



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Bilan des consultations labellisées post-AVC chez les patients
sortant à domicile après un séjour en UNV**

Présentée et soutenue publiquement le 6 octobre 2021 à 16h
Au Pôle Formation
Par Camille LEGOUIT

JURY

Président :

Monsieur le Professeur *André THEVENON*

Assesseurs :

Madame le Docteur *Nelly DEQUATRE-PONCHELLE*

Madame le Docteur *Cécile GUITARD*

Monsieur le Docteur *Xavier-Marc MOLDERS*

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur *Étienne ALLART*

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	4
RESUME	6
I. INTRODUCTION	7
1. Définition de l'AVC léger	7
2. Épidémiologie de l'AVC léger	10
3. Problématiques de l'AVC léger	10
a. Définition du handicap	10
b. Le handicap « visible »	11
c. Le handicap « invisible »	11
i. La fatigue et fatigabilité :	13
ii. Les difficultés cognitives :	15
iii. Les troubles psychologiques, émotionnels et les « comportements problèmes » :	16
iv. Les troubles de communication	17
v. Les troubles sensoriels	18
vi. La douleur	18
d. Impact du handicap invisible	18
i. Qualité de vie	19
ii. Travail	19
iii. Loisirs et autres activités sociales	20
iv. Famille	20
v. Mobilité	21
4. La circulaire DGOS/R4 n°2015-262 du 3 août 2015	22
a. Contexte de la circulaire	22
b. Objectifs de la circulaire	23
5. Le parcours de soins d'un AVC lourd vs léger	23
6. Objectifs de l'étude	26
II. PATIENTS ET METHODE	26
1. Schéma de l'étude	26
2. Patients	26
a. Critères d'inclusion	26
b. Critères d'exclusion	27
3. La consultation	27

4.	Données recueillies.....	28
5.	Statistiques	29
III.	RESULTATS.....	29
1.	Population.....	29
2.	Caractéristiques de l'hospitalisation en phase aiguë et de l'AVC	30
3.	Evaluation des patients.....	34
a.	Données sociodémographiques.....	34
b.	Evaluation de la pathologie vasculaire	35
c.	Evaluation clinique du patient.....	36
i.	Les plaintes des patients et de l'entourage	36
ii.	L'examen clinique	38
d.	Evaluation de l'autonomie	41
i.	Evaluation globale	41
ii.	Evaluation de l'autonomie pour les AVQ élémentaires	42
iii.	Evaluation de l'autonomie pour les AVQ élaborées	43
e.	Evaluation de la participation aux activités.....	46
i.	Loisirs.....	46
ii.	Statut professionnel	46
iii.	Mobilité	47
f.	Auto-évaluation de la qualité de vie et de l'état de santé.....	48
g.	Evaluation de la prise en charge rééducative en sortie de MCO.....	49
4.	Prise en charge et suivi proposés.....	50
a.	Sur le plan médical.....	50
i.	Evaluation médicamenteuse	50
ii.	Suivi médical spécialisé	50
b.	Sur le plan rééducatif	52
i.	Aides techniques	52
ii.	Suivi préconisé.....	52
c.	Sur le plan socio-professionnel :	54
i.	Démarches sociales	54
ii.	Professionnel	55
IV.	DISCUSSION.....	55
1.	Caractéristiques sociodémographiques	56
2.	Définition de l'AVC	57
3.	Caractéristiques de la phase aigue.....	58

4. Problématiques du handicap	59
5. Impact du handicap.....	65
6. Prise en charge rééducative	69
7. De la nécessité d'un parcours adapté à chaque profil de patient.....	72
V. CONCLUSION	74
VI. BIBLIOGRAPHIE	76
VII. ANNEXES.....	81
Annexe 1 : Score NIHSS.....	81
Annexe 2 : La circulaire.....	82
Annexe 3 : résumé du contenu de consultation d'évaluation pluri-professionnel post-AVC de l'hôpital de Swynghedauw.	95
Annexe 4 : tableau de recueil des données utilisé	99

LISTE DES ABREVIATIONS

AIT : Accident Ischémique Transitoire
ALD : Affection longue durée
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS : Agence Régionale de Santé
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
BREF : Batterie rapide d'efficacité frontale
CH : Centre Hospitalier
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CI CSE : Carte inclusion Carte de stationnement européen
CMI : Carte mobilité inclusion
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DMS : Durée moyenne de séjour
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ET : Ecart-Type
EVA : Echelle visuelle analogique
FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé
FEDMER : Fédération Française de Médecine Physique et de Réadaptation
FRE : Fauteuil roulant électrique
FRM : Fauteuil roulant manuel
GIR : Groupe Iso Ressource
HAD : Hospitalisation à domicile
HADs : Hospital Anxiety and Depression scale
HLH : Hémianopsie latérale homonyme
IDE : Infirmier(e) diplômé(e) d'état
MAS : Maison d'Accueil Spécialisée
MoCA : Montreal Cognitive Assessment
MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MPR : Médecine Physique et de Réadaptation
NIHSS : National Institute of Health Stroke Score
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PCH : Prestation de compensation du handicap
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

QLH : Quadranopsie latérale homonyme

Réseau TC-AVC : Réseau Traumatisme Crânien – Accident vasculaire cérébral

RQTH : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

SOFMER : Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation

UEROS : Unités d'évaluation de réentrainement et d'orientation sociale et professionnelle

UNV : Unité Neuro-Vasculaire

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

RESUME

Contexte :

Les patients sortant directement au domicile dans les suites d'un AVC sont la plupart du temps décrit comme léger. Il n'y a pas de définition consensuelle concernant la définition de ce terme, ce qui implique d'importantes conséquences tout au long du parcours de ces personnes. Devant une prise de conscience progressive des difficultés spécifiques, multiples et souvent invisibles de ces personnes au domicile, des consultations de suivi d'évaluation pluridisciplinaire ont été mises en place nationalement depuis 2016.

Objectifs :

Il s'agissait d'effectuer un bilan des problématiques émergentes médicales et fonctionnelles rencontrées par les patients ayant subi un AVC léger et leur entourage, et d'évaluer quelles sont les propositions d'orientation et de suivi actuelles.

Méthode :

L'inclusion des patients a été faite rétrospectivement, parmi tous les patients adressés par les services de neurologie, neurochirurgie, qui ont été programmés en consultation d'évaluation pluridisciplinaire, après une sortie directe post-MCO au domicile, avec un recueil basé sur les données des différents courriers.

Résultats :

En dépit d'une attente d'un bon résultat fonctionnel, une majorité des patients avaient de multiples plaintes. Les principales évoquées concernaient la fatigue, les difficultés cognitivo-comportementales, les difficultés physiques et thymiques. L'entourage avait des remarques parfois divergentes mais complémentaires. L'examen spécifique des difficultés retrouvaient une proportion encore plus importante de ces difficultés. L'impact était multisystémique chez ces patients. Un suivi spécialisé MPR a été proposé pour 1/3 des patients avec différentes modalités : rééducation libérale, suivi en consultation MPR ou par le réseau TC-AVC Hauts-de-France, bilan d'évaluation par des thérapeutes, hospitalisations de durées adaptées...

