information adapté à mes besoin 2	information claire	les troubles les plus gênants 3	demander conseil à votre pharmacien 4	traitement médicamenteux 5	aides techniques pour déficit moteur 5	information sur les structures adaptées 5	agencement du domicile 5	communiquer vos difficultés au pharmacien 6	outils indispensable pour la rééducation 7	mise en place d'aide pour le quotidien 8	remarques
1	05/10/13	58	m	2	oui	maison		patient	suffisamment	oui, mais incomplète	oui, tout à fait	mémoire langage dépression déficits moteurs	oui	tout à fait d'accord	tout à fait d'accord	tout à fait d'accord	tout à fait d'accord	mémoire langage déficits moteurs (marche)	accès prof	aucune donné	bonjour, j'ai initialement eu beaucoup de chance À l'occasion de mon AVC grâce à l'intervention des pompiers ; ce qui m'a permis une prise en charge immédiate lors de mon arrivée au CHU. À l'évidence si j'étais passé par le service des urgences je serais aujourd'hui handicapé voir lourdement handicapés... En revanche je dois tout au docteur. Sans sa prise en charge efficace je ne sais quelle aurais été les conséquences de cette AVC.
2	04/05/14	33	f	0	non	appartement	3	patient	suffisamment	oui, tout à fait	oui, tout à fait	langage dépression	non (je consulterai un médecin)	plutôt d'accord	pas d'accord	pas d'accord	pas d'accord	je consulteral mon médecin	soutient psy	non, pas besoin d'aide	besoin de consulter un psy
3	15/04/13	84	f	1	oui	appartement	3	patient	insuffisamment	oui, mais incomplète	oui, mais je n'ai pas tout compris	mémoire reco pers vision	oui	pas d'accord	tout à fait d'accord	tout à fait d'accord	plutôt d'accord	autre	du matériel orthopédique autre: pour la salle de bain auditif aide a domicile accès prof	oui pour tout cuisine déplacement ext installation salle de bain, wc déplacement domicile	explication sur l'avc, les soins que l'on nous faient
4	1985	90	m	3	non	appartement	9	patient	suffisamment	oui, tout à fait	oui, mais je n'ai pas tout compris	pas de séquelle outre que des douleurs cérébrales non invalidantes	oui	tout à fait d'accord	aucune donné	aucune donné	aucune donné	aucune donné	matériel auditif aide à domicile	non, pas besoin d'aide installations déjà faites	je suis suivi par des spécialistes pour les vertiges et de la kiné vestibulaire
5	13/05/2011 12/02/2012		m	3	oui	maison pls étages		patient	suffisamment	oui, tout à fait	oui, tout à fait	mémoire vision déficits moteurs	oui	tout à fait d'accord	aucune donné	aucune donné	aucune donné	aucune donné	aucune donné	non, pas besoin d'aide	il faut rester calme patient, positif, en tout confiant courageux faire des efforts
6		48	f	6	non	appartement	6		trop	oui, tout à fait	aucune donné	mémoire vision	oui	tout à fait d'accord	tout à fait d'accord	aucune donné	aucune donné	aucune donné	aucune donné	aucune donné	
7		67	m		oui	appartement	6	patient	suffisamment	oui, tout à fait	oui, tout à fait	mémoire déficits moteurs	oui	tout à fait d'accord	tout à fait d'accord	tout à fait d'accord	tout à fait d'accord	mémoire vision déficits moteurs trouble de la marche	aucune donné	non, pas besoin d'aide	
8	01/02/11	70	m	4	oui	appartement	rdc	patient	suffisamment	oui, tout à fait	oui, tout à fait		oui	plutôt d'accord	plutôt d'accord	plutôt d'accord	plutôt d'accord	plus aucun trouble	plus aucun trouble	non, pas besoin d'aide	
