



UNIVERSITÉ DE LILLE

DÉPARTEMENT FACULTAIRE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2025

MÉMOIRE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT D'INFIRMIÈRE EN PRATIQUE AVANCÉE

Mention pathologies chroniques stabilisés, prévention et polypathologies courantes en soins
primaires

Enquête sur les difficultés et besoins rencontrés par les médecins généralistes exerçant au sein
du GHT HPGL dans le parcours des patients suspects d'accident ischémique transitoire.

Présenté et soutenu publiquement le 30 juin 2025 à Lille (département facultaire de médecine
Henri Warembourg)

par Aurélie MENOURY LEJEUNE

JURY

Président de jury : Professeur François-Xavier GLOWACKI

Enseignant Infirmier : Marie-Cécile SAMYN

Directrice de mémoire : Docteur Marie GIROT

Département facultaire de médecine Henri Warembourg

Avenue Eugène Avinée

59120 LOOS

GLOSSAIRE

AHA : American Heart Association
AIC : Accident Ischémique Cérébral
AIT : Accident Ischémique Transitoire
ANAES : Agence Nationale de l'Accréditation et l'Evaluation en Santé
ASA : American Stroke Association
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CPTS : Communauté professionnelle Territoriale de Santé
DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination
DPO : Data Protection Officer
EPCI : Etablissement Public de Coopération Intercommunale
ETT : Echographie cardiaque Trans Thoracique
ETO : Echographie cardiaque TransOesophagienne
ESO : European Stroke Organisation
GHT HPGL : Groupement Hospitalier Territorial Hôpitaux Publics Grand Lille
HAS : Haute Autorité de Santé
IPA : Infirmier en Pratique Avancée
IRM : Imagerie par Résonnance Magnétique
mRS : modified Rankin Scale
MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle
NIHSS : National Institutes of Health Stroke Scale
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
RGPD : Règlement Général de Protection des Données
SEED : unité Statistique, Évaluation Économique, Data-management
SFNV : Société Française de NeuroVasculaire
SMR : Soins Médicaux de Réadaptation
UNV : Unité de NeuroVasculaire
USINV : Unité de Soins Intensifs NeuroVasculaire

SOMMAIRE

GLOSSAIRE	1
SOMMAIRE	1
REMERCIEMENTS	2
INTRODUCTION.....	3
1. L'accident ischémique transitoire	4
2. Accident ischémique cérébral mineur	7
3. Implications	9
MÉTHODE	14
1. Population.....	14
2. Recueil de données.....	16
RÉSULTATS	18
1. Conditions d'exercice.....	18
2. Pratiques professionnelles	19
3. Difficultés.....	22
4. Commentaires.....	27
ANALYSE	28
1. Préambule.....	28
2. Conditions d'exercice.....	29
3. Pratiques professionnelles et difficultés	30
4. Commentaires.....	34
DISCUSSION	35
CONCLUSION	41
BIBLIOGRAPHIE	42
TABLE DES MATIERES.....	46
TABLE DES ILLUSTRATIONS	48
TABLE DES ANNEXES.....	48

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tous ceux qui ont contribué à l'aboutissement de ce mémoire.

Je remercie tout d'abord toute l'équipe pédagogique de l'université de Lille et les intervenants de la formation qui m'ont permis d'enrichir mes connaissances et d'approfondir ma réflexion tout au long de ces deux années de formation.

Je voudrai exprimer ma reconnaissance envers mes collègues de promotion, qui m'ont apporté leur soutien moral et intellectuel (les Zusures).

Je souhaite également adresser toute ma reconnaissance à ma directrice de mémoire, le Docteur Marie GIROT, ainsi qu'au Professeur Charlotte CORDONNIER pour leur soutien, leur disponibilité, et leurs précieux conseils qui ont contribué à alimenter ma réflexion.

Je remercie l'ensemble des équipes médicales et paramédicales du service dans lequel je travaille, particulièrement Aurélie, Pauline et Guillaume ; et des services dans lesquels j'ai réalisé mes stages. Je souhaite aussi souligner l'investissement des infirmières en pratique avancée qui m'ont encadrée, Bérengère, Gaëlle, Aouatif et Camille.

Enfin, je remercie mes amies, Charlotte et Céline, qui ont su trouver les mots justes à chaque fois que j'en avais besoin. Je suis reconnaissante envers ma famille, plus particulièrement mon mari Mathieu et mes enfants Lucie, Laura, Raphaël et Thomas, qui ont toujours été là pour m'encourager et me soutenir dans l'élaboration de mon projet professionnel.

« Rien ne va de soi, rien n'est donné, tout est construit. »

Gaston BACHELARD

INTRODUCTION

Les AVC, accidents vasculaires cérébraux, représentent de nos jours un enjeu majeur de santé publique, par leur incidence : 140 000 nouveaux cas par an, par le risque de décès : deuxième cause de décès tous sexes confondus, et par leurs conséquences : première cause de handicap acquis de l'adulte (1).

Les AVC se répartissent en deux grandes catégories l'AVC hémorragique, environ 20 % des cas, et l'AVC ischémique représentant 80 % des situations. En France une personne est victime d'un AVC toutes les 4 minutes. La filière neurovasculaire a permis de réduire la létalité hospitalière de 12,5 % (2) ces dernières années grâce aux innovations dans la prise en soins. Il reste néanmoins des pistes d'amélioration concernant la prévention. Dans une étude de population menée dans trente-deux pays : INTERSTROKE (3), il ressort un lien à hauteur de 90 % entre dix facteurs de risques modifiables et la survenue d'un AVC. Les Pouvoirs Publics ont adopté une politique de prévention de la santé dans la stratégie nationale de santé 2018-2022 avec le constat que 25 % des AIC, accident ischémique cérébral, sont précédés d'un syndrome de menace qu'est l'AIT, accident ischémique transitoire. Dans une étude menée par l'équipe de neurovasculaire de l'hôpital de BICHAT (4), la prise en charge de l'AIT par l'identification de la cause, son traitement et la gestion des facteurs de risque vasculaire, réduit de 80% le risque de faire un AIC à 3 mois. Ces deux constats réunis semblent indiquer, en théorie, qu'il est possible de réduire de 20% le nombre d'AIC avec une prise en soins particulière de l'AIT. Il est donc indispensable de repérer ces patients et de leur proposer le parcours de soins adéquat. « Ainsi, en considérant que 25 % des AVC sont précédés d'AIT (soit près de 40 000 AVC chaque année en France), si tous les AIT étaient pris en charge dans une clinique AIT, nous pourrions éviter chaque année 5 320 AVC en France ! » (5)

Fin 2024, l'ASA, American Stroke Association, et l'AHA, American Heart Association (6), ont publié des recommandations sur la prévention primaire de l'AVC pour promouvoir la santé du cerveau. L'enjeu de la prévention n'est plus à démontrer. Elle doit passer par le dépistage et le traitement des facteurs de risque vasculaire, d'autant plus chez les patients présentant un tableau clinique asymptomatique ou paucisymptomatique, notamment en cas d'AIT et d'AIC mineur.

Dans le contexte actuel de mise sous tension du système de santé, la médecine de ville a-t-elle la possibilité de répondre aux recommandations de la prise en soins des patients suspects d'AIT ou d'AIC mineur ?

Au cours de mon travail, je ferai un état des lieux concernant l'AIT et l'AIC mineur, le parcours de soins actuel, les facteurs de risque vasculaire qualifiés de modifiables et les concepts à mobiliser dans ce parcours. Dans un second temps, je décrirai les besoins et les difficultés des médecins de villes dans le parcours du patient suspect d'AIT ou d'AIC mineur, hors urgence, au travers des résultats de notre enquête. Puis, au cours de la discussion, je tenterai de répondre à l'hypothèse que la mise en place d'une filière de soins dédiée aux personnes suspectes d'AIT ou d'AIC mineur pourrait faciliter leur parcours de soins. Les médecins généralistes du GHT, groupement hospitalier territorial, HPGL, Hôpitaux Publics Grand Lille, auraient accès, notamment grâce à une ligne téléphonique de support dédiée à l'aide au diagnostic de l'AIT, à diverses ressources spécifiques adaptées aux délais de prise en charge. Ce contact privilégié serait l'interface d'entrée du patient dans la filière de prise en soins pour l'AIT.

1. L'accident ischémique transitoire

1. Définition

Selon la SNFV, Société Française de Neurovasculaire, en France 40 000 AIT sont recensés par an. L'incidence pourrait ne pas refléter la réalité du fait de la difficulté de poser le diagnostic du fait du caractère éphémère de l'évènement.

L'OMS, Organisation Mondiale de la Santé, définit l'AIT comme : « la perte brutale d'une fonction cérébrale ou oculaire durant moins de 24 heures supposée due à une embolie ou à une thrombose vasculaire. ». Cette définition n'apparaît pas suffisamment opérationnelle pour les professionnels (7), c'est pourquoi elle s'est vue affinée.

L'AIT pour l'ANAES, Agence Nationale de l'Accréditation et l'Evaluation en Santé, (8) se définit par la survenue brutale d'un déficit neurologique focal qui peut être moteur, sensitif, visuel ou un trouble du langage. Les symptômes régressent spontanément et l'imagerie cérébrale ne révèle pas de séquelle parenchymateuse ischémique (9). Pour supposer le diagnostic, l'anamnèse est essentielle. L'examen clinique se révèle normal, il est rare d'être témoin des signes d'un AIT. Il est important de s'entretenir avec le patient pour décrire précisément les éléments cliniques qui permettent l'orientation du diagnostic.

Cette définition sous-entend que le patient reconnaisse les signes, s'en alerte et consulte, pour que le parcours adéquat soit enclenché au bon moment. Elle suggère également que le médecin généraliste, premier interlocuteur confronté au discours du patient, soit sensibilisé au repérage des signes de l'AIT. Deuxième point de vigilance, il faut réaliser une imagerie cérébrale pour valider ou non le diagnostic. Il se peut qu'en réalité l'imagerie cérébrale révèle une anomalie parenchymateuse, notamment dans le cas d'un AVC mineur.

Il existe plusieurs diagnostics différentiels, par exemple les migraines avec aura, les crises d'épilepsie, les troubles métaboliques ou encore des troubles somatoformes. Ces « stroke mimics » représenteraient près de la moitié des admissions pour suspicion d'AVC (10). Il existe des échelles préhospitalières pour permettre l'orientation diagnostique mais leur précision est inférieure à 50%. Ces « stroke mimics » nécessitent la mise en route d'un parcours de soins adaptés à la maladie causale. Il existe entre autres la filière migraine ainsi que la filière première crise d'épilepsie.

2. Parcours de soins

Le parcours optimal doit s'enclencher en urgence (11). La prise en soins en urgence se justifie par le risque pour le patient d'être victime d'un AIC dans les jours suivants. Dans les 2 jours suivant l'évènement le risque d'AIC est de 9,9 %, à un mois 13,4 % et à 3 mois 17,3 % (12). Durant la phase aiguë, la réalisation d'un bilan étiologique minimal permet de réduire le risque d'AIC par la prise en charge de l'étiologie et des facteurs de risque vasculaire modifiables identifiés, ainsi que la mise en route d'un traitement adapté. D'autre part, l'AIT est un marqueur de risque vasculaire à long terme. Il peut se traduire par exemple par un infarctus du myocarde (13). Prendre conscience de la nécessité d'identifier les facteurs de risque vasculaire modifiables peut prévenir des événements vasculaires à long terme.

Les recommandations de l'ESO, European Stroke Organisation (14), précisent l'intérêt d'une évaluation par un spécialiste. Il existe des diagnostics différentiels qui nécessitent une expertise neurologique (15). Il est aussi recommandé de réaliser un bilan minimal comprenant une imagerie cérébrale et des troncs supra aortiques, un bilan biologique et un enregistrement électrocardiographique. Ce premier état des lieux permet de dépister les étiologies et facteurs de risque vasculaire principaux. Il doit être complété par une ETT, échographie cardiaque

transthoracique, et si besoin d'une ETO, échographie cardiaque transoesophagienne. Au travers de ces examens seront explorées les causes athéromateuses et cardio-emboliques.

La prise en soins en urgence immédiate est destinée aux AIT de moins de 24h au même titre que la prise en soins d'un AIC. L'urgence se justifie par le risque de survenue d'un AIC qui comporte un risque de décès de 10 % à un mois (16) et le risque majeur de récurrence dans cette période.

Pour les patients hors recours au centre 15, le bilan type est à réaliser idéalement en semi urgence, dans les 15 jours. Une évaluation initiale du risque de récurrence doit être estimée par le score ABCD2 (15,16). Ce score prédit un risque de récurrence et indique la nécessité d'une double anti-agrégation plaquettaire de court terme (19). De nombreux logigrammes (20) existent pour détailler le parcours basé sur les connaissances issues de la recherche et des recommandations des autorités compétentes de santé.

Actuellement, le parcours de soins est très hétérogène. Il existe des filières spécifiques avec un accueil direct des patients sur une structure dédiée appelée « Clinique AIT », notamment à Paris (18), à Bordeaux ou encore à Nantes. Autre mode de fonctionnement, le parcours peut être organisé au sein des USINV, unités de soins intensifs neurovasculaires, avec une hospitalisation qui permet de réaliser le bilan sur un temps de séjour plus ou moins court. Sans filière neurovasculaire, les patients peuvent être suivis par un service de cardiologie ou de médecine générale. Ces parcours hospitaliers s'enclenchent si le patient accepte l'hospitalisation alors que les symptômes ont régressé spontanément sans laisser de stigmates. Le parcours peut également s'organiser en hôpital de jour programmé à condition d'une évaluation clinicoradiologique bien conduite. Cela permet une flexibilité pour le patient (21) et un gain de temps. Le parcours de prise en soins des AIT est hétérogène et non standardisé. En pratique il dépend de l'accès à un plateau technique et à des ressources médicales.

Les recommandations actuelles de l'HAS, Haute Autorité de Santé (21), détaillent des critères de qualité pour le parcours du patient victime d'un AIT de moins d'une semaine avec pour objectif de réduire la morbidité et la mortalité par AIC de ces patients. Elles consistent à établir un diagnostic rapide, réaliser un bilan minimal et débiter un traitement de prévention secondaire. Ces critères nécessitent un personnel médical et paramédical sensibilisé à l'identification de l'hypothèse d'un AIT ainsi qu'un plateau technique pour la réalisation des examens. Les diagnostics d'AIT se classent selon trois catégories : l'AIT certain, l'AIT probable et l'AIT possible. Le classement repose sur l'aspect consensuel ou non de la symptomatologie décrite par le patient et son entourage.

Les trois catégories nécessitent l'organisation d'un parcours spécifique avec recherche des facteurs de risque vasculaire et mise en place de la prévention adéquate.

2. Accident ischémique cérébral mineur

1. Définition

Selon l'OMS, l'AVC se définit comme : « Le développement rapide de signes cliniques localisés ou globaux de dysfonction cérébrale avec des symptômes durant plus de 24 heures, pouvant conduire à la mort, sans autre cause apparente qu'une origine vasculaire » (7).

L'AIC mineur correspond à une lésion parenchymateuse cérébrale visible en imagerie chez un patient paucisymptomatique. Il résulte de l'obstruction d'une artère irrigant le cerveau. Le patient rapporte au cours de l'anamnèse une survenue brutale d'un déficit focal neurologique moteur, sensitif, visuel ou un trouble du langage. Les symptômes semblent avoir régresser ou sont minimales, ce qui correspond à paucisymptomatique. Il est également possible que les symptômes ne soient perçus que par l'entourage mais il y aura cette notion de rupture brutale avec l'état antérieur. L'évaluation clinique par le score NIHSS, National Institutes of Health Stroke Scale, (annexe1) se révèle strictement inférieur à 5 (23). Ce score est le reflet de la gravité de l'atteinte neurologique, plus le score est bas, moins il y a de séquelles physiques. Cette échelle est spécifique à l'AVC en explorant les fonctions cérébrales parmi 15 items. Il n'existe pas de réelle définition de l'AIC mineur (24). Il s'oppose à l'AIC modéré ou grave qui laisse une séquelle visible telle qu'un déficit moteur, visuel ou des troubles du langage. Il est également possible, pour évaluer la gravité de l'AIC, d'utiliser le score mRS, modified Rankin Scale (annexe 2). Il reflète la répercussion sur le quotidien, à la suite de l'AIC, du handicap comparativement à la situation initiale. Ce score est évalué par l'observateur et non auto-déterminé par le patient. Il est coté de 0 à 6, 0 pas de handicap. Un résultat inférieur à 2 correspond à un handicap mineur. On parle de handicap modéré pour un score à 3, pour un résultat de 4 à 5 on qualifie le handicap de sévère et le score à 6 correspond au décès. Par définition l'AIC mineur sera coté en mRS de 1 à 2.

Au-delà des séquelles physiques, il existe des séquelles invisibles. Les plus fréquentes sont une fatigabilité, une lenteur et des troubles de l'humeur.

La fatigue se traduit par l'impossibilité de réaliser des activités, physiques ou intellectuelles, de même niveau d'efforts qu'avant l'AVC, même avec une période de repos. Elle concerne 50% des AVC, elle perturbe la qualité de vie (25) avec parfois une impossibilité d'une reprise professionnelle. Elle s'atténue avec le temps et demande une adaptation de l'environnement, au sens large, du patient.

Les troubles de l'humeur peuvent perturber la dynamique sociale du patient avec souvent une incompréhension de l'entourage.

Le patient lui-même peut ne pas comprendre et ne pas se reconnaître dans ses performances ou attitudes. La vie professionnelle comme sociale s'en trouve perturbée, un accompagnement est nécessaire. La dépression est présente chez un tiers des patients victimes d'un AVC.