Conclusion :

Les consultations d'évaluation pluridisciplinaire sont le début du parcours pour les personnes victimes d'un AVC léger, qui apparaît indispensable pour le dépistage des difficultés invisibles des personnes. Le retentissement peut être majeur pour ces personnes et leur entourage et la prise en charge des difficultés spécifiques nécessite un suivi auprès d'un personnel formé aux spécificités de ces problématiques.

I. INTRODUCTION

1. Définition de l'AVC léger

L'OMS définit l'AVC comme « le développement rapide de signes cliniques localisés ou globaux de dysfonction cérébrale avec des symptômes durant plus de vingt-quatre heures pouvant conduire à la mort, sans autre cause apparente qu'une origine vasculaire » (1).

Il est assez communément acquis de grader l'intensité d'un AVC en léger, modéré, grave. Pour autant, il n'existe **pas de consensus concernant la définition d'un AVC léger.**

On peut définir la gravité de l'AVC soit de manière **qualitative soit de manière quantitative.**

- Qualitativement, le jugement subjectif est laissé au médecin qui décidera si l'AVC semble avoir un bon résultat fonctionnel à court terme (2), c'est à dire si le patient présente des troubles minimes de la motricité ou de la parole et s'il est capable d'accomplir de façon autonome les principales activités de la vie quotidienne.

En 2011, le groupe SOFMER-FEDMER a défini plusieurs catégories de gravité d'AVC. La catégorie n°1 correspond aux AVC avec « une seule déficience, avec une autonomie de marche, sans besoin d'évaluation écologique avec par exemple la paralysie d'un bras (déficit moteur brachio-facial), trouble du langage isolé sans trouble de compréhension (aphasie motrice pure), trouble de la vision (Hémianopsie Latérale Homonyme), ou trouble isolé et incomplet de la sensibilité (ataxie thalamique discrète)... ; » (3)

- Quantitativement, le qualificatif de léger peut être évalué à l'aide de score de gravité :
 - Le score le plus fréquemment utilisé est le **NIHSS** (*Annexe 1*). Il est employé pour évaluer la gravité de l'AVC en aigüe. Il varie de 0 à 42 avec un score élevé indiquant de plus importants déficits. Il présente néanmoins plusieurs limites : il n'évalue pas la participation aux activités et n'est pas adapté à tous les types d'AVC. Il évalue par ailleurs mal les troubles cognitifs. Le seuil pour définir un AVC léger n'est pas consensuel. Selon les études les seuils de **NIHSS varient entre 0, 4, 5 et 6** (4).
 - Le **score de Rankin modifié** (*tableau 1*) permet une évaluation globale du handicap. Il ne comporte qu'un item qui varie de 0 (aucun handicap) à 5 (handicap majeur). Les seuils les plus fréquemment utilisés pour déterminer un AVC léger sont soit **0 ou un score maximal de 2** (faible handicap) (4).

Tableau 1 : Score de Rankin

Valeur	Symptomes
0	Aucun symptome
1	Pas d'incapacité en dehors des symptômes : activités et autonomie conservées
2	Handicap faible : incapable d'assurer les activités habituelles mais autonomie
3	Handicap modéré : besoin d'aide mais marche possible sans assistance
4	Handicap modérément sévère : marche et gestes quotidiens impossibles sans aide
5	Handicap majeur : alitement permanent, incontinence et soins de nursing permanent

- **L'index de Barthel** (*tableau 2*) évalue la nécessité et l'importance de l'assistance dont une personne a besoin pour effectuer plusieurs activités élémentaires de la vie quotidienne. Il varie de 0 (dépendance totale pour toutes les activités) à 100 (indépendance totale). Les principaux seuils utilisés pour déterminer un AVC léger étaient **soit supérieur à 50 soit 100** (4).

Tableau 2 : Index de Barthel

	Alimentation		Soins personnels
10	Indépendant. Capable de se servir des instruments nécessaires. Prend ses repas en un temps	5	possible sans aide.
5	a besoin d'aide par exemple pour couper.	0	dépendance complète.
0	dépendance.		Bain
	Contrôle sphinctérien vésical	5	possible sans aide.
10	continence.	0	dépendance complète.
5	fuites occasionnelles.		Habillage
0	incontinence ou prise en charge personnelle si sonde vésicale à demeure.	10	indépendance (pour boutonner un bouton, fermer une fermeture éclair, lacer ses lacets, mettre des bretelles).
	Contrôle sphinctérien anorectal	5	a besoin d'aide, mais fait la moitié de la tâche en un temps correcte.
10	Continence. Capable de s'administrer un lavement ou un suppositoire.	0	dépendance complète.
5	Accidents occasionnels. A besoin d'aide pour un lavement ou un suppositoire si nécessaire.		Transfert du lit au fauteuil
0	incontinence.	15	indépendant, y compris pour faire fonctionner un fauteuil roulant.
	W.C	10	peut s'asseoir mais doit être installé.
10	indépendance.	5	capable de s'asseoir, mais nécessite une aide maximale pour le transfert.
5	intervention d'une tierce personne.	0	incapacité totale.
0	dépendance.		Déplacement
		10	marche avec soutien ou pas pour plus de 50 mètres.
		5	marche avec aide pour 50 mètres.
		0	indépendant pour faire 50 mètres en fauteuil roulant.

A l'heure actuelle, le **moment de cotation** de ces scores n'est **pas consensuel**. Certains auteurs estiment judicieux de prendre en compte les scores en fin d'hospitalisation devant un risque non négligeable d'aggravation au cours de l'hospitalisation (2).

2. Épidémiologie de l'AVC léger

En France, il y a environ **130 000 nouveaux cas d'AVC par an** (5). 25% des AVC surviendront chez des personnes de moins de 65 ans (6). Environ **la moitié des AVC** sont considérés comme **légers** (7). Sur la métropole Lilloise, en 2018, le taux d'incidence pour 100 000 habitants était de 207, puis de 164 en 2019 et 160 en 2020, soit 5515 personnes prises en charge en 3 ans et une incidence moyenne sur les 3 ans à 177 (*source : ARS Hauts-de-France*). En France entre 2000 et 2006, l'incidence était de 113 pour 100 000 habitants (5).

3. Problématiques de l'AVC léger

Derrière le terme d'« AVC léger » peut se cacher de bien plus lourdes conséquences pour les personnes victimes d'un AVC léger.

a. Définition du handicap

L'AVC est la **première cause de handicap** acquis dans notre pays. En France, la Loi n°2005-102 du 11 février 2005, définit le handicap comme « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant » (8).

b. Le handicap « visible »

Le handicap « visible » pourrait être décrit comme un handicap évident, remarquable par une personne non avertie. La représentation du handicap dans nos sociétés reste de manière prépondérante quelque chose d'accessible à nos 2 premiers sens : la vision et l'audition. Il est le plus souvent symbolisé à l'esprit par le **handicap moteur**.

Il n'est pas rare qu'après un AVC léger, il persiste des séquelles motrices, donc visibles. Cela peut se traduire par une hémiparésie, des troubles de la coordination motrice aux membres supérieurs, des troubles de la marche, des troubles de l'équilibre ... Ou alors une dysarthrie, une aphasie ...

c. Le handicap « invisible »

En réalité, environ **80% du handicap n'est pas visible**, il n'est donc pas apparent au premier regard par autrui, mais n'en est pas moins responsable d'une limitation d'activité et d'une restriction de participation à la vie en société (9).