9	02/06/12	83	f	2	oui	appartement	rdc	patient	suffisamment	oui, tout à fait	oui, tout à fait	dépression déficits moteurs (bourdonnements d'oreilles	oui	tout à fait d'accord	abs donnée	abs donnée	abs donnée	aucune donné	abs donnée	aucune donné	
10	23/09/13	60	f	0	oui	appartement	8	aidant	insuffisamment	oui, mais incomplète	oui, mais je n'ai pas tout compris	mémoire langage vision déficits moteurs	oui	plutôt d'accord	pas d'accord	pas d'accord	pas d'accord	aucune donné	orthopédique optique accès prof	non, autre personne	
11	13/01/13	66	f	2	oui	maison pls étages		patient	suffisamment	oui, tout à fait	oui, tout à fait	mal être anxiété dépression	oui	tout à fait d'accord	tout à fait d'accord	tout à fait d'accord	tout à fait d'accord	dépression (je communique avec mon pharmacien sans aucun souci)	pas de séquelles	non, pas besoin d'aide	avc sans conséquence
12	04/07/05	69	m	2	oui	maison pls étages		patient	insuffisamment	non spécifique (inadaptée)	non, incompréhensible	mémoire reco pers comportement mal être, dépression	non pas sur que ce soit la bonne personne	tout à fait d'accord	plutôt d'accord	pas d'accord	pas du tout d'accord	mémoire reco pers comportement personnalité mal être dépression	soutient psy accès prof	non, pas besoin d'aide	pas de souci hôpital, neurologue , cardiologue. Personne prend le temps d'avoir une vue globale et d'écouter
13	14/02/13	68	m		oui	appartement	3	patient	insuffisamment	oui, mais incomplète	oui, mais je n'ai pas tout compris	déficits moteurs	oui	tout à fait d'accord	tout à fait d'accord	tout à fait d'accord	aucune donné	mémoire langage reco pers comportement dépression vision déprime	un bon diagnostic pour mes jambes lourdes	non, pas besoin d'aide	mon AIT/avc bénin
14	01/05/05	70	f	3	oui	appartement	1	patient	suffisamment	oui, tout à fait	oui, tout à fait	troubles du langage dépression déficits moteurs		tout à fait d'accord	plutôt d'accord	tout à fait d'accord	tout à fait d'accord	langage dépression déficits moteurs	matériel orthopédique (canne) aide à domicile	non, autre personne	

15	1999	79	m	2	non	appartement	4	patient	aucune	non, insuffisante	non, incompréhensible	comportement déficits moteurs	oui	tout à fait d'accord	tout à fait d'accord	tout à fait d'accord	aucune donné	déficits moteurs	soutient psy orthophoniste accès prof	non, pas besoin d'aide	
16	01/12/07	85	f	2	oui	maison pls étages		aidant	insuffisamment	oui, mais incomplète	oui, tout à fait	mémoire comportement (phases d'agressivité) dépression	oui	tout à fait d'accord	plutôt d'accord	plutôt d'accord	pas d'accord	mémoire comportement dépression	aide à domicile accès prof (un service d'intervention disponible le weekend end et l'été)	non, autre personne	
17	09/10/10	81	f	2	non	appartement	1	patient	suffisamment	oui, mais incomplète	oui, mais je n'ai pas tout compris	dépression déficits moteurs	non	tout à fait d'accord	pas d'accord	tout à fait d'accord	plutôt d'accord	déficits moteurs	domicile accès prof	non, pas besoin d'aide	
18	23/06/05	87	f	1	non	appartement	5	patient	insuffisamment	non spécifique (inadaptée)	non, incompréhensible	langage déficits moteurs	oui	tout à fait d'accord	plutôt d'accord	plutôt d'accord	pas d'accord	aucune donné	domicile soutient psy	non, autre personne	je n'ai eu aucun suivi médical. Type rééducation à ma sortie d'hôpital. Et j'en avais grand besoin.