2. Parcours de soins

Le patient victime d'un AIC mineur bénéficie d'un parcours dans la filière neurovasculaire. Une fois le diagnostic posé, il est pris en soin dans une USINV pour organiser le bilan étiologique et dépister les facteurs de risque vasculaire. A défaut d'une USINV, il en existe 116 en France, le patient est pris en soin dans une filière coordonnée par une UNV (26), unité de neurovasculaire. Il existe également un certain nombre de patients qui ne consultent pas, n'ayant pas remarqué de symptômes. Ce sont des infarctus cérébraux dits silencieux qui seront de découverte fortuite, notamment dans le cadre de bilan de démence (27).

Le parcours repose sur trois volets. Les trois aspects de la prise en soins se déroulent de façon à préserver le pronostic fonctionnel du patient. La priorité initiale sera d'éviter l'extension de la lésion voire la récurrence.

En première intention, le bilan étiologique est initié afin de diminuer le risque de récurrence par traitement de la cause. Il peut s'agir d'une cause cardio-embolique, athéromateuse ou lacunaire (25). A noter qu'à ce jour il reste environ 25% des AIC d'étiologie indéterminée. Malgré un bilan maximal aucune cause imputable n'a été mise en évidence.

Ensuite, le dépistage des facteurs de risque vasculaire est essentiel pour minimiser le risque de récurrence. Les facteurs de risque vasculaire non modifiables sont l'âge et le sexe. L'avancée en âge augmente le risque de faire un AIC, 75% des AVC touchent les plus de 65 ans. Sur les données actuelles un homme a plus de risque d'être victime d'AIC. Cependant l'épidémiologie met en avant le fait que les femmes se rapprochent d'années en années du risque encouru par

les hommes. Les femmes se trouvent de plus en plus exposées aux facteurs de risque vasculaires du fait de comportement de santé qui évoluent.

Selon le rapport de l'HAS de mai 2023 (27) il existe différentes pistes d'amélioration pour la prise en soins des AVC. Il est proposé de renforcer la coordination, diminuer le délai de prise en soins, augmenter le nombre de place en SMR, soins médicaux de réadaptation, programmer une consultation post-AVC pour tous et mettre en place une prévention adaptée en partenariat avec les médecins généralistes.

Puis, une prise en soins multidisciplinaires permet une évaluation neurologique précise avec la mise en place de séances rééducatives précoces personnalisées par un kinésithérapeute, un orthophoniste (30). Un accompagnement social vient compléter le volet « soins ». Au-delà des répercussions physiques, la prise en compte des séquelles invisibles demande du temps pour être dépistées et accompagnées. Elles ne doivent pas être négligées dans le parcours.

A nous donc d'agir sur les facteurs de risque modifiables que sont l'hypertension artérielle, le déséquilibre du diabète, l'hypercholestérolémie, le tabac, l'alcool, l'obésité et la sédentarité.

3. Implications

1. Les facteurs de risque vasculaire modifiables

L'hypertension artérielle correspond à une tension systolique supérieure à 140 mm Hg et, ou une tension diastolique supérieure à 90 mm Hg, prise au repos à plusieurs reprises. Le risque d'AVC est alors multiplié par 9. Elle est présente chez 40 à 85 % des patients victimes d'un infarctus cérébral (31).

Le diabète, plus précisément le déséquilibre du diabète, majore le risque d'AVC par 3. Idéalement l'hémoglobine glyquée doit être inférieure à 7 % ou un temps dans la cible supérieur à 70%. Chez le patient qui a un diabète, le risque d'infarctus cérébral est majoré de 1,5% par an (32) comparativement à la population générale.

La dyslipidémie ou plus précisément un taux élevé de LDL cholestérol peut être à l'origine d'un AIC sur un mécanisme thrombo-athéromateux (33). En population générale le taux maximal toléré est relié à l'âge avec un taux de 1 g/l plus l'âge en décimal. A la suite d'un

événement vasculaire en cas d'absence de facteur de risque le taux visé sera inférieur à 1 g/l voir 0.70 g/l en présence de facteur de risque. En présence d'une pathologie cardiaque le taux visé sera d'être inférieur à 0.55 g/l.

Le tabac augmente le risque de survenue d'un AIC d'un ratio de 1.9 (34) avec un risque relatif plus important chez les femmes et les jeunes (35).

L'alcool au travers d'une consommation forte, au-delà de trois verres par jour tous les jours, multiplie le risque relatif d'AIC par 3 (31).

La sédentarité est un facteur de risque multiplicateur. Il favorise le surpoids qui augmente le risque de dyslipidémie et d'hypertension artérielle.

Face à ces facteurs de risque vasculaire modifiables, il semble raisonnable de proposer au patient un projet personnalisé au regard de la possibilité de diminuer le risque d'AVC. Il faut bien sûr que les objectifs fixés se fassent par étape et en accord avec le patient. Cet état des lieux du risque peut amener le patient vers d'autres professionnels de santé. La coordination de son parcours est essentielle pour éviter toute discontinuité. L'accompagnement vers un changement de comportement en santé prend du temps.

2. La prévention

D'après le dictionnaire LAROUSSE la prévention correspond à un « Ensemble des dispositions prises pour prévenir un danger, un risque, un mal ; organisation chargée de mettre en place ces dispositions ».

Dans le cadre de l'AIT et l'AIC mineur les trois champs de la prévention sont à prendre en compte.

Tout d'abord la prévention primaire, elle va alerter sur le risque avant qu'il ne survienne. L'objectif sera de réduire l'incidence. Cela passe par l'information des populations sur les éléments à risque vasculaire et notamment les facteurs de risque modifiables. C'est pourquoi il est important de sensibiliser à la santé du cerveau comme a pu le faire la SFNV au travers d'une affiche sur les 5 mesures préventives qui permettraient de diminuer de 80 % le risque d'AVC (annexe 3).

Ensuite la prévention secondaire se consacre à déceler et traiter les pathologies à un stade précoce. Le but réside dans la baisse de la prévalence.

Il faut alors informer sur la pathologie en elle-même. Donner les éléments d'alertes correspondant à l'AIT et l'AIC mineur est la première étape. Ces deux syndromes ne laissent pas de trace visible, ils n'induisent pas de douleur. Les symptômes peuvent être transitoires ou si légers que le patient ne les décèle pas et pourtant leur dépistage est essentiel pour enclencher le parcours adéquat.

Puis la prévention tertiaire se préoccupe du risque de complications et rechutes. Elle passe par l'éducation thérapeutique, la surveillance de la maladie et la prévention du risque de récurrence. Dans les suites d'un événement mineur il est important d'éviter toute récurrence et de comprendre la situation actuelle. Faire l'état des lieux des connaissances et de ce qui est compris permettra une meilleure adhésion à la prise en soins. Il est reconnu, au niveau mondial, que dans les pathologies chroniques environ un malade sur deux ne prend pas son traitement comme lui a indiqué son médecin (36). L'objectif va être d'amener le patient vers une autonomisation et une prise de conscience d'une pathologie chronique qu'il ne ressent pas. La notion d'empowerment (37) prend toute sa place dans ce contexte, amener le patient vers un investissement dans sa prise en soins. Au-delà du patient lui-même son parcours nécessite une coopération des professionnels de santé en interdisciplinarité (37).

3. L'empowerment

Issu des discours des travailleurs sociaux américains à la fin des années soixante-dix, ce concept s'est intégré dans le monde de la santé au glissement du paradigme de la médecine paternaliste vers la médecine en partenariat.

La théorie sur l'empowerment de Zimmerman, professeur de psychologie en comportement de santé et équité en santé (38), offre un cadre pour comprendre comment individus et communautés peuvent renforcer leur capacité à résoudre des problèmes sociaux et de santé. Elle se fait à travers trois niveaux d'analyse. Le niveau individuel correspond au développement de l'estime de soi et du sentiment d'efficacité. Il s'agit de les alimenter pour entretenir la motivation du patient, comme le souligne Albert BANDURA. Le niveau organisationnel passe par la création d'environnements favorables. L'application en santé se fait dans les créations de parcours de santé. Le niveau communautaire est la mise en place de structures permettant la prise de décision autonome.

L'enjeu suite à un AIT ou un AIC mineur est de permettre au patient la prise de conscience du risque vasculaire dans les suites d'un premier évènement.

Les informations données et leur compréhension doivent permettre au patient d'être proactif dans son maintien en bonne santé. Johanne GAGNON (37) décrit l'empowerment comme un processus d'aide, une stratégie de promotion de la santé. Le terme de processus dénote d'un phénomène dynamique qui, comme elle le précise, dépend du moment. La temporalité influence sur les ressources et motivations. L'empowerment pourra être inspiré par des effets de collaboration et d'interaction. Nous y voyons la place privilégiée des soignants dans l'accompagnement dans un parcours de soins. La relation à construire dans le cadre du suivi post AIT et AVC mineur tentera de faire naître ce phénomène et de l'entretenir.

4. L'interdisciplinarité

Comme le souligne Monique FORMARIER (37) « Le travail interdisciplinaire n'existe pas en soi, il se construit autour d'un projet donné, contextualisé, qui s'inscrit dans une dimension scientifique ».

Chaque discipline médicale a son propre champ d'action. La prise en soins d'un patient les réunit autour du projet personnalisé. Chacun apporte une expertise qui se cumule les unes aux autres. Dans le cadre d'un AIT ou un AIC mineur, le médecin généraliste repère l'évènement vasculaire que le neurologue va pouvoir qualifier et aiguiller vers d'autres spécialistes pour un parcours de soins adapté. Il sera nécessaire de solliciter un neuroradiologue ainsi qu'un cardiologue. Pour un parcours complet, il est envisageable en fonction des besoins de faire appel au kinésithérapeute, à l'orthophoniste, à l'ergothérapeute, à la diététicienne ou l'assistante sociale. Le tout est à coordonner de façon efficace et harmonieuse. Les spécialités ne doivent pas se superposer mais s'additionner. Là où la pluridisciplinarité juxtapose les professionnels de santé, l'interdisciplinarité lie les interventions en interaction les unes aux autres. Elle encourage l'équilibre entre l'optimisation de l'activité et la qualité des soins (39). Il est ainsi essentiel d'envisager un lien dans ce maillage professionnel afin de promouvoir un réseau de soins. Le tissage de ce lien s'envisage dans un contexte précis à chaque situation rencontrée.

Les recommandations sur l'accident ischémique transitoire préconisent une prise en soins en urgence et un parcours spécifique. Le contexte actuel de tension sur le système de santé français nécessite des adaptations. Les soins primaires demeurent le premier interlocuteur de la population. Alors aux vues des recommandations actuelles, la médecine de ville est-elle en capacité pour répondre aux besoins de la population pour la prise en soins dans le cadre d'un AIT ou AIC mineur ?

L'hypothèse que nous avançons est que pour la médecine de ville il existe des difficultés à l'organisation dans le parcours de soins pour les patients suspects d'AIT ou AIC mineur, notamment ceux hors recours en urgence.

Nous pensons que la mise en place d'une ligne téléphonique, support à l'aide diagnostique et à l'organisation du parcours de soins, serait la solution pour faire face. Ce contact serait le point d'entrée des patients dans la filière AIT ou AIC mineur sous la coordination de l'IPA, Infirmier en Pratique Avancée.

MÉTHODE

J'ai réalisé une étude descriptive quantitative sous l'impulsion de ma directrice de mémoire. Nous avons choisi de la réaliser par l'intermédiaire de questionnaires (annexe 3) destinés aux médecins généralistes dans le territoire du GHT HPGL. Ce questionnaire a pour but de repérer les difficultés et besoins liés au diagnostic d'AIT et AIC mineur et à leur prise en soins en faisant un état des lieux à un moment donné.

L'objectif principal est d'évaluer l'utilité d'un contact direct pour les médecins généralistes dans le cadre de l'AIT et l'AIC mineur. Cette enquête se décline en trois parties : les conditions d'exercice des médecins généralistes du territoire, leurs pratiques professionnelles et leurs difficultés dans le cadre d'une suspicion d'AIT ou AIC mineur.

1. Population

Pour cet état des lieux, nous avons visé les médecins généralistes exerçant au sein du GHT HPGL. Le projet correspond à un travail réalisé au sein du territoire pour refléter au plus près la situation du GHT HPGL.

Le GHT HPGL regroupe 10 hôpitaux publics de la métropole lilloise, concernant 1,5 million d'habitants répartis dans 231 communes du département du Nord. D'après la carte interactive de la démographie médicale (annexe 7) 2 444 médecins généralistes, tous modes d'exercice, en activité régulière, sont inscrits à l'ordre des médecins au sein de ce territoire.

1. Echantillon

Le calcul du nombre de répondants nécessaires à l'enquête, pour obtenir des résultats statistiquement pertinents, repose sur une formule complexe. La SEED, l'unité Statistique, Évaluation Économique, Data-management, au sein de la Maison Régionale de la Recherche Clinique du CHU, Centre Hospitalier Universitaire, de Lille nous a apporté une réponse. Pour une marge d'erreur de 5%, il faudrait obtenir 333 répondants. Sachant qu'en moyenne 20% des personnes sollicitées répondent nous avons besoin de toucher 1665 médecins généralistes.

N'ayant pas accès à toutes les données démographiques de la population cible nous ne pourrions pas clairement définir la représentativité de l'échantillon obtenu.

2. Recrutement

Pour contacter les médecins généralistes concernés, nous avons effectué un recensement des CPTS, communauté professionnelle territoriale de santé, au sein du GHT Hôpitaux Publics Grand Lille. Nous en avons dénombré 14 que nous avons contacté tout d'abord par mail puis par téléphone. Nous leur avons demandé de diffuser auprès des médecins généralistes le mail présentant l'enquête accompagnée de la note explicative.

Nous avons contacté également les 3 DAC, dispositif d'appui à la coordination, du territoire par mail et par téléphone pour une aide à la diffusion.

Ces deux types de structure ont été sollicités trois fois par mail et une fois par téléphone. Les contacts téléphoniques se sont soldés par le dépôt d'un message sur un répondeur identifié. Nous avons été recontactés par un DAC pour des précisions sur l'enquête.

Sur les 14 CPTS l'une d'entre elles n'a pas souhaité relayer l'enquête pour ne pas perturber leur lien avec les médecins.

Le CDOM du Nord, Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, a publié, sur la page d'accueil de son site internet, l'accès au questionnaire dans la rubrique dédiée aux mémoires, thèses et enquêtes.

Nous avons également pu solliciter directement certains médecins généralistes au nombre de 12. Ils ont accepté de donner leurs coordonnées à la suite d'une demande d'avis spécialisé via une plateforme de télé expertise.

Pour maximiser la diffusion, la création d'un post sur le réseau LINKEDIN (annexe 6) a permis de toucher 1075 membres dont 35% dans Lille et sa périphérie.

Le délai de réponse possible a été adapté à chaque relance, au nombre de deux. Le premier envoi a eu lieu le 6 mars avec une dernière échéance au 1^{er} mai, soit huit semaines de disponibilité de l'enquête.

2. Recueil de données

1. Ethique et confidentialité

Dans le but de respecter les réglementations en vigueur nous avons contacter le DPO, Data Protection Officer, du département facultaire de médecine de Lille. Après lui avoir fourni une description de l'étude, le questionnaire ainsi que la note explicative nous avons réalisé les ajustements demandés. Le projet est référencé sous la mention projet étudiant ID1354. La note explicative (annexe 5) permet de présenter l'étude ainsi que répondre aux exigences RGPD, règlement générale pour la protection des données. L'utilisation de l'application LIME SURVEY a permis de garantir un accès libre en ligne ainsi que la confidentialité et l'anonymat. Concernant la possibilité de laisser des commentaires libres nous devons nous assurer de garantir l'anonymat. Nous avons donc apporté une précision dans la note explicative concernant le remplissage des champs libres, à savoir : « *Veillez à ne pas indiquer d'éléments permettant de vous identifier ou d'identifier une autre personne dans les champs à réponse libre. Sans cela, l'anonymat de ce questionnaire ne sera pas préservé.* ».

2. Création du questionnaire

Le questionnaire s'articule autour de trois axes : recueillir le mode d'exercice actuel des médecins répondants, collecter leur pratique professionnel concernant l'AIT et l'AIC mineur, relever leurs besoins et difficultés. Il a été pensé pour être rapide à remplir et pratique. Il se compose de questions à choix multiples avec une question ouverte en fin de questionnaire permettant de laisser des commentaires. La création du questionnaire s'est faite dans l'application LIME SURVEY avec un accès autorisé par le département facultaire de Lille. Il a été testé auprès de professionnels de santé ainsi que de non professionnels de santé pour évaluer la compréhension et le délai de passation. Il est accompagné d'une note explicative.

3. Analyse statistique

Dans l'application LIME SURVEY les réponses sont disponibles sous forme de tableau, chaque ligne correspondant à un répondant. Elles peuvent être exportées vers un logiciel tableur pour analyse des données. Il est également possible d'obtenir une représentation graphique des réponses directement dans l'application.

Les questions concernant un classement nécessitent un report manuel des données. L'application réalise un classement différent pour chaque réponse classée en première position. La représentation graphique se fait alors dans le logiciel tableur utilisé.

Nous annoncerons les résultats en pourcentage, en prenant compte des questionnaires dont la totalité des pages a été visualisée.

RÉSULTATS

55 questionnaires ont été initialisés parmi lesquels 38 ont été complétés entièrement soit 70 % de questionnaires exploitables. Par complétés entièrement j'entends que chaque page a été consultée. Sur les 30 % incomplets, nous avons remarqué que 25 % n'avaient pas dépassé la page d'accueil. Les 5% restants correspondent à des réponses très partielles qui portent uniquement sur le thème du mode d'exercice. Les résultats présentés dans la suite du travail sont le produit des 70 % considérés comme exploitables.