On peut inclure dans le **handicap invisible la fatigue aussi bien physique que mentale, les difficultés cognitives, les troubles psychologiques et émotionnels, certains troubles comportementaux par excès ou défaut, les troubles sensoriels, la douleur**. Certains auteurs parlent également de **syndrome asthéo-émotionnel** qu'ils définissent comme un syndrome psycho-organique, marqué par une fatigabilité mentale, des difficultés de mémoire, des difficultés de concentration, un traitement de l'information plus lent, une irritabilité et instabilité émotionnelle, une sensibilité aux lumières vives et sons forts (10).

Les **patients** décrivent leurs **symptômes** comme étant **fluctuants**, **imprévisibles**, avec un retentissement majeur sur de nombreux champs de leur vie quotidienne.

La société a tendance à vouloir imposer une **dualité** : soit une personne est handicapée, soit elle ne l'est pas ; Soit une personne rentre dans la « **norme** », soit elle n'y entre pas. La norme est une **notion de moyenne**, qui selon la « loi Normale » est représentée par une courbe de Gauss, incluant **95% des valeurs** qui sont considérées comme normales (*figure 1*).

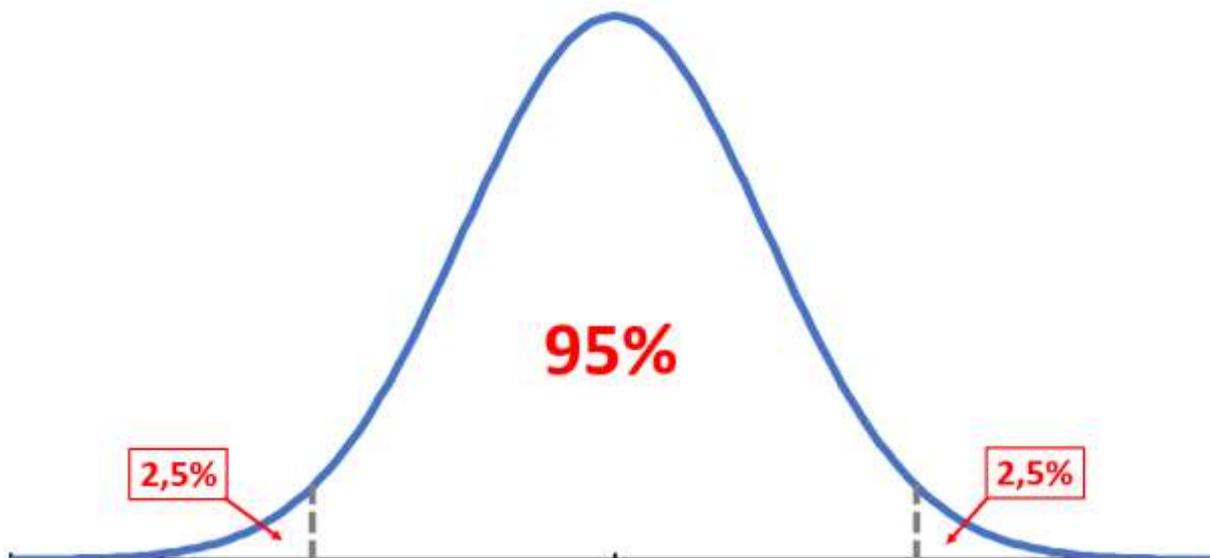


Figure 1 : exemple courbe de Gauss

Pourtant, au sortir de l'hospitalisation, certains patients victimes d'un AVC léger, considérés pour la plupart comme ayant bien récupéré d'une manière qualitative et quantitative, se retrouveront en situation de handicap invisible. Ce manque de handicap visible aura comme conséquence une non compréhension sociétale et familiale et une attente qu'ils répondent aux critères de normalité.

Les personnes présentant un handicap invisible souffrent de ce manque de reconnaissance que ce soit par leurs proches, leur hiérarchie, leurs collègues de travail... mais également par le corps médical qui peut sous-évaluer la problématique et de fait ne pas adapter son comportement face à leur besoin (11). Parfois ce sont les **patients eux-mêmes** qui, inconsciemment ou par fatalité, **minimiseront** leurs difficultés en expliquant qu'ils ont « eu de la chance », que la prise en charge de certaines personnes présentant un handicap plus visible est prioritaire sur leur propre handicap (12).

i. *La fatigue et fatigabilité :*

Il n'existe **pas de définition unique** de la fatigue, celle-ci étant une notion subjective, ressentie différemment par chacun. On pourrait la définir comme étant un **manque subjectif d'énergie** physique et/ou mentale qui est perçu par l'individu comme interférant avec les activités habituelles ou souhaitées (13).

La **fatigabilité** quant à elle, peut être définie comme une altération de la résistance à l'effort, physique comme mentale, engendrant rapidement un état de manque d'énergie dans l'action et favorisant une fatigue, une lenteur secondaire voir des erreurs ou un arrêt de la tâche en cours.

La fatigue est une des **plaintes la plus souvent exprimée** avec une fréquence variant selon les études, de **38% à 72%**, à un an de la survenue d'un AVC léger (10,14). Les variations de fréquence sont en parties expliquées par des outils de mesure différents entre les études. On notera qu'il n'existe **aucune échelle de mesure spécifique de fatigue post-AVC**. Certains patients font remarquer que c'est une des

conséquences de l'AVC dont l'ajustement est le plus difficile et qu'ils ne se sentent pas préparés à faire face à cette fatigue (15,16).

Cette fatigue et cette fatigabilité **affectent la sphère cognitive** : entre autre la **concentration, la vigilance**, les capacités de **multitâches**... Bien que pouvant ne pas apparaitre en situation routinière ou sur une discussion ou un entretien de courte à moyenne durée, elle pourra révéler des difficultés dans les exercices ou activités non routiniers, dans les situations inattendues, sur les tâches longues ou à fort coût cognitif. La limitation de participation interviendra alors dans des tâches plus élaborées, en situation professionnelle par exemple.

Elle interfère également avec le **processus de réhabilitation** et altère la capacité du patient à retrouver les fonctions perdues.

La fatigue est souvent **plurifactorielle** et peut être liée à un syndrome d'apnée du sommeil surajouté, un trouble du sommeil, des troubles endocriniens... Il a été émis l'hypothèse que la fatigue après un AVC résulte d'une **combinaison de lésions cérébrales organiques et de stress psychosocial** lié à l'adaptation à une nouvelle situation de vie (16). Le niveau élevé de fatigue chez les patients victimes d'AVC sans déficit neurologique suggèrerait une origine centrale plutôt qu'un résultat d'un effort physique accru requis après un AVC (17).

La dépression et la fatigue sont également étroitement liées, cause ou conséquence ? Plusieurs études ont démontré une fréquence de la fatigue élevée même après ajustement sur la variable dépression (entre 30% à 2 ans (16) et 39% à 1an (18)).