19	01/08/12	52	m	2	oui	maison sur pls étages		aidant	suffisamment	oui, tout à fait	oui, mais je n'ai pas tout compris	mémoire vision comportement dépression (épilepsie)	oui	plutôt d'accord	plutôt d'accord	tout à fait d'accord	pas d'accord	mémoire comportement dépression	soutient psy accès prof	non, pas besoin d'aide	
20	15/02/14	60	m	2	non	maison plein pied		patient	suffisamment	oui, tout à fait	oui, tout à fait	mémoire dépression	non	plutôt d'accord	plutôt d'accord	plutôt d'accord	pas d'accord	mémoire	soutient psy accès prof	non, autre personne	
21	06/03/12	70	m	1	oui	appartement	7	patient	suffisamment	oui, tout à fait	non, trop scientifique	mémoire langage dépression	oui	tout à fait d'accord	tout à fait d'accord	tout à fait d'accord	plutôt d'accord	mémoire langage reco pers comportement dépression vision déprime	orthophonie	non, pas besoin d'aide (actuellement physiquement autonome	besoin patient: ateliers mémoire besoin aidant: apprécions les réunions d'informations (jeudi) par l'association AVC France
22	23/08/13	38	f	2	oui	maison sur pls étages		patient	suffisamment	oui, tout à fait	oui, tout à fait	dépression déficits moteurs	oui	plutôt d'accord	tout à fait d'accord	plutôt d'accord	plutôt d'accord	dépression déficits moteurs	soutient psy accès prof	non, autre personne	une fois sortie de l'hôpital de jour il n'y a pas assez de suivi. On est lâché dans la nature, plus de soutient psy et physique
23	03/08/13	22	m	0	oui	appartement	1	patient	trop	oui, tout à fait	oui, tout à fait	mémoire langage	non	plutôt d'accord	pas d'accord	pas d'accord	pas d'accord	non	sports	non, pas besoin d'aide	
24	01/02/13	75	f	4	non	appartement	rdc	patient	suffisamment	oui, mais incomplète	oui, mais je n'ai pas tout compris	dépression	oui	plutôt d'accord	pas d'accord	pas d'accord	pas d'accord	dépression	accès prof	non, pas besoin d'aide	je n'ai pas était informé quant à la prise de pradaxa
25	19/12/12	44	f	1	oui	maison sur pls étages		aidant	suffisamment	oui, tout à fait	oui, tout à fait	mémoire dépression	non pas qualifié pour ces troubles	pas du tout d'accord	pas du tout d'accord	pas du tout d'accord	pas du tout d'accord	aucun	rien	non, pas besoin d'aide	
26	05/09/13	66	f	2	oui	maison sur pls étages		patient	suffisamment	oui, mais incomplète	oui, tout à fait	vision langage dépression	oui	tout à fait d'accord	tout à fait d'accord	tout à fait d'accord	tout à fait d'accord	mémoire langage reco pers comportement dépression vision déprime	optique soutient psy	aucune donné	
27	06/01/14	70	f	2	oui	maison sur pls étages		patient	suffisamment	oui, tout à fait	oui, tout à fait	vision (lecture écriture)	oui	tout à fait d'accord	aucune donné	aucune donné	aucune donné	vision (lecture écriture)	aucune donné	aucune donné	
28	11/03/06	55	m	0	oui	maison plein pied		aidant	insuffisamment	oui, mais incomplète	oui, mais je n'ai pas tout compris	déficits moteurs	non	tout à fait d'accord	pas du tout d'accord	pas du tout d'accord	pas du tout d'accord	déficits moteurs	accès prof	non, autre personne	
29	16/10/54	83	m	0		appartement	1	patient	insuffisamment	non, insuffisante	non, trop scientifique	dépression déficits moteurs	oui	tout à fait d'accord	tout à fait d'accord	tout à fait d'accord	tout à fait d'accord	dépression déficits moteurs	matériel orthopédique aide domicile soutient psy	oui, pour mes déplacement ext	