1. Conditions d'exercice

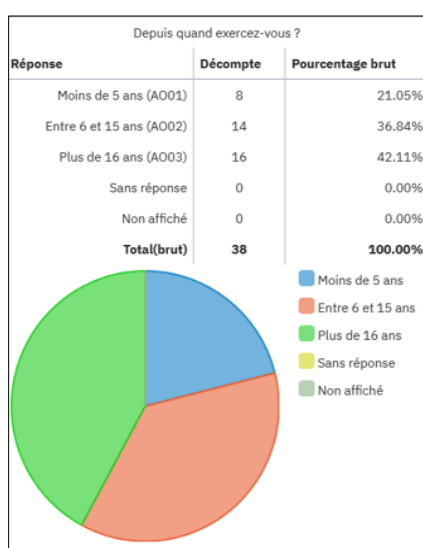


Figure 1 : Ancienneté d'exercice

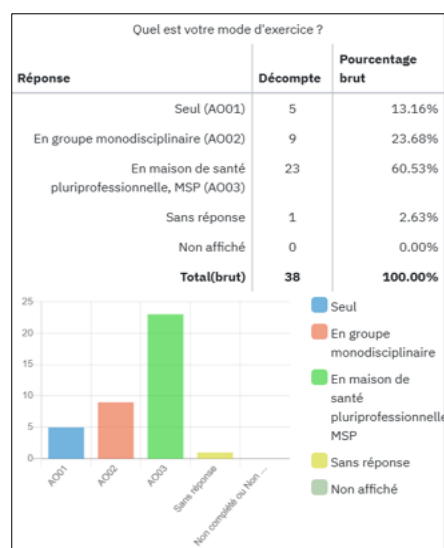


Figure 2 : Mode d'exercice



Figure 3 : Adhésion à une CPTS

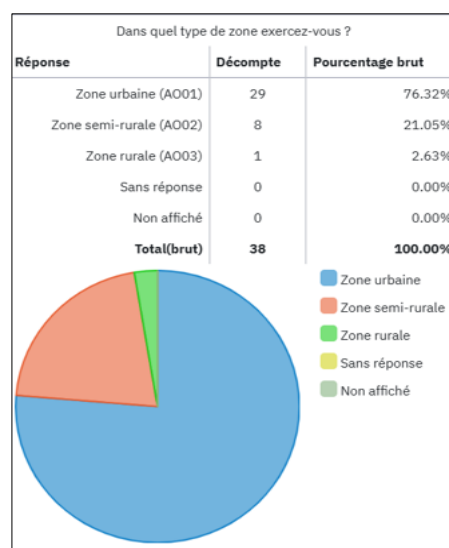


Figure 4 : Zone d'exercice

Parmi les 38 questionnaires complétés totalement la majorité des médecins exercent depuis plus de 6 ans soit 63 % des répondants. Ils sont 60 % à exercer au sein d'une MSP, maison de santé pluriprofessionnelle, et 85 % à adhérer à une CPTS. Leur zone d'exercice est très majoritairement urbaine 76 % avec une très faible participation soit 2,6 % des médecins exerçant en zone rurale.

2. Pratiques professionnelles

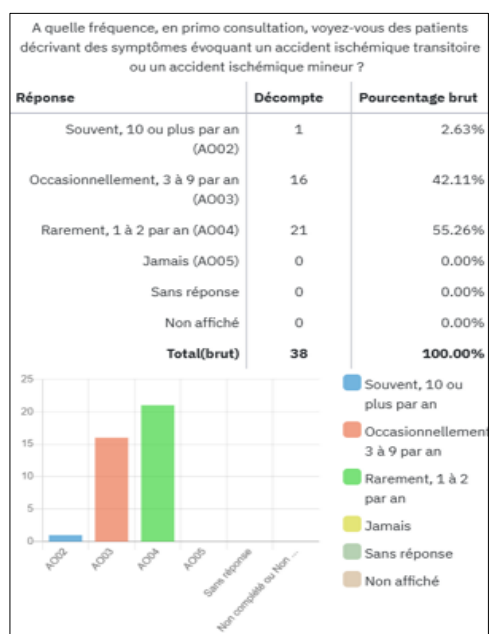


Figure 5 : Suspicion AIT

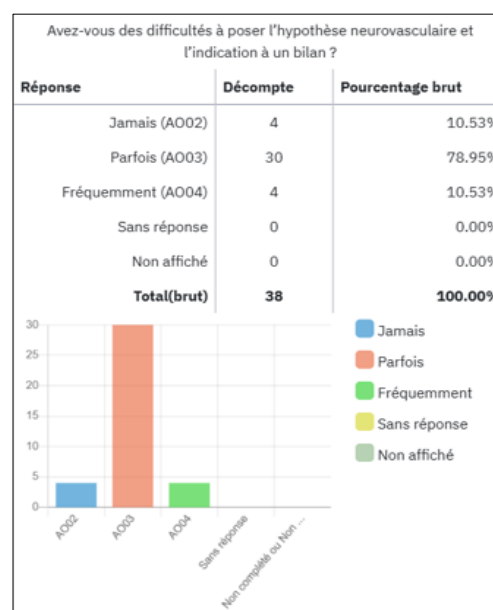


Figure 6 : Poser l'hypothèse neurovasculaire

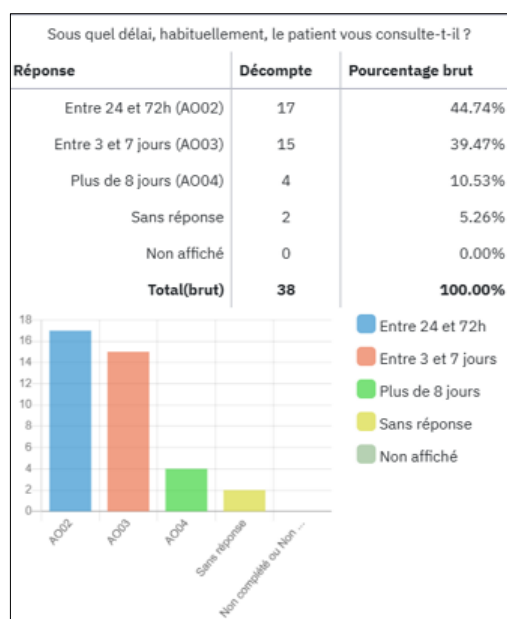


Figure 7 : Délai de consultation

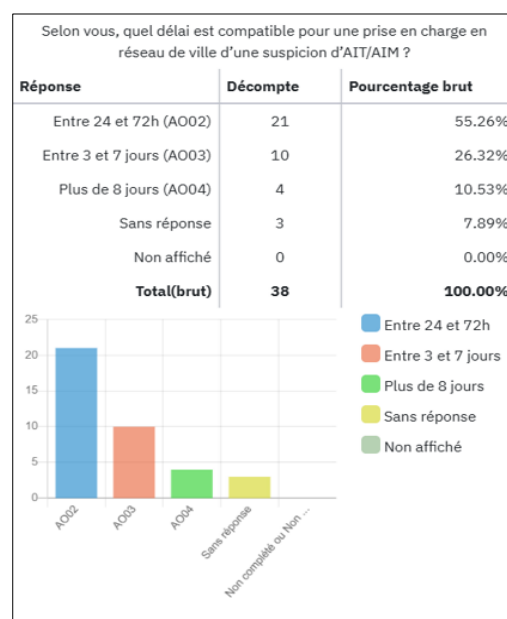


Figure 8 : Délai compatible pour gestion en ville

Les médecins interrogés reçoivent pour 42 % de façon occasionnelle un patient décrivant des symptômes d'AIT ou AIC mineur. Occasionnellement a été défini pour le questionnaire comme 3 à 9 patients par an. Ils sont 78 % à avoir des difficultés à poser l'hypothèse neurovasculaire parfois et 10% fréquemment. Pour 44% d'entre eux les patients les consultent sous 24 à 72 heures, pour 39% entre 3 et 7 jours. Les médecins estiment à hauteur de 55% qu'une gestion en ville est compatible avec une suspicion d'AIT, AIC mineur datant de 24 à 72h, 26 % d'entre eux pour un délai de 3 à 7 jours.

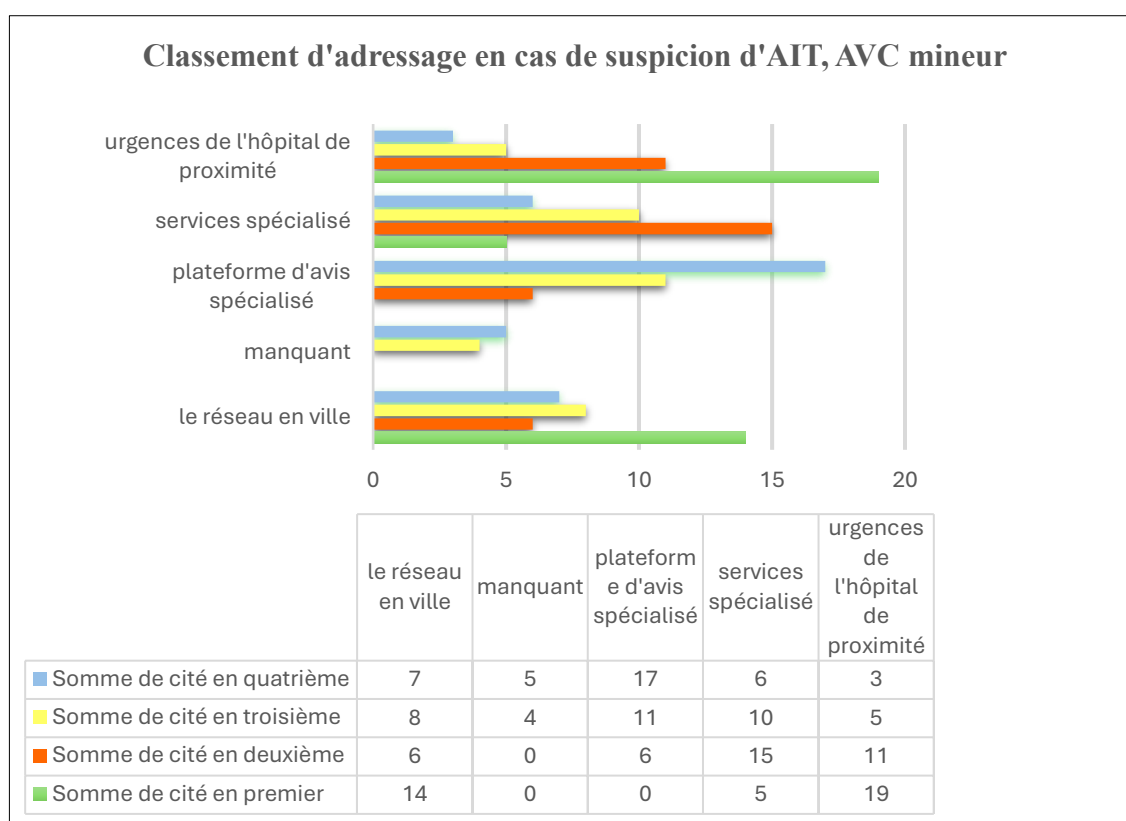


Figure 9 : Classement du mode d'orientation

Les médecins déclarent, pour 50% d'entre eux, adresser en première intention le patient aux services d'urgence de l'hôpital de proximité. En deuxième intention, ils sont 39% à orienter vers les services hospitaliers spécialisés. En troisième possibilité les médecins indiquent utiliser les plateformes d'avis spécialisés à 44% ainsi que le réseau en ville pour 36%.

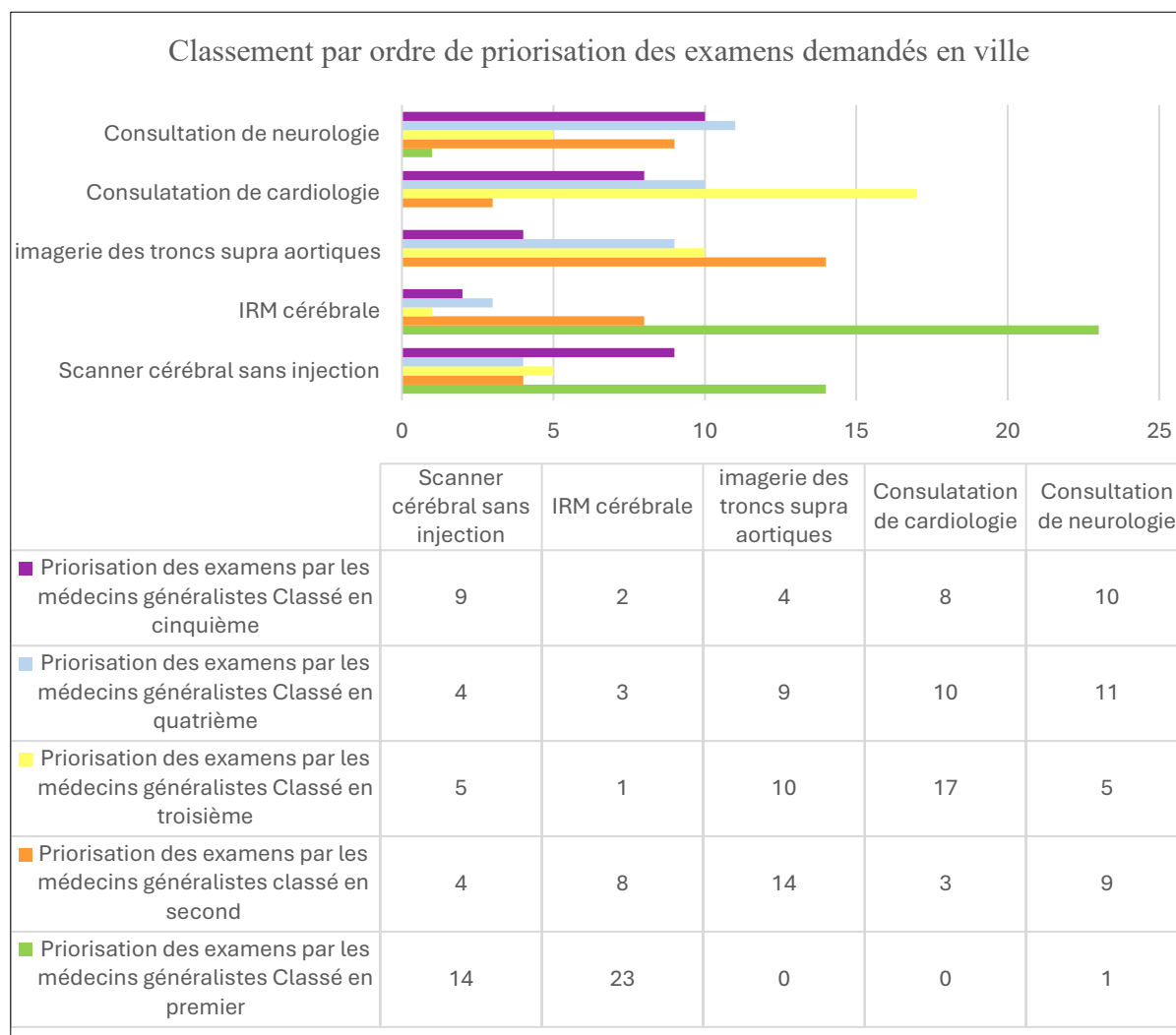


Figure 10 : Classement par priorisation des examens

Les médecins répondants demandent en première intention une IRM cérébrale pour 23 d'entre eux sur 38 soit 60%. Pour 14 médecins répondants, soit 38% d'entre eux, le scanner cérébral sans injection est le premier examen à demander. L'imagerie des troncs supra aortiques ressort comme le deuxième examen à demander pour 38% des répondants. La consultation de cardiologie apparait comme le troisième élément à demander pour 44% des médecins puis vient, en quatrième position, la consultation de neurologie pour 28% d'entre eux.

3. Difficultés

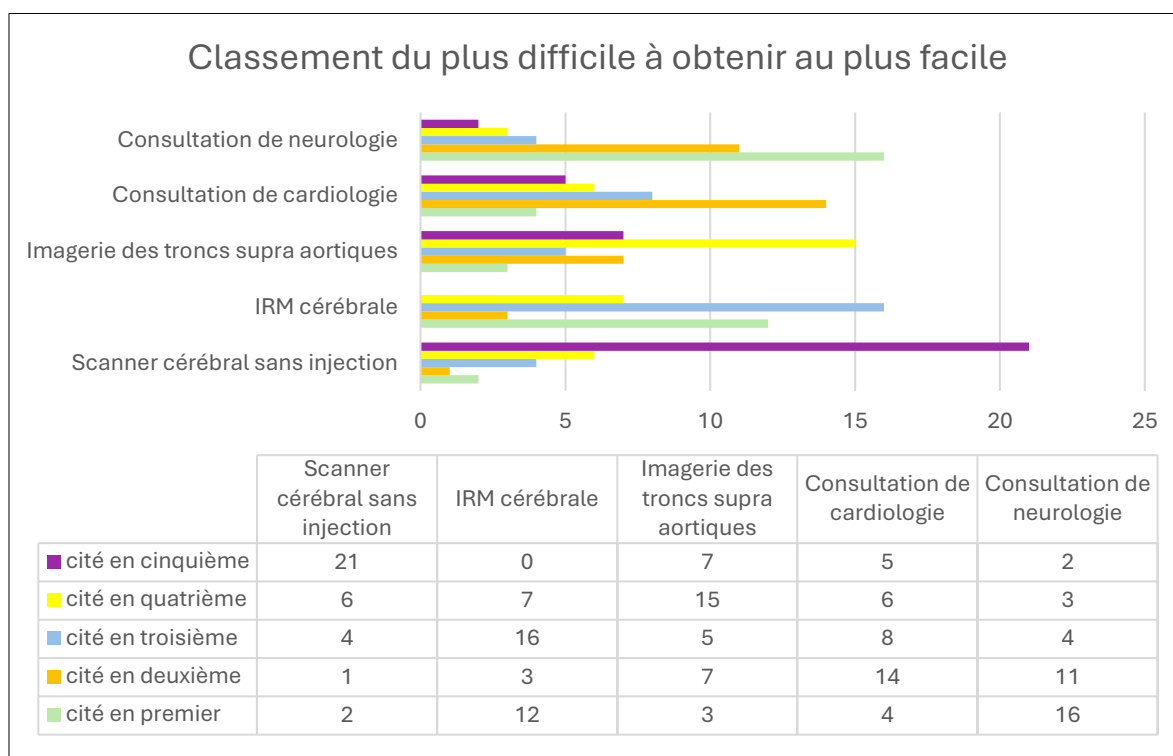


Figure 11 : Classement par difficulté à obtenir des examens

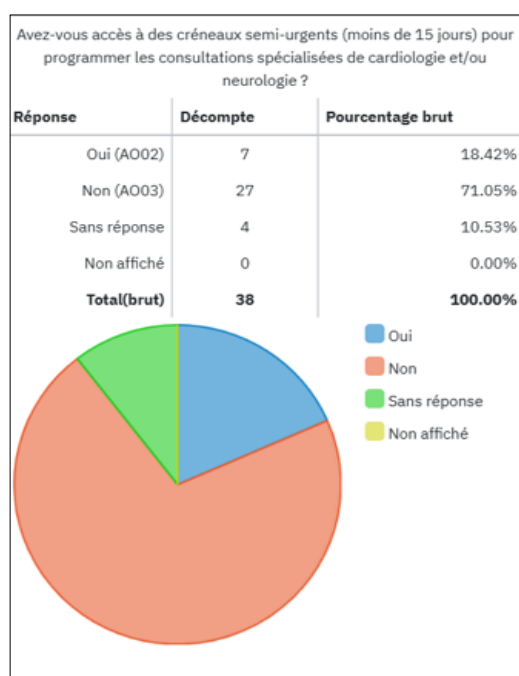


Figure 12 : Accès à des créneaux semi-urgents

Si oui, par quels moyens ?		
Réponse	Décompte	Pourcentage
Réponse	7	18.42%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	31	81.58%
Identifiant (ID)	Réponse	
1	omnidoc	
8	Réseau personnel	
11	Clinique(cardiologie) / avis services d'urgence neuro vasculaire	
13	Téléphone à confrères spécialistes	
25	Téléphone	
37	par téléphone ou plateforme omnidoc	
42	Appel direct au spécialiste de cardiologie / neurologie	

Figure 13 : Moyens d'accès à des créneaux en semi-urgents

42% des médecins répondants signalent que le plus difficile à obtenir est la consultation de neurologie. En deuxième position, pour 36% d'entre eux, c'est la consultation de cardiologie. Ensuite, ils sont 42 % à placer l'IRM cérébrale en troisième examen difficile à obtenir. Devant les difficultés, 71% des médecins signalent ne pas avoir d'accès à des créneaux semi-urgents. Parmi les 18% avec un accès à des créneaux semi-urgents, 57% utilisent un contact téléphonique et 28% se servent d'une plateforme d'avis type OMNIDOC®.