Cette fatigue a bien entendu un impact sur la participation aux activités quotidiennes des patients, et sur leur qualité de vie, d'où l'importance de la détecter au plus tôt afin : de l'expliquer au patient et à son entourage socio-professionnel ; de rechercher d'éventuelles problématiques médicales traitables ; de mettre en place des stratégies et aménagements ; dans l'objectif d'une meilleure adaptation environnementale et acceptation sociétale.

ii. *Les difficultés cognitives :*

Les plus fréquemment décrites sont les **difficultés de mémoire, de concentration, d'attention puis des fonctions exécutives** (11).

Environ **2/3** (67%) des personnes ayant présenté un AVC léger présentent une ou plusieurs **difficultés cognitives 1 an après la lésion** (19). D'autres études retrouvent une fréquence moindre avec un déficit cognitif entre 17 % et 54% avec la notion d'une décroissance progressive des déficits dans le temps, maximale pendant la première année de survenue de l'AVC (20,21). On notera que plus d'1/3 des patients présentent à 1 an, à la fois des troubles cognitifs et des troubles de l'humeur et que des difficultés dans l'un des domaines impacteront invariablement l'autre domaine (19).

Environ **50%** des patients ayant subi un AVC léger se **plaignent** de trouble de la **mémoire** ou de **trouble de la concentration** (22,23).

L'altération des fonctions exécutives reste également fréquente après un AVC léger. Jusqu'à 68% des patients en présentent les signes après une évaluation spécifique (24). Les fonctions exécutives représentent notre capacité à initier, à se faire succéder à associer ou à interrompre des activités. Elles sont impliquées dans

toutes les tâches séquentielles dirigées vers un but contrôlé. Ainsi, le retentissement dans les activités quotidiennes est prépondérant, et la présence d'aidants (conjoint, enfants...) peut être nécessaire quotidiennement, afin de pallier aux difficultés d'initiation, d'enchaînement ou d'arrêt des activités de la vie quotidienne.

Selon la localisation de l'AVC, une **négligence spatiale** unilatérale d'étendue plus ou moins grande, engendrera une difficulté à détecter, à s'orienter vers ou à répondre à des stimuli dans un hémichamp.

iii. *Les troubles psychologiques, émotionnels et les « comportements problématiques » :*

L'anxiété, la dépression, la labilité émotionnelle, l'irritabilité sont les plaintes émotionnelles les plus fréquentes chez les patients victimes d'un AVC léger. Environ **70%** des patients éprouvent un ou plusieurs **troubles émotionnels** quel qu'il soit (25).

La prévalence de **l'anxiété** à 1 an varie d'environ **20% à 47%** (15). Certains patients éprouvent une réelle anxiété à l'idée d'une récurrence, et vont parfois jusqu'à développer un syndrome de stress post-traumatique (15).

La prévalence de la **dépression** varie de **12% jusqu'à 39%** à un an (14), et a tendance à augmenter tout au long de la première année de l'AVC, justifiant un dépistage précoce et un suivi adapté par la suite (21). Elle se caractérise par une humeur maussade, une anhédonie, une faible estime de soi, des modifications de l'appétit, de la concentration, une diminution de l'énergie et une modification du sommeil.

L'instabilité et la labilité émotionnelle se manifestent par des pleurs, des rires ou des explosions de colère qui sont pour le patient imprévisible, non contrôlable, créant ainsi un climat d'insécurité dans le premier cercle familial. Plus de **38%** des patients ressentent encore cette labilité émotionnelle **à 1 an** (21).

Les troubles du comportement sont une problématique souvent rapportée. Il en est cependant que ce terme manque de finesse diagnostique et permet d'évoquer des « **comportements problèmes** » jugés par une personne extérieure comme non adaptés à un contexte, à ses propres représentations ou aux convenances sociales. Ils sont l'expression symptomatique à la fois des lésions cérébrales, mais aussi des réactions du patient face à ses déficits et à l'attitude de l'entourage (26). On distingue deux catégories de comportements qui nous troublent : ceux par excès allant de l'irritabilité, ressentie **par 22% des patients** (20), jusqu'à l'agressivité ; et ceux par défaut, communément appelés apathie.

Les atteintes de la **cognition sociale**, c'est-à-dire de la non ou mauvaise interprétation des interactions sociales, des contextes et de l'émotionnalité chez l'autre, pourra également favoriser cette discordance de ressenti comportemental.

iv. *Les troubles de communication*

La communication est un processus de transmission d'informations entre un émetteur et un destinataire. Un des modes de communication est le langage. Celui-ci peut à la suite d'un AVC être perturbé. La victime d'un AVC peut présenter des troubles phasiques de degré variable, soit sur le versant de l'expression soit celui de la compréhension ou les deux. Les troubles phasiques légers sont parfois difficiles à

appréhender en situation courante, particulièrement si le versant expressif est bien préservé ou s'il n'existe qu'un léger manque du mot par exemple.

v. *Les troubles sensoriels*

Les troubles **sensitifs** retentissent sur l'équilibre, la marche, la dextérité fine ... Une altération de la **vision** peut également survenir suite à un AVC. Lorsqu'un déficit du champ visuel, une baisse d'acuité visuelle ou une diplopie atteignent la fonction visuelle, une exploration s'impose notamment pour vérifier le retentissement sur les capacités de conduite.

vi. *La douleur*

La douleur post-AVC est un problème fréquent. Elle se caractérise par des céphalées, des douleurs neuropathiques, mécaniques, et/ou inflammatoires. Son dépistage est primordial car elle favorise ou accentue la dépression, la fatigue, les troubles du sommeil, et/ou les troubles cognitivo-comportementaux ... (27). Il n'y a, là encore, pas d'échelle spécifique d'évaluation de la douleur post-AVC, mais une multitude d'échelles afin de l'étudier sous toutes ces composantes, ce qui rend son évaluation d'autant plus difficile. Assez peu d'études ont étudié la prévalence de la douleur chez les personnes souffrant d'un AVC léger.

d. Impact du handicap invisible

Plus **d'1/3 des personnes victimes d'AVC légers** ont un **handicap** significatif persistant **à 3 mois** (28). L'ensemble des difficultés liées au handicap invisible va retentir dans tous les domaines de la vie du patient, sur sa qualité de vie, et induire

des restrictions de participation. Les patients sont physiquement **capables d'effectuer les activités** de la vie quotidienne mais avec **une performance moindre** (29).

i. *Qualité de vie*

La qualité de vie chez les victimes d'AVC en général, a bien été étudiée, avec une plus faible qualité de vie si les scores de NIHSS et de Rankin sont élevés, soit avec un handicap d'autant plus important (30). Quand on s'intéresse à la qualité de vie des personnes ayant souffert d'un AVC léger, on s'aperçoit qu'un **facteur prépondérant** est la **dépression** qui affecte la qualité de vie dans toutes ses dimensions. La qualité de vie est également diminuée avec la présence **d'anxiété**. Les **femmes** ont également rapporté une plus faible estime de qualité de vie, tout comme les patients plus **âgés** (29,31).

ii. *Travail*

L'emploi est souvent considéré comme un **facteur important de la qualité de vie**. Il répond à une attente et à une intégration à la société et renforce l'estime de soi. Un peu plus de **62 %** des patients victimes d'un AVC léger ont signalé une **diminution de leur capacité à travailler** ou à faire du bénévolat (32). Le taux de retour au travail un an après l'AVC est d'environ 70% ; néanmoins environ 30% de ces personnes avaient diminués leurs horaires de travail (33). Autrement dit, **1 an après un AVC léger, seule la moitié des patients a retrouvé un emploi et travaille autant** qu'avant la survenue de la lésion, et **l'autre moitié n'a pas repris son activité ou a diminué la quantité horaire** (33).