30	17/01/14	46	f	3	oui	maison sur pls étages		patient	suffisamment	oui, mais incomplète	oui, mais je n'ai pas tout compris	mémoire vision comportement dépression	oui	tout à fait d'accord	tout à fait d'accord	tout à fait d'accord	tout à fait d'accord	mémoire langage reco pers comportement dépression vision déprime	aucune donnée	aucune donnée	
31	07/09/13	64	f	2	non	appartement	9	patient	suffisamment	oui, tout à fait	non, trop scientifique	mémoire langage	non	plutôt d'accord	pas du tout d'accord	pas du tout d'accord	pas du tout d'accord	aucune donnée	soutient psy	non, pas besoin d'aide pour la vie courante	

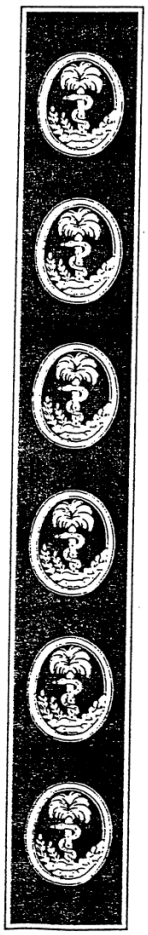
32	04/07/05	63	f	3	oui	appartement	2	patient	suffisamment	oui, tout à fait	oui, tout à fait	vision	oui	plutôt d'accord	aucune donnée	aucune donnée	aucune donnée	vision	aucune donnée	non, pas besoin d'aide pour la vie courante	
33	08/07/13	60	m	3	oui	maison sur pls étages		patient	suffisamment	oui, tout à fait	oui, tout à fait	langage	non	tout à fait d'accord	plutôt d'accord	tout à fait d'accord	tout à fait d'accord		soutient psy	oui, salle de bain, wc	
34	12/04/14	47	m	2	oui	maison sur pls étages		patient	suffisamment	oui, tout à fait	oui, tout à fait	dépression	oui	tout à fait d'accord	pas du tout d'accord	tout à fait d'accord	tout à fait d'accord	déprime	soutient psy	non, pas besoin d'aide	
35	14/01/14	52	f	2	oui	appartement	4	patient	suffisamment	oui, mais incomplète	oui, mais je n'ai pas tout compris	comportement	oui	tout à fait d'accord	tout à fait d'accord	tout à fait d'accord	tout à fait d'accord	comportement	accès prof	autre	les AVC sont très handicapant même quand nous n'avons pas de handicap qui se voit.
36	12/11/13	31	f	0	oui	maison plein pied		patient	suffisamment	oui, tout à fait	oui, tout à fait	mémoire vision dépression		plutôt d'accord	plutôt d'accord	pas d'accord	pas d'accord	dépression	soutient psy	aucune donnée	
37		58	m			appartement	0	patient	insuffisamment	oui, mais incomplète	oui, mais je n'ai pas tout compris	déficits moteurs	oui	tout à fait d'accord	tout à fait d'accord	aucune donnée	aucune donnée	déficits moteurs	aucune donnée	aucune donnée	
38	22/05/13	80	f	5	non	appartement	2 sans ascenseur)	aidant	suffisamment	oui, tout à fait	oui, mais je n'ai pas tout compris	déficits moteurs	oui	tout à fait d'accord	pas du tout d'accord	pas du tout d'accord	pas du tout d'accord	langage reco pers comportement dépression vision déprime	aide à domicile	non, autre personne je préfère demander à mon médecin	
39	23/07/13	52	m	2	oui	maison plein pied		patient	suffisamment	oui, tout à fait	oui, tout à fait	mémoire (fatigue)	oui	pas du tout d'accord	pas du tout d'accord	pas du tout d'accord	pas du tout d'accord	mémoire fatigue	aucune donnée	non, pas besoin d'aide	
40	25/09/12	72	f	1	oui	maison plein pied		patient	suffisamment	oui, tout à fait	non, trop scientifique	déficits moteurs	non (je consulterais un médecin)	plutôt d'accord	plutôt d'accord	plutôt d'accord	plutôt d'accord	déficits moteurs	accès prof	non, pas besoin d'aide	
41	08/06/12	55	m	2	non	appartement	3	patient	suffisamment	oui, tout à fait	oui, tout à fait	mémoire déficits moteurs	oui	tout à fait d'accord	tout à fait d'accord	tout à fait d'accord	tout à fait d'accord	mémoires	aucune donnée	non, pas besoin d'aide	
42	04/07/05	79	m	3	oui	maison sur pls étages		patient	aucune	oui, tout à fait	oui, tout à fait	langage	oui	plutôt d'accord		plutôt d'accord	aucune donnée	aucune donnée	pas de besoins	non, pas besoin d'aide	