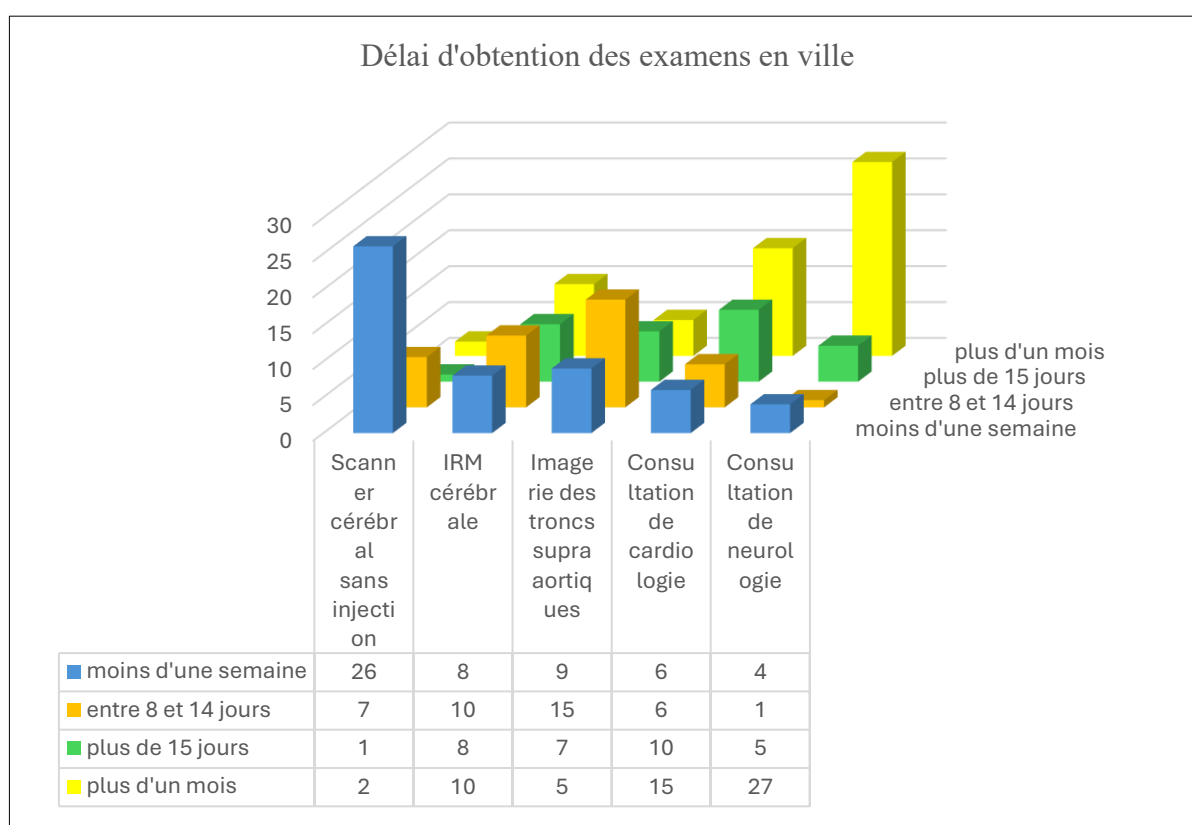


Figure 14 : Délai d'obtention des examens en ville

En ville, 68% des médecins répondants déclarent obtenir en moins d'une semaine un scanner cérébral sans injection.

Pour l'IRM cérébrale, 26% des médecins l'obtiennent soit entre 8 et 14 jours soit en plus d'un mois et 21% soit en moins d'une semaine soit en plus de 15 jours.

L'imagerie des troncs supra aortiques a pour délai selon 39% des médecins entre 8 et 14 jours.

39% des médecins estiment à plus d'un mois le délai pour la consultation de cardiologie et 26% à plus de 15 jours. La consultation de neurologie se fait à plus d'un mois pour 71% des médecins répondants.

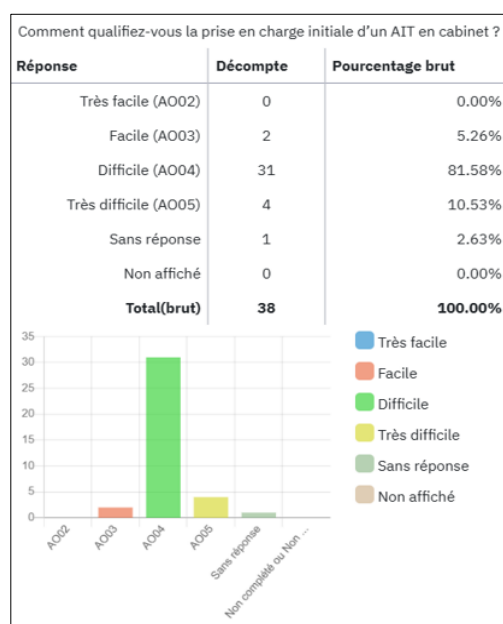


Figure 15 : Qualification de la prise en charge initiale en ville

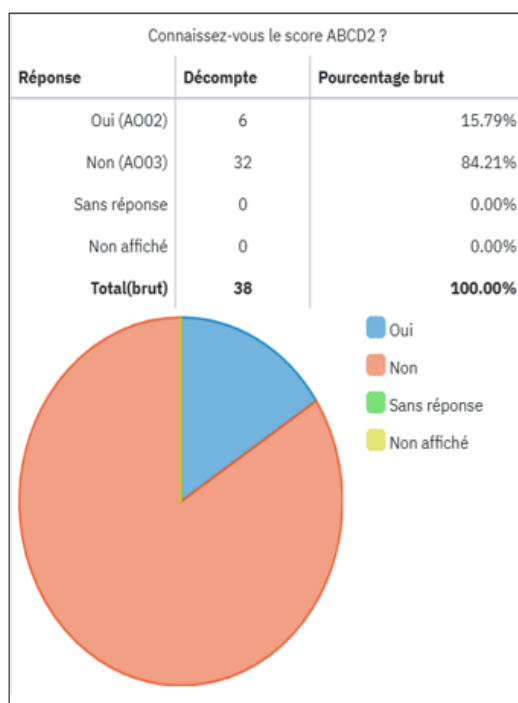


Figure 16 : Score ABCD2

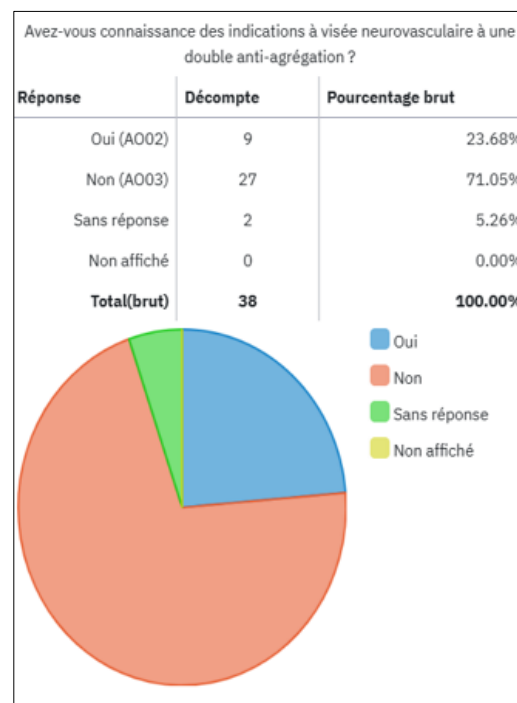


Figure 17 : Double anti-agrégation plaquettaire

81% des médecins, répondants à l'enquête, évaluent la prise en charge initiale d'un AIT en cabinet comme difficile. 10% la qualifie de très difficile. 5% la trouve facile.

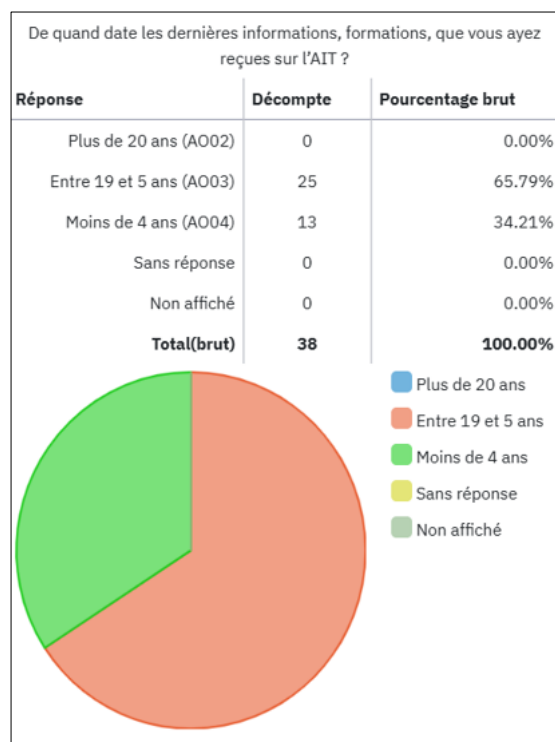


Figure 18 : Antériorité des informations sur l'AIT

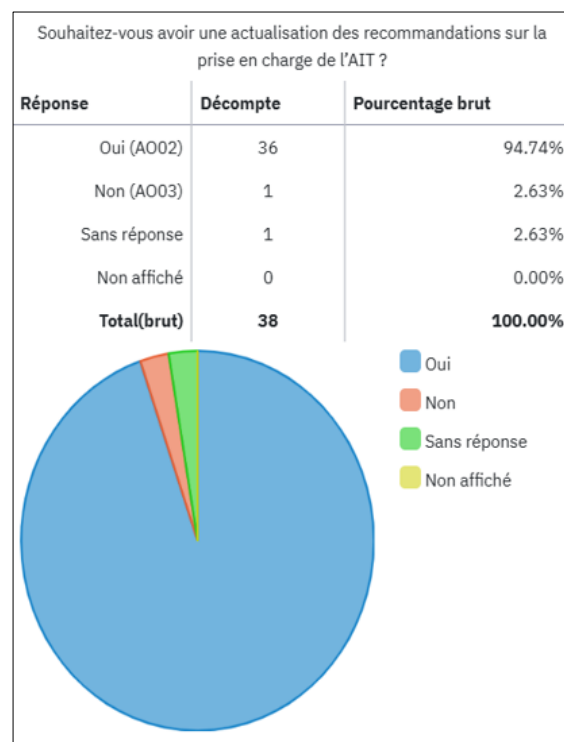


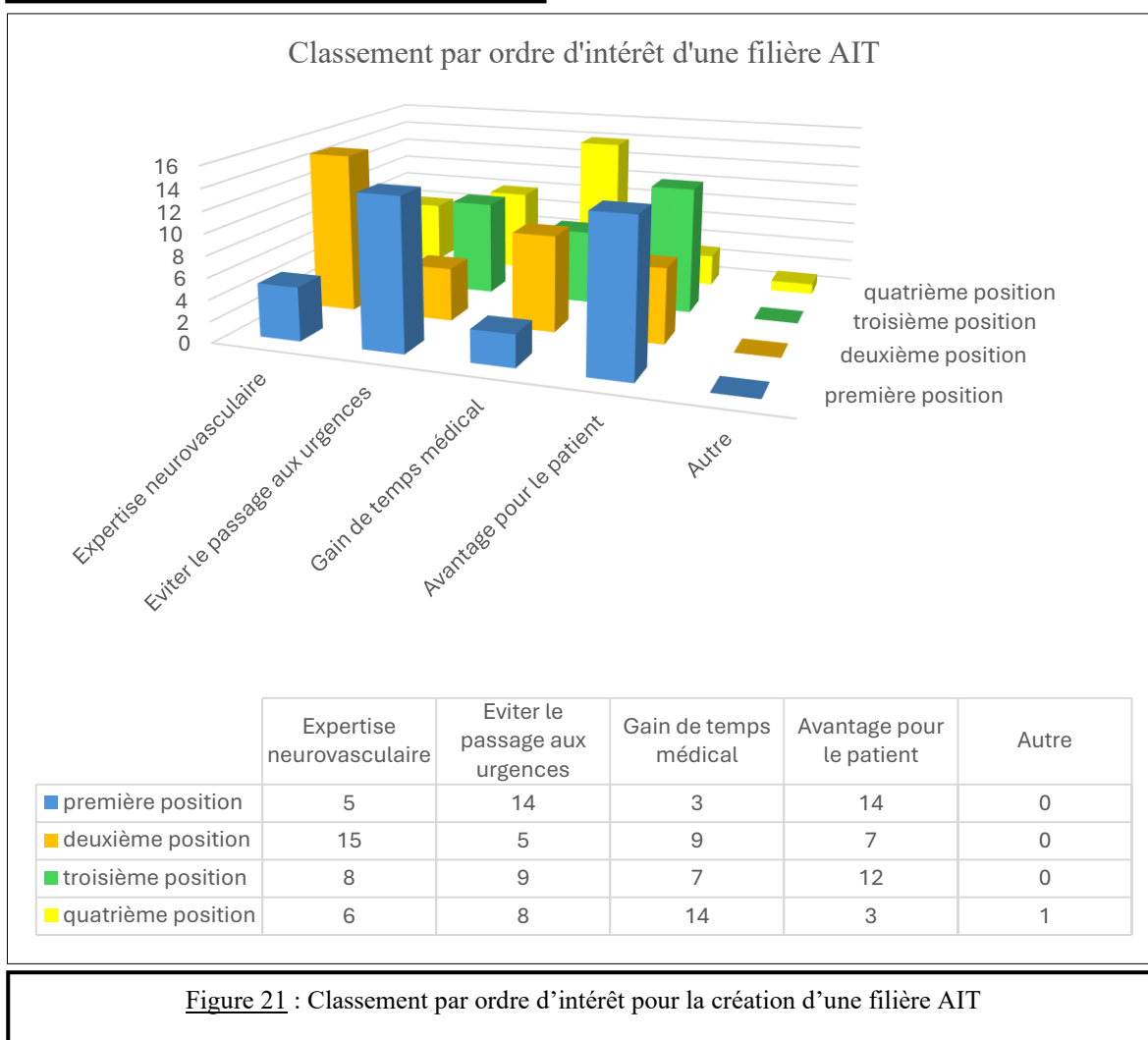
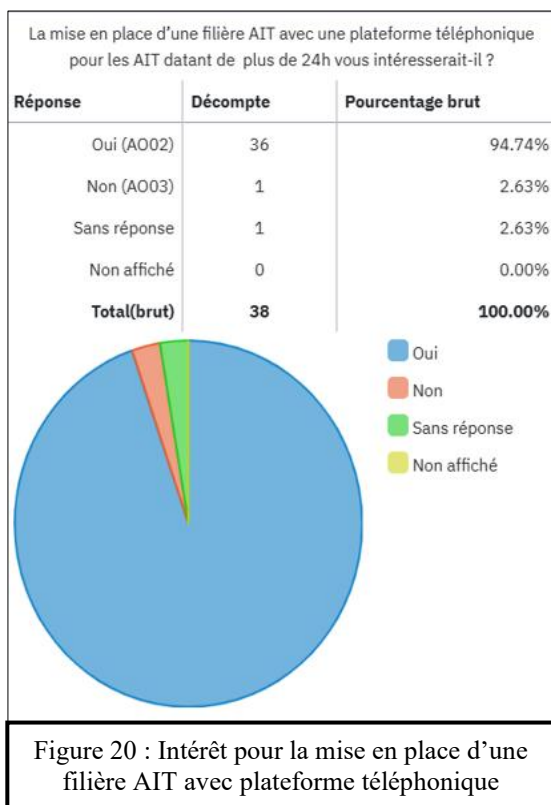
Figure 19 : Souhait d'actualisation sur les recommandations sur l'AIT

84% des médecins indiquent ne pas connaître le score ABCD2.