Un des facteurs prédictifs du retour au travail semble être le fonctionnement cognitif global à 2 mois post-AVC. En revanche, les **facteurs principaux de maintien** de l'emploi pour les AVC légers semblent être **l'âge et l'éducation** (34).

On notera une plus grande satisfaction et qualité de vie avec les patients effectuant le plus grand nombre d'heure au travail (33).

iii. *Loisirs et autres activités sociales*

68% des patients victimes d'un AVC léger se plaignent de **dysfonctionnement social** avec des répercussions dans leur loisir, leur famille, leur travail (35).

Une majorité des patients rapporte des limitations dans les activités de loisirs. Les **activités de loisirs physiquement exigeantes sont abandonnées** par environ **40%** des patients, ainsi que certaines activités sociales (32). Pourtant, s'engager dans des activités de loisirs est apparu comme un bon moyen d'adaptation pour retrouver énergie et motivation, et un bon moyen de réappropriation des capacités diminuées suite à l'AVC (10).

iv. *Famille*

S'il est vrai que les séquelles d'AVC retentissent dans tous les aspects de santé et de vie des patients, il ne faut pas sous-estimer **l'impact** sur la systémique familiale et sur **l'entourage proche**. Cet accident est **une rupture du cours de leur vie**, un chamboulement de toute la famille et la famille proche est comme une « **victime collatérale** » **de cet accident**. Elle est particulièrement sollicitée du fait que les patients ayant présenté un AVC léger restent assez peu de temps hospitalisé avec un retour au domicile direct. La famille est alors une **aide cruciale** et ce, aux différentes

étapes de la survenue de l'AVC. Cela va de la phase initiale en accompagnant la rupture, en passant par la phase subaigu et à la co-construction d'une identité nouvelle, jusqu'à la phase chronique en leur apportant soutien moral et psychologique et favorisant les comportements sains et la participation à la réadaptation (36).

De leur côté, les aidants peuvent ressentir une **majoration des responsabilités**, une sensation **d'isolement**, une perception d'un **fardeau**, une augmentation de leurs tâches quotidiennes ce qui **limite** leurs **activités personnelles** (25). 45% des aidants montreraient des signes de dépression (25).

Il peut également survenir un **changement de rôles** ou de répartition des charges. La personne victime d'un AVC pourra voir sa place au sein du milieu familial et sociétal changée, engendrant une difficulté d'acceptation et de mal-être. Le déséquilibre de responsabilité et de charge entre les époux, la modification des rôles peut aller jusqu'à engendrer des problèmes relationnels entraînant des **conflits** et un isolement progressif (11).

La **qualité de vie des épouses** a été étudiée et celle-ci **diminuerait** d'autant plus que le patient est jeune. Cela peut s'expliquer par une multiplication des tâches à réaliser par les conjoints, des jeunes enfants dont il faut s'occuper également, une inquiétude financière si le patient est en incapacité de retrouver du travail suite à son AVC (37).

v. *Mobilité*

En France, la **reprise de la conduite automobile** après un AVC est régie par la **loi**. Toute personne victime d'un AVC, et ce quelle qu'en soit la gravité, est dans l'obligation de consulter un **médecin agréé** de la préfecture. Certaines déficiences et

complications secondaires à un AVC font partie de la **liste des affections incompatibles avec la conduite automobile** (arrêté du 18 décembre 2015 (38)).

Dans d'autres cas, une évaluation pluridisciplinaire médicale, neuropsychologique, voire ergothérapeutique, des capacités à la conduite de véhicule motorisé est nécessaire (39). **Cette évaluation en terme d'indication et de modalités** fait l'objet de recommandations de bonnes pratiques de la **HAS** depuis 2016 (40).

A 1 an de la survenue de l'AVC léger, **un tiers des patients** n'ont toujours **pas le droit de reconduire** empêchant ou contraignant leur autonomie dans les déplacements (14). La conduite est un sujet extrêmement important chez les patients, vecteur d'indépendance et souvent indispensable à la réalisation des activités de la vie quotidienne.

4. La circulaire DGOS/R4 n°2015-262 du 3 août 2015

a. Contexte de la circulaire

Un premier rapport public en 2009 concernant la prise en charge des AVC en France a permis de mettre en évidence une méconnaissance de l'étendue du poids de l'AVC tant sur le plan économique (coût de 8,4 milliards d'euros/an) que sur le plan médical (41). Un **plan d'actions national AVC 2010-2014** a donc été déployé avec la réorganisation de la filière AVC en phase aiguë, avec pour objectif une diminution de la morbi-mortalité (42) . L'impact a été bénéfique avec une diminution du délai moyen d'arrivée à l'hôpital-réalisation de l'imagerie et un taux de thrombolyse significativement augmenté (43). Afin de prolonger les actions débutées par ce plan d'actions, une circulaire a été publiée concernant cette fois ci le suivi de l'AVC (*Annexe 2*).

b. Objectifs de la circulaire

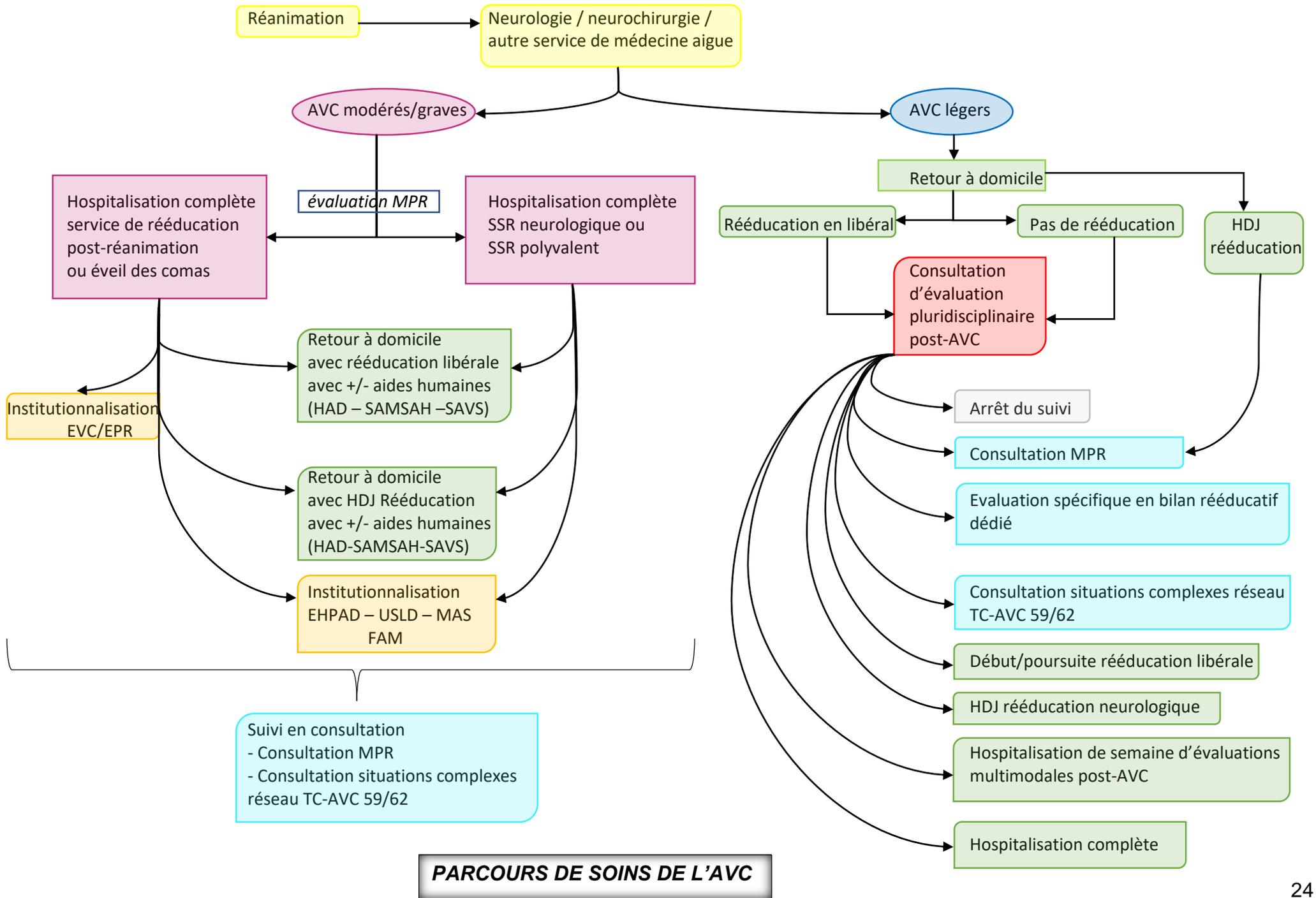
Il s'agit d'«**organiser le parcours de soins AVC** en structurant sur le territoire une offre graduée de consultation de suivi incluant les consultations libérales de ville ».