43	22/12/13	73	m	2	non	maison de plein pied		patient	suffisamment	oui, tout à fait	oui, tout à fait	vision déficits moteurs	non j'ai un docteur	pas d'accord	tout à fait d'accord	tout à fait d'accord	tout à fait d'accord	aucune donnée	matériel optique auditif accès prof	non, pas besoin d'aide	une pratique quotidienne de la rééducation, le moral et bcp de courage
44	31/03/13	58	m	2	oui	appartement		patient	suffisamment	oui, tout à fait	oui, tout à fait	mémoire langage dépression	oui	tout à fait d'accord	pas d'accord	pas d'accord	pas d'accord	mémoire langage dépression	aucune donnée	non, pas besoin d'aide	
45	04/02/14	85	m	4		appartement	1	aidant	suffisamment	oui, tout à fait	oui, tout à fait	mémoire vision	oui	tout à fait d'accord	tout à fait d'accord	tout à fait d'accord	tout à fait d'accord	mémoire langage reco pers comportement dépression vision déprime	aide à domicile	aucune donnée	
46	21/01/14	71	m	2	oui	maison sur pls étages		patient	suffisamment	oui, tout à fait	oui, tout à fait	aucun trouble	oui	tout à fait d'accord	plutôt d'accord	plutôt d'accord	plutôt d'accord	aucune donnée	aucune donnée	aucune donnée	
47	16/06/14	46	f	1	non	appartement	0	patient	suffisamment	oui, mais incomplète	oui, mais je n'ai pas tout compris	mémoire déficits moteurs	oui	tout à fait d'accord	tout à fait d'accord	plutôt d'accord	plutôt d'accord	mémoire déficits moteurs	aucune donnée	non, pas besoin d'aide (sauf déplacement extr)	
48	05/10/20112	60	f	2	non	appartement	1	patient	suffisamment	oui, mais incomplète	oui, mais je n'ai pas tout compris	mémoire	oui	tout à fait d'accord	tout à fait d'accord	tout à fait d'accord	tout à fait d'accord	mémoire	kiné	non, pas besoin d'aide	
49	07/06/12	43	f	0	oui	maison sur pls étages		patient	insuffisamment	oui, mais incomplète	oui, mais je n'ai pas tout compris	dépression	non, pas confiance	pas du tout d'accord	plutôt d'accord	pas d'accord	pas d'accord	aucune donnée	soutient psy accès prof (plus de rééducation)	non, autre personne	
50	15/08/10	50	m	2	oui			aidant	suffisamment	oui, tout à fait	oui, mais je n'ai pas tout compris	langage déficits moteurs	oui	tout à fait d'accord	pas d'accord	tout à fait d'accord	pas d'accord	langage déficits moteurs	accès prof	non, pas besoin d'aide	

moyenne d'âge	homme	moyenne d'enfant par patient	en couple	célibataire / veuf veuve			nombre de patients	nombre aidant	nombre de suffisamment et trop	nombre de insuffisamment et aucune	oui, tout à fait	oui, mais incomplète	oui, tout à fait	oui, mais je n'ai pas tout compris	non, trop scientifique	mémoire	langage	oui	non	tout à fait d'accord	plutôt d'accord	pas d'accord	pas du tout d'accord	tout à fait d'accord	plutôt d'accord	pas d'accord	pas du tout d'accord	tout à fait d'accord	plutôt d'accord	pas d'accord	pas du tout d'accord	mémoire	langage	matériel orthopédique	non, pas besoin d'aide
62,5		2	33				41	8	38	12	31	15	26	16	4	22	13	22	13	32	13	2	3	19	12	7	6	21	9	8	5	14	8	10	16	4	22
	femme			célibataire / veuf veuve								non spécifique (inadaptée)		non, trop scientifique	reco pers																						
	25		14												2	2	2																		
												non, insuffisante		non, incompréhensible	vision																				
															2	12	12																		
															3	49	6																		
															comportement																				
																6	6																		
																21	21																		
															déficits moteurs																				
																20	20																		

Faculté de Pharmacie de Grenoble



Serment des Apothicaires



Je jure, en présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les moeurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.