71% d'entre eux stipulent ne pas connaître l'indication d'une double anti-agrégation plaquettaire à visée neurovasculaire.

65% des médecins déclarent avoir eu des informations, formations remontant à plus de 5 ans.

Ils sont 94% à souhaiter une actualisation des recommandations sur la prise en charge des AIT.



Les médecins sont à 94% intéressés par la mise en place d'une filière AIT avec une plateforme téléphonique. Ils précisent en premier lieu que l'intérêt est l'avantage pour le patient pour 38% d'entre eux ainsi qu'éviter le passage aux urgences pour 38% également. En deuxième intérêt ils placent l'expertise neurovasculaire pour 41% d'entre eux. En troisième 33% des médecins positionnent l'avantage pour le patient. En dernier 38% d'entre eux classent un gain de temps médical. 2% ont coché « autre » sans laisser de précision.

4. Commentaires

La dernière question donnait la possibilité de laisser un commentaire en texte libre. 23% des médecins participants à l'enquête, soit neuf sur 38, ont écrits des observations (annexe 8). L'un d'entre eux signale des difficultés quant à la façon de répondre à un classement. Un autre souligne un item manquant selon lui. L'un des médecins souhaite étendre l'adressage via la plateforme des AIT de moins de 24h. Deux autres parlent de l'intérêt d'une plateforme. Deux médecins signalent une banalisation par le patient de l'évènement. Un autre précise un problème d'accès aux médecins spécialistes. L'un d'eux nous remercie.

ANALYSE

1. Préambule

Tout d'abord, concernant la participation, nous n'avons pas atteint le nombre requis de participants pour des résultats statistiquement pertinents. Nous avons calculé qu'il nous fallait 333 questionnaires. Nous en avons obtenu 38 exploitables, nous avons atteints 11% de notre objectif. En revanche, le taux d'achèvement du questionnaire de 70% est considéré comme satisfaisant. Il témoigne de la facilité à compléter le formulaire.

Le nombre limité de questionnaires complétés peut avoir plusieurs explications.

Première hypothèse, nous n'avons pas atteint suffisamment de médecins généralistes. Nous ne savons pas combien de médecins ont reçu l'enquête. Si nous estimons que 20% des personnes sollicitées ont répondu, nous pouvons conclure que nous avons touché 275 personnes en diffusant de cette façon. Le mode de diffusion de l'enquête n'a pas permis de toucher le nombre cible de 1665 calculé statistiquement. Nous avons à priori réussi à toucher un peu plus d'un dixième de la population cible totale. Nous nous sommes adressés aux structures de coordination pour faire suivre notre enquête. Il est possible qu'elles aient considérés que faire ce relais ne correspondait pas à leurs missions. Pour les CPTS, les missions socles considérées comme prioritaires tournent autour de l'accès aux soins de la population. Les missions dites optionnelles se rapportent à la qualité des soins et l'accompagnement des professionnels de santé. Notre enquête relève de missions optionnelles. Il est aisé alors d'envisager ces structures submergées par leurs missions prioritaires mettre de côté notre requête. Il est possible aussi qu'elles y aient vu un risque de déséquilibre dans leur échange avec les médecins généralistes. Elles peuvent prioriser l'utilisation des mails pour des informations essentielles. Le même raisonnement peut s'appliquer au DAC. Cette structure est sollicitée par toutes personnes en situation de difficultés dans un parcours de santé, de soins.

Malgré nos relances, nous n'avons pas augmenter la participation de façon majeure. La première date d'échéance au 30 mars avait permis de recueillir moins d'un tiers des réponses. Les deux échéances suivantes ont conduit à la même participation. Nous pouvons alors nous demander si le support de l'enquête est adapté. Un questionnaire en ligne peut sembler impersonnel, il pourrait être intéressant de proposer des rencontres à type de soirées thématiques. De plus la démarche peut sembler chronophage.

La note explicative précise qu'il nécessite dix minutes. Il est à compléter en ligne ce qui exige, en plus d'avoir du temps, une connexion au réseau suffisante.

Autre hypothèse, nous n'avons pas réussi à captiver la population visée. Plusieurs raisons peuvent en être à l'origine. Une pathologie transitoire, ne laissant pas de séquelles peut paraître anodine face à une entité comme l'AVC. Les croyances et représentations des médecins généralistes peuvent avoir influencer le manque d'intérêt porté à cette enquête. Les médecins généralistes peuvent ne pas s'être sentis concernés par la thématique. Ils semblent peu confrontés à la pathologie.

Enfin, d'autres informations peuvent être discutées à l'issue de cette enquête, autant dans les conditions d'exercice que dans les pratiques professionnelles et difficultés.

2. Conditions d'exercice

Les résultats obtenus concernant le mode d'exercice montrent que nous n'avons pas un échantillon représentatif.

Dans notre étude, quand plus de la moitié des répondants exercent en MSP, maison de santé pluriprofessionnel, la CNAM, Caisse Nationale d'Assurance Maladie, les estime à moins d'un quart (40). Il est probable que notre mode de diffusion, par mail générique et par un réseau social professionnel, ait créé un biais de sélection. En privilégiant des outils de communication non nominatif, le recrutement s'en voit orienté. En envoyant aux CPTS, nous avons touché plus certainement les médecins ayant opté pour un exercice pluriprofessionnel. Nous y trouvons alors l'explication de cette surreprésentation dans notre population. Nous pensions équilibrer ce biais de sélection grâce à la diffusion par les DAC. Leur sollicitation nous paraissait plus pertinentes pour joindre les professionnels en exercice isolé, mais ce ne fut pas le cas. Le partage sur un réseau social professionnel n'a pas non plus réussi à atteindre notre population cible.

Autre élément marquant, les médecins généralistes en zone rurale ont peu rempli le questionnaire. Sur la moyenne nationale, ils représentent pourtant un quart de la population médicale. Le département du Nord est considéré comme ayant une forte densité médicale. Pour confronter nos résultats, nous avons comparé les densités médicales en zone urbaine, celle de la MEL, Métropole Européenne de Lille, et en zone rurale, celle d'Hazebrouck, Agglo Cœur de Flandre. Les densités médicales correspondent au nombre de médecins généralistes en activité, tous modes d'exercice, pour 100 000 habitants.

Sur ces EPCI, Établissements Publics de Coopération Intercommunale, il est recensé 127 médecins généralistes, pour la MEL, et 107 pour Agglo Cœur de Flandre. Nous constatons une différence de densité plutôt faible qui n'explique à priori pas le peu de répondants en zone rurale. Encore une fois, notre mode de diffusion peut avoir été un frein, malgré l'apparition sur le site du CDOM de Nord.

La prise de connaissance du questionnaire sur le site du CDOM du Nord nécessitait que les médecins se connectent avec leur identifiant. Il est possible que cela limite leur connexion à l'essentiel des démarches à réaliser et non aux éléments optionnels comme participer à une enquête.

Autre hypothèse, le CHU peut paraître prioriser ses missions de recours face à ses missions de proximité dans un contexte complexe de tension des services hospitaliers. Alors face à une enquête émanant du CHU, les médecins généralistes peuvent ne pas se sentir associer au projet. La médecine de ville gère les soins primaires à travers l'organisation des parcours de vie, de santé et de soins en partenariat avec les soins de second et troisième recours. Cette structuration des soins peut avoir engendrer des barrières entre chaque secteur. Il devient alors moins facile de travailler en interdisciplinarité.

Quant à l'ancienneté d'exercice des participants, elle semble refléter la répartition décrite à l'échelle du département du Nord. Nous avons effectué la comparaison sur une pyramide des âges, en considérant qu'un médecin avec 5 ans d'ancienneté avait moins de 35 ans. Pour notre enquête, nous avons pris le parti de demander l'ancienneté d'exercice et non l'âge des médecins. Cette décision se justifie par les dates des dernières recommandations concernant l'AIT (41). Il nous a semblé pertinent de pouvoir comparer l'actualisation des notions relatives à l'AIT, les plus récentes ainsi que les précédentes, avec l'ancienneté d'exercice.

3. Pratiques professionnelles et difficultés

Nos résultats mettent en avant différentes difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour la prise en soin des patients suspects d'AIT ou AIC mineur.

Tout d'abord concernant le parcours du patient, ils sont dans une même proportion, soit un tiers, à être en difficulté pour obtenir l'IRM cérébrale, une consultation de cardiologie ou de neurologie. Ces trois éléments font partie de la pierre angulaire de la prise en soin du patient suspect d'AIT ou AIC mineur.



Bien que favorisé en équipement sur le territoire, la filière permettrait de créer des créneaux

En ce qui concerne la consultation de cardiologie, le rapport de la DREES, direction de la

jours avec une médiane, ce qui concerne 50% des prises de rendez-vous, à 37 jours. Dans notre enquête, les médecins généralistes déclarent pour la moitié un délai supérieur à un mois. Nos résultats sont superposables à cette étude de la DREES.

Pour une consultation avec un neurologue le délai moyen est de 61 jours en France. Les résultats de notre panel sont similaires avec les trois quarts des médecins qui annoncent une attente de plus d'un mois. Dans le Nord, il y a 4.9 neurologues pour 100 000 habitants recensés en 2022 par le conseil national des médecins. En comparaison ils sont 16.6 pour 100 000 habitants à Paris, 3.1 dans le Pas-de-Calais pour une densité moyenne nationale à 4.4 neurologues pour 100 000 habitants.

La grande majorité des médecins n'ont pas recours à un parcours fléché pour faire face à leurs difficultés. Cependant ils sont un quart à utiliser une ressource. Pour un grand nombre il s'agit d'un contact téléphonique. Le recours à une plateforme de télé expertise est anecdotique. Ils sont presque tous demandeurs de la mise en place d'un parcours dédié avec une plateforme téléphonique. Ils y voient sûrement l'opportunité de résoudre leurs difficultés sur ce parcours de soins. Et pour plus d'un tiers d'entre eux, il estime que ce serait un avantage pour le patient et une alternative du recours aux services d'urgence.

Dans notre étude ils sont nombreux à adresser le patient à un service d'urgence en première intention. En considérant leurs difficultés, il est possible d'en déduire que cet adressage se justifie au travers des différents obstacles repérés, notamment pour l'imagerie et l'accès à un spécialiste. La problématique des services d'urgence est bien connue. Une filière dédiée permettrait relayer ces services en tension.

Ensuite, les recommandations de bonnes pratiques ne semblent pas être connues des médecins ayant répondu.

Le score ABCD2 est un outil pronostic de récurrence de l'AVC après un AIT. Il est connu par un quart du panel de notre enquête. Son utilisation est recommandée depuis un peu plus de dix ans. Il stratifie les patients par niveau de risque de récurrence. On convient que seuls les médecins en exercice depuis moins de 10 ans ou avec une actualisation des informations puissent le connaître. Cependant nos résultats ne le confirment pas. De manière étonnante nous ne mettons pas en évidence de corrélation entre un exercice récent et la connaissance du score ABCD2. Ce constat nous amène à la question de la procédure de diffusion des recommandations plus qu'à la particularité du profil des médecins. Ayant connu, nous même, des difficultés à contacter les médecins comment les instances compétentes relaient les recommandations de bonne pratique.

Autre recommandation, les médecins déclarent, pour un quart, ne pas connaître l'indication de la double anti agrégation plaquettaire post AIT. Le rationnel de cette recommandation repose sur le repérage des patients à haut risque de récurrence, basé sur le score ABCD2. De façon inattendue ce ne sont pas forcément ceux qui connaissent le score qui sont au fait de l'indication de la double anti agrégation plaquettaire. Les dernières recommandations datent de 2021 (14), et là encore le lien avec l'ancienneté n'est pas évident. Nous pouvons d'autant plus poser la question de la diffusion des informations et recommandations auprès des médecins généralistes. Force de proposition la filière AIT pourrait être un soutien dans la diffusion.

Le questionnaire a soulevé l'idée d'une actualisation des recommandations concernant l'AIT. Les médecins sont quasiment tous demandeurs. Cette réponse unanimement positive peut être liée à leur intérêt pour le sujet, ce même intérêt qui les a poussés à participer à l'enquête.

Enfin l'une des difficultés repérées dans nos résultats est directement liée à la pratique. Trois quarts des médecins généralistes interrogés relatent des difficultés pour poser l'hypothèse neurovasculaire. Ils rapportent pour une grande majorité être confrontés occasionnellement à cette présentation clinique. La faible fréquence de pratique peut influencer leur difficulté. En parallèle il est à noter que même au sein des médecins en neurovasculaire le diagnostic peut être difficile. Certaines études mettent en avant une reproductibilité faible dans l'évaluation des patients. L'expertise nécessite des compétences et des savoirs spécifiques qui s'acquiert au fil des années. L'incidence annuelle estimée des patients victimes d'AVC est de 2400 par millions d'habitants. Pour le territoire du GHT HPGL cela représente environ 3600 individus. Pour 2024, les données du PMSI, Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information, recensent 2980 séjours pour AVC au sein du GHT. Nous estimons alors que trois quarts des patients sont hospitalisés. Selon ces chiffres les médecins généralistes sont alors amenés à prendre en soin environ 620 patients, soit environ un patient pour quatre médecins, chaque année. Nous avons l'impression que les données construites grâce au DIM, département d'information médicale, sous estiment la réalité. Dans notre enquête les médecins indiquent gérer au moins un patient par an. Soit heureux hasard notre enquête a regroupé les médecins qui voient le plus de patients soit il existe un décalage entre la réalité et les chiffres du DIM. Ce décalage soulève une question : quels parcours pour ces patients non connus de l'hôpital ? Nous devons alors nous demander comment être pro actif pour amener ces patients vers une filière dédiée. La réponse nous semble claire : créer un lien direct avec la médecine générale.

4. Commentaires

Moins d'un quart des médecins ont laissé un commentaire dans le champ prévu à cet effet. L'analyse des verbatims révèle deux thématiques : l'utilité d'une plateforme dédiée, le retard de prise en soin lié à la banalisation de la situation par le patient.

Leur intérêt pour la plateforme se justifie selon eux face aux délais. L'accès à un plateau technique et une expertise leur ferait gagner du temps sur la gestion du parcours. Néanmoins, à ce jour, nous constatons des conduites à tenir hétérogènes et dépendantes du neurologue contacté. Ils relatent une prise en soin au cas par cas. Ce fonctionnement actuel ne leur permet pas de déduire l'attitude à adopter.

Un autre thème est abordé. Il semble exister un retard de prise en soin lié à la banalisation par le patient. Autant l'angor, symptôme douloureux, est repéré comme une menace, autant l'AIT, indolore avec des symptômes transitoires, n'inquiète pas. Un médecin souligne que tarder à réaliser l'imagerie cérébrale semblerait ôter la notion de gravité. Un autre précise que les patients consultent tardivement voir la découverte de l'AIT est fortuite. Non seulement nous souhaitons soutenir les médecins généralistes via la filière mais également la population générale dans la sensibilisation à la santé du cerveau.

Un médecin propose d'étendre la filière à la prise en soin aiguë, c'est-à-dire aux patients suspects d'AIT avec de symptômes de moins de 24h. Cette question mériterait d'être abordée lors de réunion de bonnes pratiques. Ne pas recourir à la prise en soins en urgence pour des symptômes de moins de 24h serait une perte de chance pour le patient.

Il semble que les commentaires soient majoritairement positifs témoignant de l'intérêt de ces médecins pour le sujet.

DISCUSSION

Notre état des lieux a révélé différentes problématiques et besoins au sein de la population des médecins généralistes ayant répondu à l'enquête.

Tout d'abord, le panel de répondants ne semble pas représentatif de la population ciblée. Nous n'avons pas réussi à toucher de façon équilibrée les différents profils de médecins généralistes. Notre mode de diffusion ayant sûrement généré un biais de sélection il serait pertinent de trouver un moyen plus efficient de communiquer aux différents profils de médecins généralistes. Notre enquête soulève alors la question du renforcement du lien entre la ville et l'hôpital en termes d'outil de communication et de partage des parcours.

En premier lieu, les médecins exerçant en zone rurale ont moins répondu à l'enquête, soit ne l'ayant pas reçu, soit ne se sentant pas concernés. Il aurait peut-être fallu se rapprocher de chaque établissement de santé du GHT pour diffuser au sein de leur réseau de proximité. Il existe une politique pour soutenir le développement des territoires ruraux (42). Il est possible qu'un réseau se soit développé au sein de ces zones. Il serait alors intéressant de les recenser pour les contacter afin de toucher les médecins y exerçant.

En deuxième point, les médecins exerçant en MSP sont surreprésentés. Le mode de diffusion via les structures de coordination des soins a induit ce biais de sélection.

La problématique de diffusion du questionnaire pose la question de l'abord de la médecine générale par la structure hospitalière. Le lien Ville-Hôpital semble subtil. Il doit passer par des échanges directs entre les médecins généralistes des différentes structures. Par exemple, certains hôpitaux ont pris le parti d'organiser des soirées thématiques en partenariat ou matinées-café avec la CPTS de leur territoire. Un rapport de la FHF (43), fédération hospitalière française, de 2018 préconisait des axes d'amélioration et des propositions dans le but de structurer ensemble des parcours au regard des besoins de santé de la population d'un territoire. Une des réponses pourrait être l'organisation de rencontres Ville-Hôpital sur les thématiques de santé du territoire. La place de l'IPA serait alors d'être un maillon identifié pour un lien direct. Sur une structure hospitalière d'envergure, chaque IPA pourrait se voir attribuer le contact d'une CPTS, en mission transversale. L'organisation de temps d'échange Ville -Hôpital s'intègre dans les compétences essentielles de l'IPA.

Ensuite, nous avons obtenu un nombre limité de questionnaires complétés totalement.