L'objectif est que « **toute personne ayant été victime d'un accident vasculaire cérébral (AVC) ou d'un accident ischémique transitoire (AIT) puisse avoir accès dans les 6 mois, au plus tard dans l'année suivant son accident, à une évaluation pluri-professionnelle** pour

- évaluer [...] et assurer la meilleure prévention secondaire,
- réaliser un bilan pronostic fonctionnel et cognitif [...]
- adapter le suivi de chaque patient à sa situation [...]
- déterminer si les aidants ont besoin de soutien ;
- produire des indicateurs relatifs à l'état de santé des patients victimes d'AVC [...] »

5. Le parcours de soins d'un AVC lourd vs léger

La tendance des dernières années est plutôt à une **diminution des AVC graves** au profit des AVC légers grâce à **l'augmentation du temps de thrombolyse** et à un **meilleur accès aux soins**. Cela souligne l'importance d'avoir un parcours de soin bien défini pour ces patients, parfois jeunes. Le groupe SOFMER-FEDMER a proposé en 2011 un parcours de soins des personnes ayant subi un AVC selon la gravité des déficiences. Ce travail a été suivi en 2020 par des recommandations sur le parcours de rééducation réadaptation des patients après la phase initiale de l'AVC par la HAS (3,44).



Le **parcours des patients victimes d'AVC modérés et graves** est bien établi depuis plusieurs années. La majorité des patients sont évalués au cours de leur hospitalisation en service de médecine aiguë et le relai est ensuite effectué avec une hospitalisation complète ou de jour en service de rééducation neurologique ou polyvalent (en fonction de l'âge et des comorbidités).

Avant la circulaire, les personnes ayant subi un AVC léger ne bénéficiaient **pas d'une évaluation systématisée** par une équipe pluridisciplinaire comprenant un médecin MPR, et ce d'autant plus si le handicap était invisible. Pour certains, la non compréhension des difficultés par l'entourage et eux-mêmes, les incapacités persistantes, pouvaient aller jusqu'à la **désinsertion socio-professionnelle**. Certains de ces patients finissaient tardivement par être orientés vers un médecin MPR, mais avec un retard de prise en charge rendant plus difficile l'accompagnement et la réinsertion.

Actuellement, après l'hospitalisation en neurologie ou neurochirurgie, les patients ayant présenté un AVC léger, une fois rentrés au domicile, devraient systématiquement se voir proposer une **consultation d'évaluation pluridisciplinaire**. Cela pourrait ainsi aider à l'organisation d'un parcours plus individualisé, selon les difficultés rencontrées lors du retour au domicile.

Au **CHU de Lille**, il a été décidé de manière consensuelle entre les équipes rééducatives et de neurologie vasculaire, que cette évaluation soit faite par un **médecin MPR avec un ergothérapeute**, afin d'apporter une réflexion basée sur la **Classification Internationale du Fonctionnement**, de mieux dépister le handicap invisible et d'affiner le projet personnalisé d'accompagnement. En effet, l'expérience quotidienne d'une équipe de rééducation dans l'évaluation des capacités/incapacités, de leur prise en charge, dans la réflexion systémique, dans l'accompagnement

holistique et dans l'orientation à l'accompagnement médico-social répondait aux attentes des autorités supérieures mais avant tout au besoin de notre population, d'autant plus que le suivi neurologique pur était déjà bien organisé.

6. Objectifs de l'étude

Les objectifs de cette étude étaient :

- faire un **état des lieux** à 4 ans du lancement des consultations d'évaluation pluridisciplinaire post-AVC
- évaluer la **proportion des différentes problématiques** médicales et fonctionnelles rencontrées par les patients victimes d'un AVC léger et leur entourage proche
- évaluer **les propositions d'orientation** selon les problématiques découvertes

II. PATIENTS ET METHODE

1. Schéma de l'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective, monocentrique, descriptive.

2. Patients

a. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusions étaient :

- toute personne ayant fait un **accident vasculaire cérébral**, selon une définition qualitative
- n'ayant pas été prise en charge en SSR au décours de l'AVC

- étant active ou retraitée à profil actif
- ayant bénéficié d'une **consultation d'évaluation pluridisciplinaire post-AVC dans l'année** suivant la survenue de l'AVC à l'hôpital Swynghedauw – CHU de Lille suite à une demande des services de MCO (neurologie, neurochirurgie ...).
- entre **janvier 2016** (1^{ère} date de mise en place des consultations labellisées post-AVC) et **mars 2020 inclus** (date du début du confinement sanitaire lié au virus SARS-CoV-2 avec arrêt des consultations).

b. Critères d'exclusion

- Consultations d'évaluation pluridisciplinaire post-AVC ayant eu lieu plus d'un an après la survenue de l'AVC
- Personnes ayant bénéficié d'une hospitalisation en SSR avant la réalisation de la consultation d'évaluation pluridisciplinaire post-AVC
- Personnes ayant fait un accident ischémique transitoire.

3. La consultation

Les patients pouvaient être **adressés** en consultation d'évaluation pluridisciplinaire post-AVC par :

- les **neurologues** du CHU de Lille après un passage dans une UNV ou un autre service dédié à la neurologie dans les suites d'un AVC,
- les **neurochirurgiens** du CHU de Lille,
- les neurologues d'autres CH,

- les médecins d'une autre spécialité du CHU de Lille.