La première hypothèse serait que le sujet neurovasculaire n'intéresse pas ou plus précisément la pathologie transitoire. Au regard des représentations de chacun, l'AIT peut passer pour une pathologie bénigne. Il serait alors profitable d'organiser des réunions d'échanges sur la thématique pour sensibiliser la médecine de ville à ce sujet d'intérêt de santé publique.

Le leadership de l'IPA aurait toute sa place dans une démarche d'amélioration du système de santé et du lien Ville-Hôpital. Ce temps d'échange, en binôme avec un médecin référent, permettraient de mettre l'accent sur cette pathologie et sa prise en soins de façon adéquat. Cette innovation dans le parcours de santé viserait à potentialiser la baisse d'incidence de l'AVC.

Par ailleurs nous avons identifié des besoins opérationnels concernant un soutien au diagnostic et à l'organisation du parcours de soins, en fonction du risque de récurrence.

Devant la difficulté de poser l'hypothèse neurovasculaire d'AIT, nous pourrions proposer une expertise collégiale avec le médecin généraliste, en fonction du profil clinico-radiologique du patient. La filière serait alors un outil visant à l'amélioration du taux de diagnostic et classerait le patient en AIT certain, possible, probable ou exclu. Elle viserait aussi la mise à jour des recommandations de bonnes pratiques concernant l'AIT et l'AIC mineur. Des temps d'échange pourraient être organisés sur les modalités convenant au plus grand nombre.

Quant aux difficultés d'obtention des examens et consultations spécialisées, la filière que nous envisageons de mettre en place répondrait à ces besoins. La mise en place du regroupement des examens recommandés ainsi qu'une consultation de neurologie permettrait d'obtenir un parcours adéquat tout en tenant compte du profil vasculaire des patients. L'organisation serait facilitée par la négociation de créneaux de semi-urgence. Le patient devrait y trouver un bénéfice aussi bien dans l'organisation que dans la prise en soin holistique proposé. Ce type de parcours permet un contact direct avec une équipe dédiée facilitant une prise en soin personnalisée. Il évite une hospitalisation, hors haut risque de récurrence, dont la durée dépendra de l'obtention des examens complémentaires. Le patient n'aurait pas à programmer ces examens ou consultations.

Dans notre enquête, les médecins généralistes adressent les patients suspects d'AIT ou AIC mineur aux services d'urgence. La mise en place d'une filière dédiée à ces patients soulagerait quelque peu la tension exercée sur les services d'urgence en horaires ouvrés, en première intention. Le patient identifié à son arrivée aux urgences pourrait intégrer la filière dans un délai compatible avec son risque de récurrence. L'un des autres objectifs de cette filière vise à améliorer le délai de prise en soin avec une fluidité du parcours.

Dans nos résultats, une solution, parmi les pistes de travail pour établir une communication avec les médecins généralistes, serait une ligne téléphonique dédiée. D'autres médecins ont évoqué l'utilisation d'une plateforme de télé expertise type OMNIDOC®.

L'exemple de la clinique AIT du CHU de Bordeaux (42) nous montre que la première année de fonctionnement 507 patients ont été admis pour suspicion d'AIT, contre 50 par an en UNV. Ces admissions se sont faites sur des amplitudes horaires entre 8h30 et 18h30 Ils sont adressés pour la moitié par leur médecin généraliste. Au final un quart des patients n'a pas été victime d'un AIT ou AIC mineur. Ce constat met en évidence la prise en soins de 380 patients pour AIT ou AIC mineur. L'augmentation de la file active ne semble pas correspondre à des diagnostics par excès. Le contact se fait par téléphone auprès d'un infirmière qui, sur la base d'une check-list, transfère au neurologue. Le séjour dure une demi-journée pour la réalisation des examens, le repérage des facteurs de risque vasculaire, la mise en place du traitement adéquat. En dehors des horaires d'ouverture, le circuit des urgences et de l'USINV prend le relais. Un article publié en mai 2025 conclut sur la plus-value de ce parcours en envisageant une ouverture 24h/24 et 7 jours/7. La prise en soins en ambulatoire n'expose pas à un risque de récurrence plus élevé qu'en hospitalisation, si la catégorisation du patient est bien faite.

Pour se projeter dans notre organisation nous avons réalisé un premier logigramme. Il sera amené à évoluer avec les suggestions des différents interlocuteurs en accord avec les compétences de l'IPA.

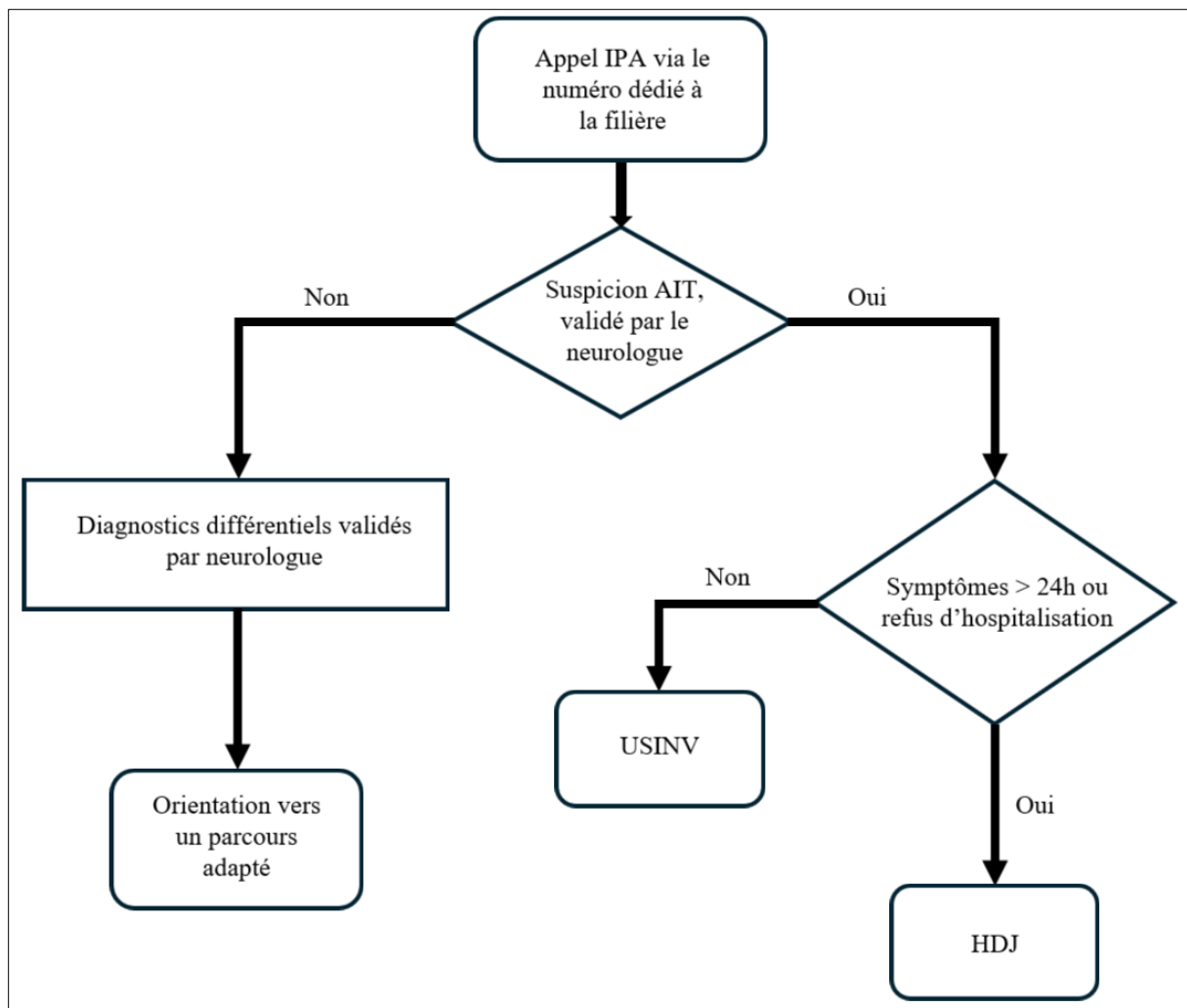


Figure 23 : Proposition d'organisation de la filière AIT

Au-delà des objectifs opérationnels, notre enquête a mis en avant des besoins en communication pour les recommandations. Nous souhaitons organiser des sessions de formation auprès des médecins généralistes. Dans un premier temps, le but est de répondre à leurs besoins d'actualisation concernant les recommandations. L'autre objectif sera d'avoir un temps nécessaire d'échange pour discuter de la mise en place du parcours. Une réflexion partagée facilitera la création d'outils efficaces dans le lien Ville-Hôpital.

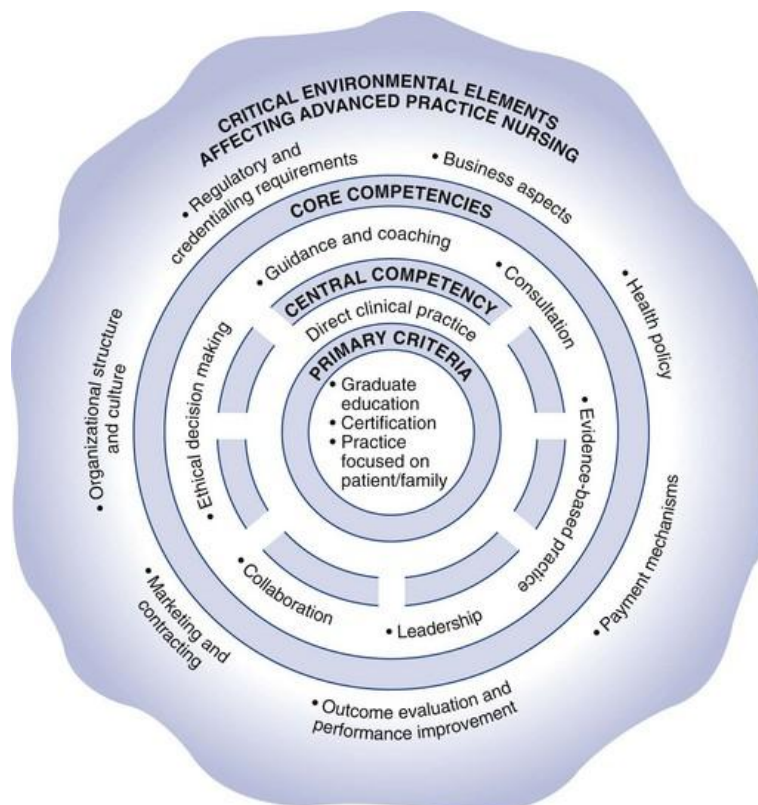
La limite principale de notre étude est la faible participation. Nous avons pu identifier différents freins. Il est manifeste que notre mode de diffusion n'a pas suffi. Quant aux résultats ils soulignent le besoin de créer une filière dédiée aux patients suspects d'AIT et AIC mineur. Toutefois nous pouvons nous demander si leur intérêt envers la filière n'est pas biaisé par une

certaine désirabilité sociale face à cette enquête. Il faut comprendre dans ce terme que le répondant souhaite donner les meilleures réponses qui soient. Intéressé par le sujet le participant cherche à donner des réponses conformes à l'enquête.

Pour résumer, notre enquête a confirmé l'intérêt et le besoin des médecins généralistes du GHT HPGL pour la création d'une filière de soins dédiée aux personnes suspectes d'AIT ou d'AIC mineur. Une ligne téléphonique de support dédiée à l'aide au diagnostic de l'AIT et à l'organisation du parcours de soins semble approprié. Ce contact, géré par l'IPA, serait l'interface d'entrée du patient dans la filière de prise en soins. Nous sommes conscients que ces résultats sont à relativiser au regard du peu de réponses obtenues.

Basé sur le modèle HAMRIC (45) le rôle de l'IPA se définit au travers de six compétences de base :

- La pratique clinique
- L'orientation et l'accompagnement
- Le leadership
- L'éthique
- La pratique fondée sur les données probantes



Chacune de ces compétences s'entend comme une plus-value dans le parcours de soins du patient. Elles prolongent et étendent le champ de la pratique infirmière. Au sein de la filière AIT la construction d'un parcours dédié repose sur la pratique actuelle et vise à répondre aux recommandations. Il faut penser le parcours de soins comme l'alliance du patient et son entourage, de son médecin généraliste et des professionnels de santé nécessaires selon la pathologie. J'imagine l'IPA comme catalyseur de ce trio d'interlocuteurs.

Tout d'abord le lien avec le patient se construit à partir de sa pathologie. Devant une suspicion d'AIT, l'anamnèse est le point de départ de la prise en soin. Il faut y accorder du temps. Avec bienveillance et écoute active, l'IPA, dans sa compétence d'orientation et d'accompagnement, favorisera le repérage des éléments nécessaires lors de l'entretien avec le patient et son entourage. Cette étape permet de dépister également les facteurs de risque vasculaire et d'envisager des pistes de prévention en sensibilisant le patient. La pratique clinique évalue la santé dans sa globalité. Elle mène à des échanges avec le patient pour lui expliquer sa situation rapportée aux données issues de la recherche. Le premier objectif est d'amener un patient asymptomatique à considérer l'AIT comme un syndrome de menace, autrement dit s'appuyer sur l'empowerment. Cette prise en soin se veut qualitative au travers d'échanges sur le bilan étiologique, les facteurs de risque, le risque de récurrence, et personnalisée. Devant nos ambitions, nous envisageons d'effectuer une enquête de satisfaction auprès des patients dans les suites de la mise en place de la filière.

Ensuite, la coordination du parcours nécessite un travail en interdisciplinarité. Il faut alors rassembler les différents professionnels de santé dans la construction d'un solide édifice, l'IPA dans le rôle du « ciment ». Au travers des compétences de leadership et d'éthique, l'IPA sera amené à organiser les formations dans le respect des expertises de chacun. La présentation de la filière concerne autant la médecine de ville que les professionnels hospitaliers touchés par le parcours.

Puis le lien Ville-Hôpital semble à ce jour modeste. Identifier un interlocuteur peut lui permettre de se développer. La collaboration des soins primaires avec le secteur de recours est essentielle notamment dans les messages de prévention. L'IPA s'assurera du développement de cette relation.

CONCLUSION

L'AIT doit être considéré comme un « syndrome de menace » de l'AVC, laissant ainsi l'opportunité aux cliniciens de traiter le patient avant la survenue d'un AVC constitué, associé quant à lui, à des séquelles fonctionnelles irréversibles, voire au décès. Malheureusement, la prise en soin de l'AIT est souvent différé par les patients qui ne ressentent pas le degré d'urgence face à des symptômes neurologiques indolores et transitoires. Les médecins sont donc bien souvent les premiers interlocuteurs des patients.

Notre enquête, menée au sein de la communauté des médecins généralistes du GHT HPGL, nous a conforté dans l'idée d'établir un contact plus direct avec eux et de discuter d'un parcours semi-urgent pour ce type de pathologie. Il y a clairement un besoin à la fois de connaissances et de coordination des soins.

La place d'une IPA a déjà été testée sur ce type de parcours dans d'autres régions avec des résultats encourageants. Au sein du GHT HPGL, la réflexion sur les algorithmes de prise en soins et les partenariats entre établissements, pour l'accès au plateau technique, ont déjà bien avancé. Tout l'enjeu de repérer les patients victimes d'AIT en ville et de coordonner leur parcours, hors services d'urgences, semblent les points à améliorer. L'arrivée d'une IPA détachée à ce projet au sein de l'unité de neurovasculaire prend tout son sens. L'objectif est d'assurer, grâce à son autonomie et son expertise, le lien entre les différents professionnels de santé et de placer le patient au cœur du système de santé.

L'ambition portée par la filière AIT est de proposer un parcours fluide et optimisé dans des délais adaptés à la pathologie avec un renforcement du lien Ville-Hôpital.

BIBLIOGRAPHIE

1. Inserm. Accident vasculaire cérébral (AVC) · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/accident-vasculaire-cerebral-avc/>
2. SPF. L'accident vasculaire cérébral en France : patients hospitalisés pour AVC en 2014 et évolutions 2008-2014 Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/accident-vasculaire-cerebral/l-accident-vasculaire-cerebral-en-france-patients-hospitalises-pour-avc-en-2014-et-evolutions-2008-2014>
3. Zeng X, Deng A, Ding Y. The INTERSTROKE study on risk factors for stroke. *The Lancet*. janv 2017;389(10064):35.
4. Amarenco P, Lavallée PC, Labreuche J, Albers GW, Bornstein NM, Canhão P, et al. One-Year Risk of Stroke after Transient Ischemic Attack or Minor Stroke. *N Engl J Med*. 21 avr 2016;374(16):1533-42.
5. Amarenco P. Intérêt de développer des cliniques d'AIT en France : est-ce utile pour la santé publique ? *Bull Académie Natl Médecine*. janv 2018;202(1-2):275-82.
6. Bushnell C, Kernan WN, Sharrief AZ, Chaturvedi S, Cole JW, Cornwell WK, et al. 2024 Guideline for the Primary Prevention of Stroke: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. déc 2024;55(12):e344-424.
7. Boulliat J, Bourrier P, Haegy JM, Heutot JF, Hofliger P, Lavere S, et al. Les accidents vasculaires cérébraux dans les services d'accueil et d'urgence. *Réanimation Urgences*. 1 oct 1997;6(4, Part 2):491-9.
8. Prise en charge diagnostique et traitement immédiat de l'accident ischémique transitoire de l'adulte - Mai 2004. *J Mal Vasc*. mai 2005;30(2):107-13.
9. Albers GW, Caplan LR, Easton JD, Fayad PB, Mohr JP, Saver JL, et al. Transient ischemic attack--proposal for a new definition. *N Engl J Med*. 21 nov 2002;347(21):1713-6.
10. H. Buck B, Akhtar N, Alrohim A, Khan K, Shuaib A. Stroke mimics: incidence, aetiology, clinical features and treatment. *Ann Med*. 53(1):420-36.
11. Slezak A, Arnold M, Galimanis A, Meli D, Mattle HP, Mordasini P, et al. Accident ischémique transitoire – une urgence médicale!
12. Giles MF, Rothwell PM. Risk of stroke early after transient ischaemic attack: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol*. 1 déc 2007;6(12):1063-72.
13. van Wijk I, Kappelle L, van Gijn J, Koudstaal P, Franke C, Vermeulen M, et al. Long-term survival and vascular event risk after transient ischaemic attack or minor ischaemic stroke: a cohort study. *The Lancet*. 18 juin 2005;365(9477):2098-104.
14. Fonseca AC, Merwick Á, Dennis M, Ferrari J, Ferro JM, Kelly P, et al. European Stroke Organisation (ESO) guidelines on management of transient ischaemic attack. *Eur Stroke J*. juin 2021;6(2):CLXIII-CLXXXVI.

15. Lavallée P, Amarenco P. Accident ischémique cérébral et rétinien transitoire. EMC - Neurol. 1 févr 2005;2(1):1-16.
16. Les risques de décès un an après un accident vasculaire cérébral. 2015;
17. Rothwell P, Giles M, Flossmann E, Lovelock C, Redgrave J, Warlow C, et al. A simple score (ABCD) to identify individuals at high early risk of stroke after transient ischaemic attack. The Lancet. 2 juill 2005;366(9479):29-36.
18. Renou P. Déficit neurologique transitoire : quel bilan et dans quel délai ?
19. Minerva Website Prise en charge ultra-rapide après AIT ou AVC mineur. Disponible sur: <https://minerva-ebp.be/FR/Article/428>
20. AIT2018.pdf Disponible sur: <https://protocoles-urgences.fr/downloads-6/page5/files/AIT2018.pdf>
21. Hôpital Foch Lancement d'une filière AIT (Accident Ischémique Transitoire) à l'Hôpital Foch : pour une prise en charge facilitée, rapide et optimale. Disponible sur: <https://www.hopital-foch.com/info-pro/lancement-dune-filiere-ait-accident-ischemique-transitoire-a-lhopital-foch-pour-une-prise-en-charge-facilitee-rapide-et-optimale/>
22. ait_-_criteres_devaluation_et_d_amelioration_des_pratiques.pdf Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/ait_-_criteres_devaluation_et_d_amelioration_des_pratiques.pdf
23. Measurements of acute cerebral infarction: a clinical examination scale. Disponible sur: <https://www.ahajournals.org/doi/epdf/10.1161/01.STR.20.7.864>
24. Qu'est-ce qu'un accident vasculaire cérébral mineur? Disponible sur: <https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/STROKEAHA.109.572883>
25. Elf M, Eriksson G, Johansson S, Koch L von, Ytterberg C. Self-Reported Fatigue and Associated Factors Six Years after Stroke. PLOS ONE. 30 août 2016;11(8):e0161942.
26. avc_prise_en_charge_precoce_-_synthese_des_recommandations.pdf Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-07/avc_prise_en_charge_precoce_-_synthese_des_recommandations.pdf
27. Vermeer SE, Prins ND, Heijer T den, Hofman A, Koudstaal PJ, Breteler MMB. Silent Brain Infarcts and the Risk of Dementia and Cognitive Decline. N Engl J Med. 27 mars 2003;348(13):1215-22.
28. Jr DAH, Bh B, Lj K. Classification des étiologies des infarctus cérébraux et AIT.
29. Nathalie P. Parcours AVC chez l'adulte. 2023;
30. Sainson C, Bolloré C, Trauchessec J. Neurologie et orthophonie : Théorie et évaluation: Évaluation et prise en soin des troubles acquis de l'adulte - 2. De Boeck Supérieur; 2022. 564 p.

31. Sacco RL, Wolf PA, Gorelick PB. Risk factors and their management for stroke prevention: outlook for 1999 and beyond. *Neurology*. 1999;53(7 Suppl 4):S15-24.
32. Stegmayr B, Asplund K. Diabetes as a risk factor for stroke. A population perspective. *Diabetologia*. sept 1995;38(9):1061-8.
33. Amarenco P. Importance du cholestérol et de son traitement dans la prévention de l'AVC. *Bull Académie Natl Médecine*. 1 mars 2020;204(3):283-91.
34. Shinton R, Beevers G. Meta-analysis of relation between cigarette smoking and stroke. *BMJ*. 25 mars 1989;298(6676):789-94.
35. Love BB, Biller J, Jones MP, Adams HP, Bruno A. Cigarette smoking. A risk factor for cerebral infarction in young adults. *Arch Neurol*. juin 1990;47(6):693-8.
36. Organization WH. Adherence to long-term therapies : evidence for action [Internet]. World Health Organization; 2003 Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/42682>
37. Formarier M, Jovic L. Les concepts en sciences infirmières. 2ème édition [Internet]. Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers; 328 p. (Hors collection). Disponible sur: <https://stm.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134?lang=fr>
38. Perkins D, Zimmerman M. Empowerment theory, research, and application. *Am J Community Psychol*. 1 nov 1995;23:569-79.
39. Chazelle Y, Marin C. L'interdisciplinarité en pratique, Marie-Claude Daydé, Alain Derniaux, Nathalie Favre, Sigolène Gautier, Lamarre, Initiatives Santé, 2018. Jusqu'à Mort Accompagner Vie. 5 sept 2019;138(3):I-I.
40. La Cnam a présenté un bilan détaillé des maisons de santé sur le territoire. [Internet]. Santé-Environnement-Politique. 2024 Disponible sur: <https://environnementsantepolitique.fr/2024/12/09/la-cnam-a-presente-un-bilan-detaille-des-maisons-de-sante-sur-le-territoire/>
41. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association Disponible sur: <https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/STR.0000000000000211>
42. SPF. Comment intervenir en promotion de la santé dans le monde rural. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/comment-intervenir-en-promotion-de-la-sante-dans-le-monde-rural>
43. CP-FHF-Rapport-Renforcer-le-lien-Ville-Hopital.pdf Disponible sur: <https://toute-la-veille-acteurs-sante.fr/files/2018/03/CP-FHF-Rapport-Renforcer-le-lien-Ville-Hopital.pdf>
44. Briau P, Morando C, Olindo S, Rouanet F, Sibon I, Renou P. An outpatient TIA clinic works! Insights from the creation and the first year of Bordeaux TIA clinic. *Rev Neurol*

(Paris);Disponible

sur:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0035378725005168>

45. Themes UFO. A Definition of Advanced Practice Nursing Nurse Key. 2016 Disponible sur: <https://nursekey.com/a-definition-of-advanced-practice-nursing/>

TABLE DES MATIERES

GLOSSAIRE	1
SOMMAIRE	1
REMERCIEMENTS	2
INTRODUCTION.....	3
1. L'accident ischémique transitoire	4
1. Définition	4
2. Parcours de soins	5
2. Accident ischémique cérébral mineur	7
1. Définition	7
2. Parcours de soins	8
3. Implications	9
1. Les facteurs de risque vasculaires modifiables	9
2. La prévention.....	10
3. L'empowerment	11
4. L'interdisciplinarité	12
MÉTHODE	14
1. Population.....	14
1. Echantillon	14
2. Recrutement	15
2. Recueil de données.....	16
1. Ethique et confidentialité	16
2. Création du questionnaire.....	16
3. Analyse statistique.....	17
RÉSULTATS	18
1. Conditions d'exercice.....	18
2. Pratiques professionnelles	19
3. Difficultés.....	22
4. Commentaires.....	27

ANALYSE	28
1. Préambule.....	28
2. Conditions d'exercice.....	29
3. Pratiques professionnelles et difficultés	30
4. Commentaires.....	34
DISCUSSION	35
CONCLUSION	41
BIBLIOGRAPHIE	42
TABLE DES MATIERES.....	46
TABLE DES ILLUSTRATIONS	48
TABLE DES ANNEXES.....	48

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Ancienneté d'exercice	18
Figure 2 : Mode d'exercice	18
Figure 4 : Zone d'exercice	18
Figure 3 : Adhésion à une CPTS	18
Figure 6 : Poser l'hypothèse neurovasculaire	19
Figure 5 : Suspicion AIT	19
Figure 8 : Délai compatible pour gestion en ville	19
Figure 7 : Délai de consultation	19
Figure 9 : Classement du mode d'orientation	20
Figure 10 : Classement par priorisation des examens	21
Figure 11 : Classement par difficulté à obtenir des examens	22
Figure 13 : Moyens d'accès à des créneaux en semi-urgents	22
Figure 12 : Accès à des créneaux semi-urgents	22
Figure 14 : Délai d'obtention des examens en ville	23
Figure 15 : Qualification de la prise en charge initiale en ville	24
Figure 16 : Score ABCD2	24
Figure 17 : Double anti-agrégation plaquettaire	24
Figure 19 : Souhait d'actualisation sur les recommandations sur l'AIT	25
Figure 18 : Antériorité des informations sur l'AIT	25
Figure 20 : Intérêt pour la mise en place d'une filière AIT avec plateforme téléphonique	26
Figure 21 : Classement par ordre d'intérêt pour la création d'une filière AIT	26
Figure 22 : Délais moyens d'attente pour un IRM en France	31

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : NIHSS

Annexe 2 : Modified Rankin Scale

Annexe 3 : Affiche SFNV

Annexe 4 : Le questionnaire

Annexe 5 : La note explicative

Annexe 6 : Post LINKEDIN

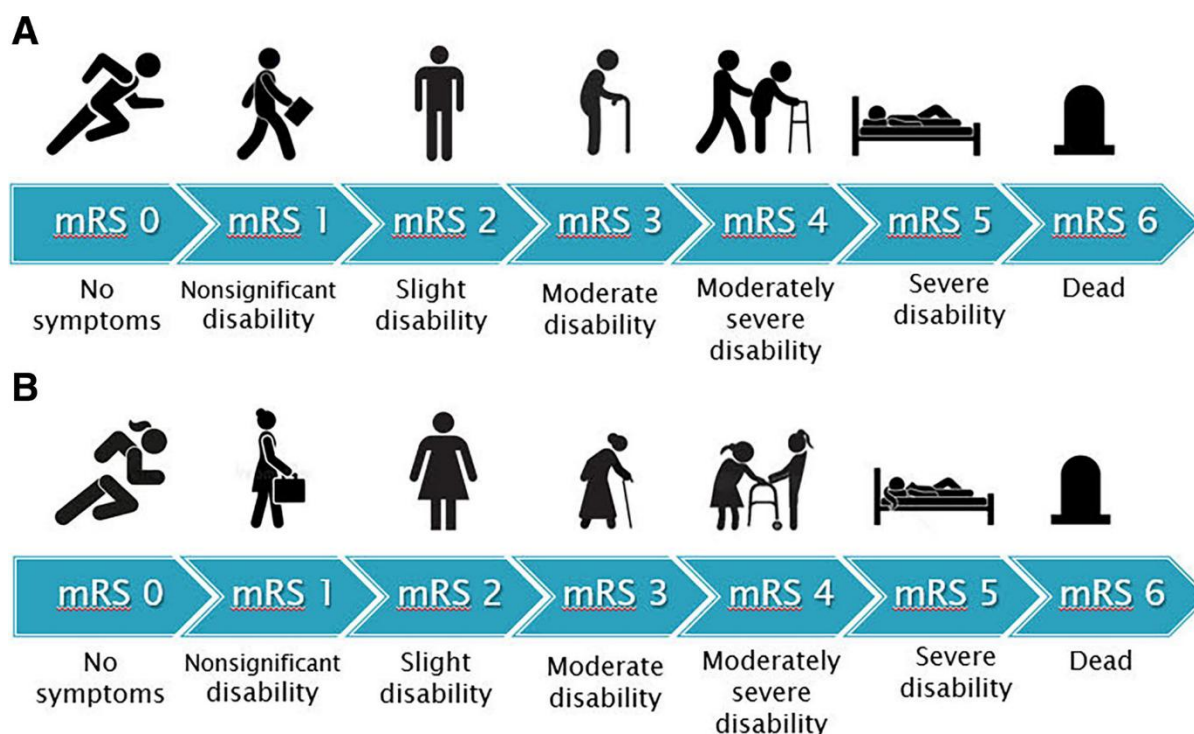
Annexe 7 : Démographie médicale

Annexe 8 : Verbatim des commentaires

Annexe 1: NIHSS

ITEM	INTITULE	COTATION
1a	Vigilance	0 vigilance normale, réactions vives 1 trouble léger de la vigilance : obnubilation, éveil plus ou moins adapté aux stimulations environnantes 2 coma : réactions adaptées aux stimulations nociceptives 3 coma grave : réponse stéréotypée ou aucune réponse motrice
1b	Orientation (mois, âge)	0 deux réponses exactes 1 une seule bonne réponse 2 pas de réponse
1c	Commandes (ouverture des yeux, ouverture du poing)	0 deux ordres effectués 1 un seul ordre effectué 2 aucun ordre effectué
2	Oculomotricité	0 oculomotricité normale 1 ophtalmoplégie partielle ou déviation réductible du regard 2 ophtalmoplégie horizontale complète ou déviation forcée du regard
3	Champ visuel	0 champ visuel normal 1 quadrantanopsie latérale homonyme ou hémianopsie incomplète ou négligence visuelle unilatérale 2 hémianopsie homonyme franche 3 cécité bilatérale ou coma (1a = 3)
4	Paralysie faciale	0 motricité faciale normale 1 asymétrie faciale modérée (paralysie faciale unilatérale incomplète) 2 paralysie faciale unilatérale centrale franche 3 paralysie faciale périphérique ou diplégie faciale
5	Motricité Membre supérieur	0 pas de déficit moteur proximal 1 affaissement dans les 10 secondes, mais sans atteindre le plan du lit 2 effort contre la pesanteur, mais le membre chute dans les 10 secondes sur le plan du lit 3 pas d'effort contre la pesanteur (le membre chute mais le patient peut réaliser une contraction musculaire avec ou sans mouvement du membre) 4 absence de mouvement (coter 4 si le patient ne fait aucun mouvement volontaire) X cotation impossible (amputation, arthrodèse)
6	Motricité Membre inférieur	0 pas de déficit moteur proximal 1 affaissement dans les 5 secondes, mais sans atteindre le plan du lit 2 effort contre la pesanteur, mais le membre chute dans les 5 secondes sur le plan du lit 3 pas d'effort contre la pesanteur (le membre chute mais le patient peut faire un mouvement tel qu'une flexion de hanche ou une adduction) 4 absence de mouvement (le patient ne fait aucun mouvement volontaire) X cotation impossible (amputation, arthrodèse)
7	Ataxie	0 ataxie absente 1 ataxie présente pour 1 membre 2 ataxie présente pour 2 membres ou plus
8	Sensibilité	0 sensibilité normale 1 hypoesthésie minimale à modérée 2 hypoesthésie sévère ou anesthésie
9	Langage	0 pas d'aphasie 1 aphasie discrète à modérée : communication informative 2 aphasie sévère 3 mutisme : aphasie totale
10	Dysarthrie	0 normal 1 dysarthrie discrète à modérée 2 dysarthrie sévère X cotation impossible
11	Extinction Négligence	0 absence d'extinction et de négligence 1 extinction dans une seule modalité, visuelle ou sensitive, ou négligence partielle auditive, spatiale ou personnelle 2 négligence sévère ou anosognosie ou extinction portant sur plus d'une modalité sensorielle

Annexe 2 : m R S



Échelle de Rankin modifiée (mRS)

- 0 Aucun symptôme.
- 1 Présence de symptômes sans incapacité notable : apte à exécuter toutes les tâches et activités habituelles.
- 2 Légère incapacité : incapable d'exécuter les activités courantes, mais apte à prendre soin de ses propres affaires sans aide.
- 3 Incapacité modérée : nécessite de l'aide quoique la marche soit encore autonome.
- 4 Incapacité modérément grave : incapable de marcher ou de voir à l'hygiène personnelle sans aide.
- 5 Incapacité grave : confiné au lit et incontinent; soins infirmiers nécessaires en permanence.

**SFNV**
SOCIÉTÉ FRANÇAISE
NEURO-VASCULAIRE

DIMINUER 80%
LE RISQUE D'AVC DE

LES 5 MESURES PRÉVENTIVES

1

CONTRÔLER SA PRESSION ARTÉRIELLE

L'hypertension artérielle est le principal facteur de risque d'AVC



140/90

50% des hypertendus ignorent qu'ils le sont

Si la tension artérielle est ≥ 140 de maxima ou ≥ 90 de minima, consulter un médecin

2

MANGER SAINEMENT

5  par jour

MANGER DU  **RÉGULIÈREMENT**

PRÉPARER SOI-MÊME À MANGER

 **CONSOMMER DES ALIMENTS PEU SALÉS**

3

CONTRÔLER SON CHOLESTÉROL

Tous les 5 ans



Le taux de LDL-cholestérol (« mauvais cholestérol ») doit être **< 1,6 g/l**

4

AVOIR UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE



Marcher au moins  **30 min par jour**



5

ARRÊTER DE FUMER



La consommation de cigarette **MULTIPLIE PAR 2** **LE RISQUE D'AVC ISCHÉMIQUE CÉRÉBRAL**

www.societe-francaise-neurovasculaire.fr

© Copyright 2017 - SFNV / Sources : HAS, OMS, Interstroke

C

Annexe 4: Le questionnaire



Nous souhaitons développer un parcours de soins dédié aux personnes suspectés d'Accident Ischémique Transitoire (AIT) ou d'Accident Ischémique Mineur (AIM), c'est-à-dire les personnes ayant des signes neurologiques déficitaires focaux régressifs ou pauci symptomatiques n'ayant pas appelé le centre d'appel 15. Pour cela, il nous faut mieux comprendre vos besoins.

Partie A: CONDITIONS D'EXERCICE

A1. Depuis quand exercez-vous ?

Moins de 5 ans ☐

Entre 6 et 15 ans ☐

Plus de 16 ans ☐

A2. Quel est votre mode d'exercice ?