Il s'agit d'une consultation **bi-disciplinaire** avec la présence d'un médecin **MPR** et d'un **ergothérapeute**.

4. Données recueillies

Sur chaque courrier de consultation pluridisciplinaire post-AVC, une information a été fournie au patient quant à l'utilisation potentielle des données médicales à des fins de recherche.

Les données ont été recueillies à partir :

- des **courriers d'hospitalisation** en MCO à la phase aiguë de l'AVC,
- des **courriers de la consultation d'évaluation pluridisciplinaire post-AVC**,
- du résumé du contenu de consultation d'évaluation pluri-professionnel post-AVC de l'hôpital de Swynghedauw, basé sur le référentiel de la circulaire DGOS (*Annexe 3*),
- de la synthèse des échelles réalisées au cours de la consultation pluridisciplinaire post-AVC, selon l'appréciation de l'équipe bi-disciplinaire procédant à la consultation.

Les données ont été **anonymisées** et retranscrites sur un tableau Excel. Le détail des données recueillies figure en *Annexe 4*. Il y a eu un recueil des données sociodémographiques, du type d'AVC, des plaintes, déficiences, des limitations d'activités, des facteurs socioéconomiques et des modalités de prises en charge et de suivi.

5. Statistiques

Les données continues sont présentées en moyenne et écart-type, les données qualitatives en effectifs et pourcentages. Les différences intergroupes (patients venus vs non venus en consultation) ont été évaluées à l'aide d'un test t de Student ou un test du Chi-2 selon la nature des variables. L'étude des liens entre variables a été effectuée à l'aide d'un coefficient de corrélation de Spearman.

III. RESULTATS

1. Population

Il y a 726 patients qui ont bénéficié d'une consultation d'évaluation pluridisciplinaire post-AVC entre janvier 2016 et mars 2020 au CHU de Lille, à l'hôpital Swynghedauw. Après exclusion des patients ne rentrant pas dans les critères d'inclusion, l'étude a porté sur 467 patients convoqués (*figure 2*), dont 65 (14%) ne se sont pas présentés en consultation. L'étude finale a donc porté sur 402 patients.

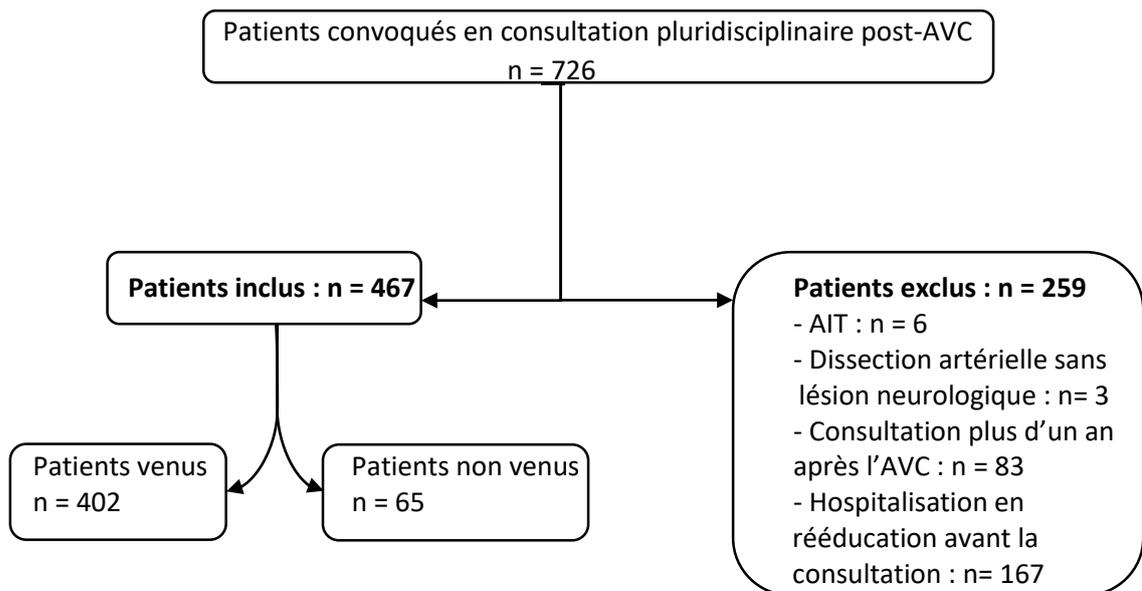


Figure 2 : diagramme de flux de la sélection des patients

Le **déla** **moyen** entre la survenue de l'AVC et la date de réalisation de la consultation d'évaluation pluridisciplinaire était d'environ **4 mois et demi (142 jours ± 62 jours, médiane 124 jours)**.

Plus des **3/4** des consultations d'évaluation pluridisciplinaire étaient adressées par le service de **neurologie vasculaire (neurologie B)** de l'hôpital Salengro, et moins de **5%** étaient adressés par le service de **neurochirurgie** (figure 3).

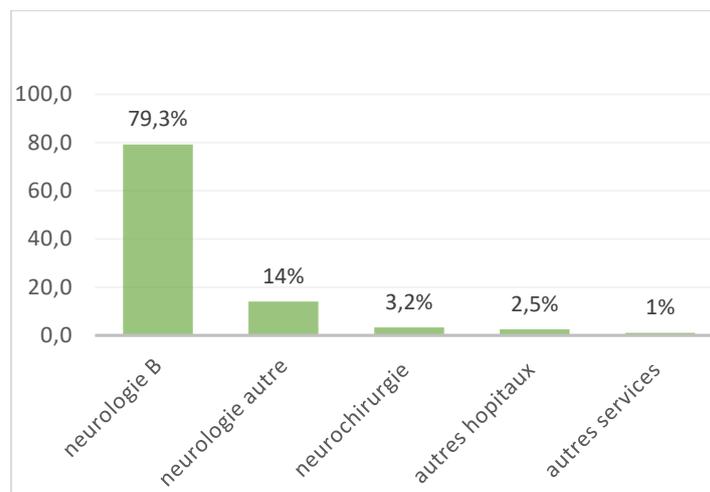


Figure 3 : répartition des services adresseurs

2. Caractéristiques de l'hospitalisation en phase aiguë et de l'AVC

La répartition des différents types d'AVC parmi notre population d'étude de patients venus en consultation (n=402) est représentée par la figure 4. Il s'agissait **d'AVC ischémiques dans 9 cas sur 10**.