Seul ☐

En groupe monodisciplinaire ☐

En maison de santé pluriprofessionnelle, MSP ☐

A3. Adhérez-vous à une communauté professionnelle territoriale de santé CPTS ?

Oui ☐

Non ☐

A4. Dans quel type de zone exercez-vous ?

Zone urbaine ☐

Zone semi-rurale ☐

Zone rurale ☐



Partie B: PRATIQUES PROFESSIONNELLES

B1. A quelle fréquence, en primo consultation, voyez-vous des patients décrivant des symptômes évoquant un accident ischémique transitoire ou un accident ischémique mineur ?

Souvent, 10 ou plus par an ☐

Occasionnellement, 3 à 9 par an ☐

Rarement, 1 à 2 par an ☐

Jamais ☐

B2. Avez-vous des difficultés à poser l'hypothèse neurovasculaire et l'indication à un bilan ?

Jamais ☐

Parfois ☐

Fréquemment ☐

B3. Sous quel délai, habituellement, le patient vous consulte-t-il ?

Entre 24 et 72h ☐

Entre 3 et 7 jours ☐

Plus de 8 jours ☐

B4. Classez du plus fréquent au moins fréquent le mode d'orientation que vous utilisez pour vos patients suspects d'AIT/AIM possibles dont les signes remontent à plus de 24h ?

Le réseau en ville(en ambulatoire) ☐

Plateforme d'avis spécialisé (type OMNIDOC) ☐

Le service des Urgences de l'hôpital de proximité, Quel que soit le délai ☐

Service d'hospitalisation spécialisé ☐

B5. Selon vous, quel délai est compatible pour une prise en charge en réseau de ville d'une suspicion d'AIT/AIM ?

Entre 24 et 72h ☐

Entre 3 et 7 jours ☐

Plus de 8 jours ☐



B6. En prise en charge en réseau de ville, classez par ordre de priorité les examens réalisés :

Scanner cérébral non injecté ☐

IRM cérébrale ☐

Imagerie des troncs supra aortiques ☐

Consultation de cardiologie ☐

Consultation de neurologie ☐

Partie C: DIFFICULTES

C1. En prise en charge en réseau de ville, classez par ordre de difficultés rencontrées à obtenir les examens suivants

Scanner cérébral non injecté ☐

IRM cérébrale ☐

Imagerie des troncs supra aortiques ☐

Consultation de cardiologie ☐

Consultation de neurologie ☐

C2. Avez-vous accès à des créneaux semi-urgents (moins de 15 jours) pour programmer les consultations spécialisées de cardiologie et/ou neurologie ?

Oui ☐

Non ☐

C3. Si oui, par quels moyens ?



C4. En ville, dans le cadre d'un bilan initial d'AIT/AIM, en combien de temps pensez-vous obtenir

	Un scanner cérébral non injecté	Une IRM cérébrale	Une imagerie des troncs supra aortiques	Une consultation de cardiologie	Une consultation de neurologie
moins d'une semaine	☐	☐	☐	☐	☐
entre 8 jours et 14 jours	☐	☐	☐	☐	☐
plus de 15 jours	☐	☐	☐	☐	☐
plus d'un mois	☐	☐	☐	☐	☐

C5. Comment qualifiez-vous la prise en charge initiale d'un AIT en cabinet ?

Très facile ☐

Facile ☐

Difficile ☐

Très difficile ☐

C6. Connaissez-vous le score ABCD2 ?

Oui ☐

Non ☐

C7. Avez-vous connaissance des indications à visée neurovasculaire à une double anti-agrégation ?

Oui ☐

Non ☐

C8. De quand date les dernières informations, formations, que vous ayez reçues sur l'AIT ?

Plus de 20 ans ☐

Entre 19 et 5 ans ☐

Moins de 4 ans ☐

C9. Souhaitez-vous avoir une actualisation des recommandations sur la prise en charge de l'AIT ?

Oui ☐

Non ☐



Partie D: CONCLUSION

D1. La mise en place d'une filière AIT avec une plateforme téléphonique pour les AIT datant de plus de 24h vous intéresserait-il ?

Oui ☐

Non ☐

D2. Si oui, classer les raisons par ordre d'intérêt

Expertise neurovasculaire ☐

Eviter le passage aux urgences ☐

Gain de temps médical ☐

Avantage pour le patient ☐

Autre ☐

D3. Pour autre, veuillez préciser

D4. N'hésitez pas à laisser vos remarques ou commentaires

Je vous remercie du temps consacré à ce questionnaire.

Pour assurer une sécurité optimale vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance du mémoire. Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude ou pour tout autre échange, vous pouvez me contacter à cette adresse :

**aurelie.menoury.etu@univ-lille.fr, ainsi que le Pr Cordonnier
charlotte.cordonnier@chu-lille.fr et le Dr Girot marie.girot@chu-lille.fr**

Annexe 5: La note explicative



Pr Charlotte CORDONNIER

Service de neurologie et pathologie vasculaire

charlotte.cordonnier@chu-lille.fr

Dr Marie GIROT

Service des urgences

marie.girot@chu-lille.fr

Aurélien MENOURY

Infirmière étudiante en pratique avancée

Service de neurologie et pathologie vasculaire

aurelie.menoury.etu@univ-lille.fr

Docteurs

Lille, le 24/04/2025

Evaluation des pratiques de prise en charge des personnes suspectes d'accident ischémique transitoire ou d'accident ischémique mineur

Cher collègue,

Nous souhaitons développer un parcours de soins dédié aux personnes suspectes d'accident ischémique transitoire ou d'accident ischémique mineur. Pour cela il nous faut mieux comprendre vos besoins.

Nous souhaitons recueillir votre approche concernant le parcours de soins des personnes suspectes d'accident ischémique transitoire ou d'accident vasculaire ischémique mineur, c'est-à-dire les personnes ayant des signes neurologiques déficitaires focaux régressifs ou pauci symptomatiques n'ayant pas appelé le centre 15. Votre expertise et votre expérience en tant que médecin généraliste au sein de notre Groupement Hospitalier Territorial Hôpitaux Publics Grand Lille nous seront utiles pour développer un outil d'orientation vers nos services. C'est pourquoi nous vous sollicitons pour remplir un questionnaire, qui prendra 10 minutes de votre temps. Son objectif est de recenser vos pratiques et vos besoins dans la prise en charge d'un patient suspect d'accident ischémique transitoire ou accident vasculaire mineur. L'enquête se décline en 3 parties : vos conditions d'exercice, vos pratiques professionnelles, vos difficultés. La synthèse de cette enquête sera par ailleurs exploitée par Mme Lejeune, infirmière en neurologie vasculaire au CHU de Lille actuellement en fin d'études de Master Infirmier en Pratique Avancée.

Votre participation à cette enquête est essentielle pour refléter au mieux la diversité des situations des médecins généralistes de notre territoire et vous proposer des solutions adaptées à vos besoins.

Votre réponse est souhaitable avant le 1^{er} Mai 2025 via le lien ci-dessous ou le QRcode.



<https://enquetes.univ-lille.fr/index.php/768573?lang=fr>

Conformément à la législation en cours, vos réponses sont anonymisées et confidentielles. Veuillez à ne pas indiquer d'éléments permettant de vous identifier ou d'identifier une autre personne dans les champs à réponse libre. Sans cela, l'anonymat de ce questionnaire ne sera pas préservé.

Nous vous remercions vivement pour l'attention que vous porterez à cette demande et pour le temps que vous consacrerez à ce questionnaire.

Cordialement,

Pr Charlotte Cordonnier – Dr Marie Girot – Mme Aurélie Lejeune

Annexe 6: Post sur LinkedIn



Aurélie Lejeune • Vous
Soins infirmiers intensifs chez CHU de Lille
1 mois • 

Cher réseau,
Infirmière étudiante en pratique avancée, je participe au développement d'un parcours de soins dédié aux personnes suspectes d'accident ischémique transitoire ou d'accident ischémique mineur. Votre expertise et votre expérience en tant que médecin généraliste au sein de notre Groupement Hospitalier Territorial Hôpitaux Publics Grand Lille nous seront utiles pour développer un outil d'orientation. C'est pourquoi nous vous sollicitons pour remplir un questionnaire dont la synthèse sera exploitée dans mon mémoire.
Merci de votre participation !

Vos besoins concernant la prise en charge des personnes suspectes d'accident ischémique transitoire ou d'accident ischémique mineur

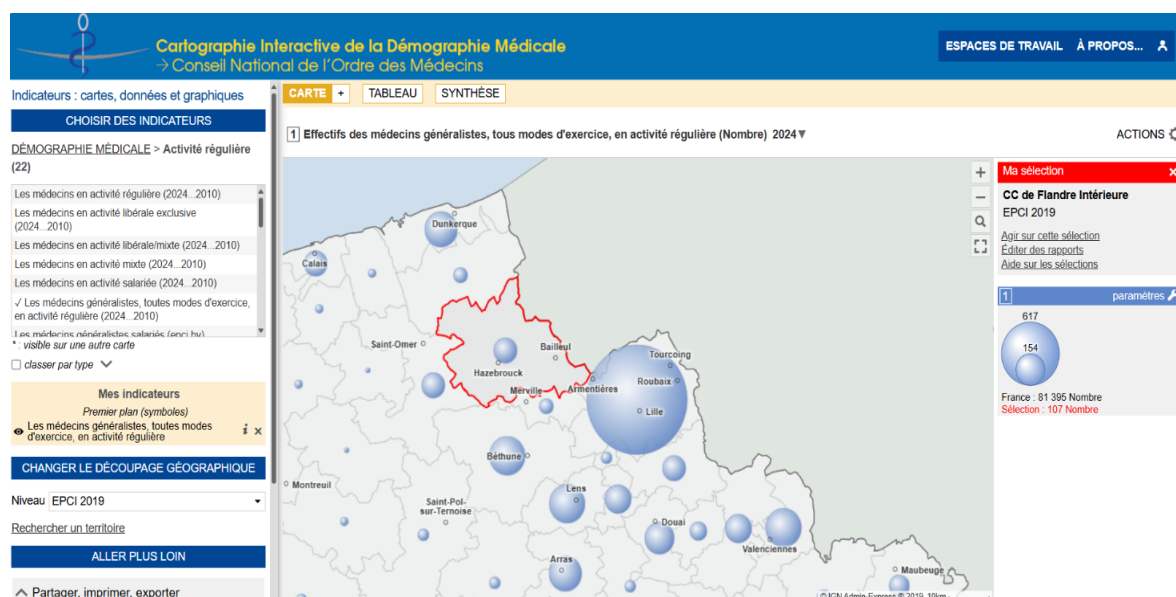
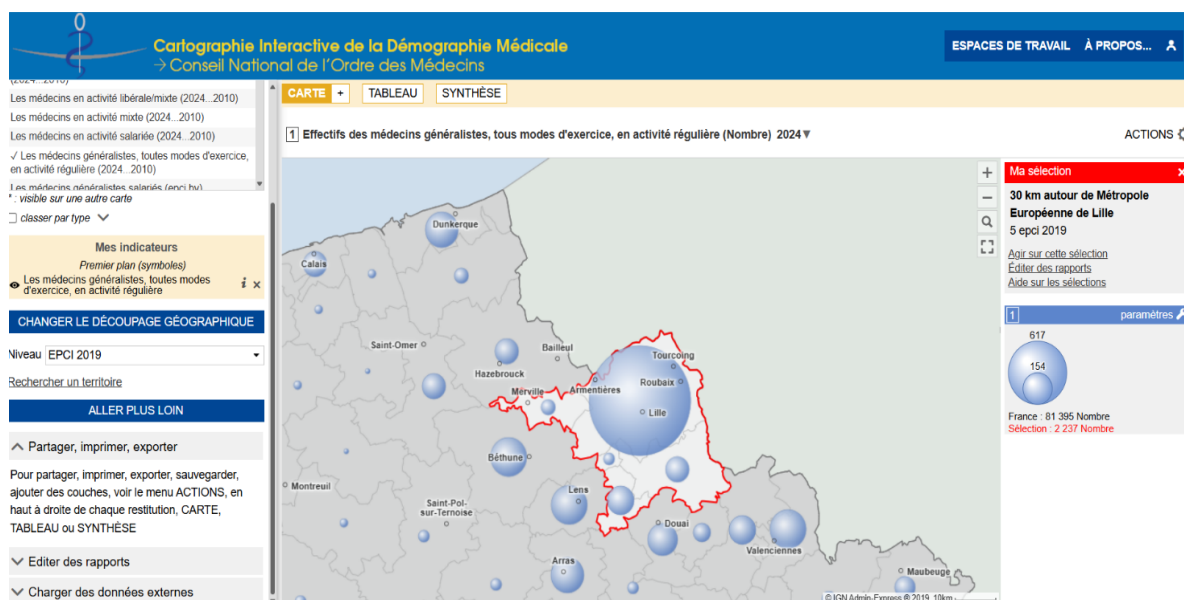


**Enquête auprès des médecins généralistes
du Groupement Hospitalier Territorial
Hôpitaux Publics Grand Lille**

https://enquetes.univ-lille.fr/index.php/768573?lang=e_paragraphe

Annexe 7: Démographie médicale

Source : Cartographie Interactive de la Démographie Médicale - Indicateurs : cartes, données et graphiques



Au total sur le territoire du GHT Hôpitaux Publics Grand Lille 2444 médecins généralistes, tous modes d'exercice en activité régulière, sont inscrits à l'ordre des médecins

Annexe 8: Verbatim des commentaires



Bienvenue sur la Plateforme Enquêtes de l'Université de Lille

Recensement des pratiques et des besoins des médecins généralistes concernant la prise en charge des patient suspects d'AIT ou AIM

Résumé pour G04Q22

N'hésitez pas à laisser vos remarques ou commentaires

Réponse	Décompte	Pourcentage
Réponse	9	23.68%
Sans réponse	29	76.32%
Non affiché	0	0.00%

Identifiant (ID)	Réponse
1	Il faut comprendre que nous n'avons pas le temps d'appeler les différents services "chronophage +++", les délais de rdv en ville s'allongent de plus en plus. Les plateformes type omnidoc sont à mon sens le moyen le plus efficace pour répondre rapidement à un avis.
3	Merci pour votre action Délai IRMc en ville : 2-3 mois ! Quand les patients ont leur IRM 3 mois après, ils banalisent l'accident qui n'a duré que 5 minutes et finissent par penser que rien de grave ne s'est passé et qu'il n'est donc pas la peine de suivre la prise en charge demandée...
7	N'hésitez pas à préciser dans quel ordre (croissant ou décroissant) vous souhaitez que nous classions nos différentes propositions. Je ne savais jamais dans quel ordre le faire...
10	Je n'ai pas répondu à la question sur les consultations semi-urgentes car cela dépend de l'accessibilité à un service comme la hopline ou à un avis cardio ou neuro entre MG et spécialiste oral au téléphone avant que ce spécialiste indique un rdv en semi urgence.
22	pour la question de la prise en charge, j'envoie aux urgences selon le délai d'apparition des symptômes (item ne laissait pas le choix)
23	La majorité des patients consultent tardivement (2 semaines-1 mois) avec une découverte fortuite de l'AIT au cours d'une consultation pour un autre motif...
30	Merci pour cette recherche
37	Je pense qu'une plateforme pour centraliser la prise en charge est super intéressante dans le sens où la prise en charge dépend de la personne qui donne l'avis. Certains neurologues voudront absolument un passage aux urgences, d'autres prise en charge en externe, ce qui ne permet pas de reproduire la conduite à tenir et donc une perte de temps pour le patient mais également pour les professionnels
42	Il serait intéressant d'élargir le champ de cette plate-forme aux AIT même plus récents (

MENOURY, LEJEUNE Aurélie

Soutenance le 30 Juin 2025

TITRE : Enquête sur les difficultés et besoins rencontrés par les médecins généralistes exerçant au sein du GHT HPGL dans le parcours des patients suspects d'accident ischémique transitoire.

Mots clés : accident ischémique transitoire, filière, médecins généralistes, diagnostic

RÉSUMÉ

Contexte : En France, l'accident ischémique transitoire (AIT) représente 40 000 patients par an. Il s'agit d'un diagnostic d'urgence car il est annonciateur d'un futur accident vasculaire cérébral. Or, leur prise en charge précoce pourrait réduire de 50 à 80 % le risque d'AVC ultérieur.

Objectif : Pointer l'intérêt pour les médecins généralistes du GHT Hôpitaux Publics Grand Lille d'un contact direct téléphonique pour le diagnostic et l'organisation du parcours des patients suspects d'AIT ou d'AIC mineur hors urgence.

Méthode : Réaliser, au travers d'un questionnaire, l'état des lieux des besoins et difficultés des médecins généralistes exerçant au sein du territoire dans la prise en soins des patients suspects d'AIT ou AIC mineur, hors urgence

Conclusion : Notre enquête montre l'intérêt des médecins généralistes du territoire pour la création d'une plateforme d'avis pour les patients suspects d'AIT.

ABSTRACT :

Background: In France, transient ischemic attack TIA represents 40 000 patients once a year. It's an emergency diagnosis because it is warning of a future stroke. However, their early management could reduce the risk of subsequent stroke by 50 to 80%. The guidelines recommend quick medical care within the first twenty-four hours. It is difficult to diagnose because the signs are transient. The patient does not consult. The anamnesis is often difficult.

Aim: Showing interest of a hotline in TIA's care pathway

Method: We conducted a survey with GP of the *Hôpitaux Publics Grand Lille*'s territory in a quantitative cross-sectional study. We sent out a questionnaire GPs to know how they treat their patients with TIA. The questions are about their professional conditions, their practices and their knowledge about the TIA's care pathway.

Conclusion: The survey revealed that GPs are interesting in having acces to a hotline. We would open a health sector with a hotline and day hospital to plan TIA's care pathway.

Key words: transient ischemic attack, general practitioner, diagnosis, care pathway

Directrice de mémoire : Docteur Marie GIROT