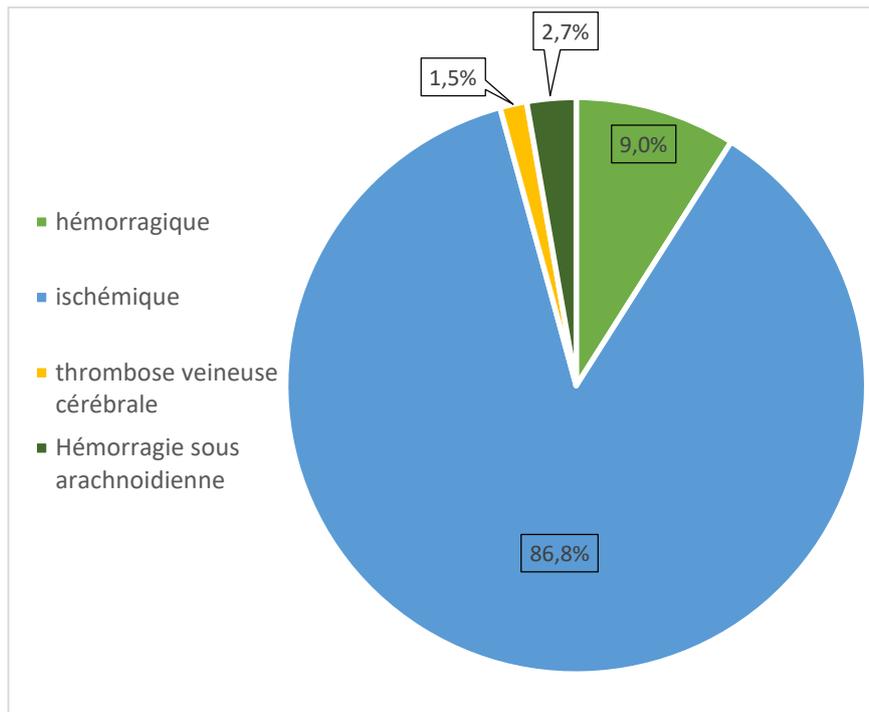


Figure 4 : répartition du type d'AVC

Concernant la localisation des lésions, il y avait environ la même proportion de lésions latéralisées à gauche (45,6%) ou à droite (42,3%). Il y avait 12% des lésions qui étaient bilatérales. Un peu plus des **3/4** des lésions étaient situées au niveau **sus-tentorial** (78%), 16% étaient situées en sous-tentorial et 6% étaient à la fois sus et sous-tentorial.

L'**étiologie** des AVC était **connue** dans **1/3** des cas, **suspectée** dans **1/3** des cas et **non connue** dans un autre **1/3** des cas. La figure 5 représente la proportion entre les différentes étiologies connues ou suspectées (n=402).

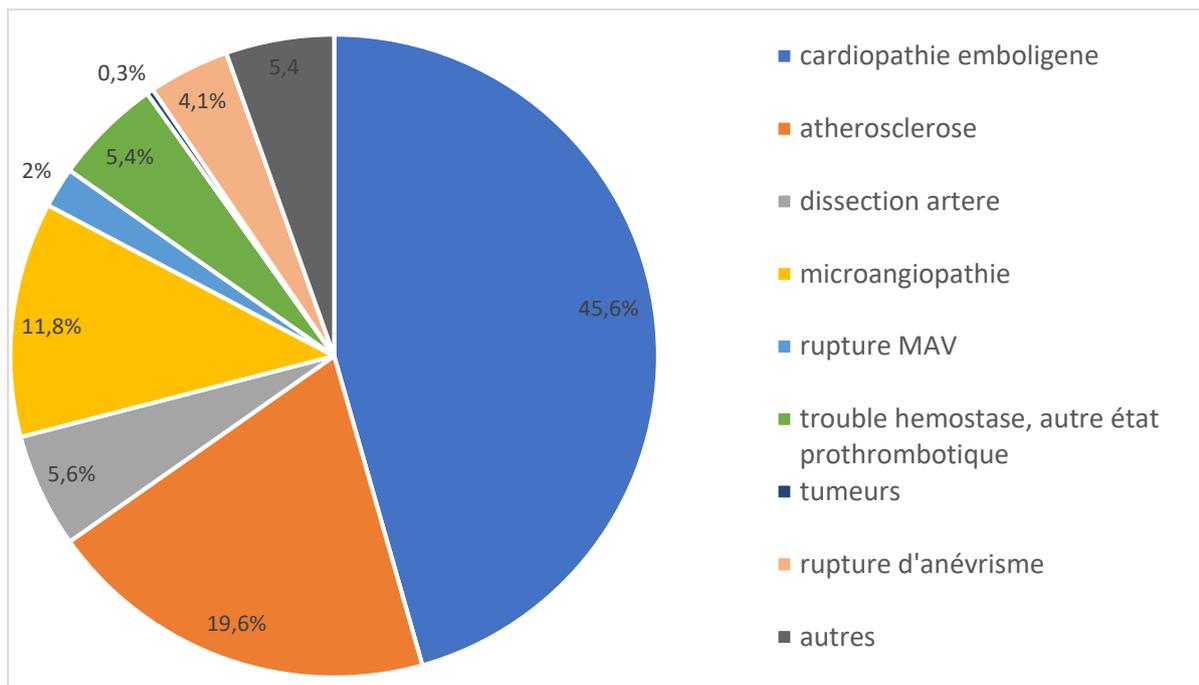


Figure 5 : répartition des étiologies connues ou suspectées des AVC (n=402)

Un quart de la population a bénéficié d'un **traitement** spécifique à la phase aiguë. Parmi les 349 personnes qui ont souffert d'un AVC ischémique, environ un quart ont bénéficié d'une thrombolyse, 13% d'une thrombectomie seule, 9% de l'association des 2 (figure 6). En ce qui concerne les **AVC hémorragiques** (n=47), **10,6%** des personnes ont bénéficié d'une intervention neurochirurgicale ou d'une procédure de radiologie interventionnelle.

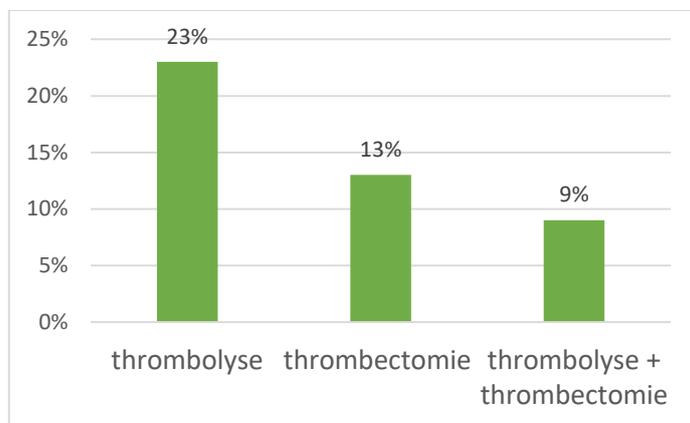


Figure 6 : proportion de personnes ayant bénéficié d'un traitement aigu chez les patients ayant souffert d'un AVC ischémique (n=355).

Une majorité des traitements (**80%**) effectués en phase aiguë a été décrite comme une **réussite**, **15%** des traitements ont été considérés comme une **réussite partielle** et un peu moins de **5%** comme un **échec**.

La **durée moyenne d'hospitalisation** en MCO était de **9,3** jours ($\pm 8,7$ jours).

Le tableau 3 met en évidence l'évolution du score NIHSS initial vers la fin d'hospitalisation.

Tableau 3 : évolution du score NIHSS à la phase aiguë.

Score NIHSS	Moyenne	Ecart type
Initial	3,6	4,5
Fin d'hospitalisation	0,9	1,2

Il n'y avait pas de différence significative entre les personnes venues et non venues à la consultation en ce qui concerne l'âge, le sexe, le type d'AVC, le score NIHSS d'entrée ou la réalisation d'un traitement aigu (*tableau 4*). En revanche il y avait une **différence significative** sur le score **NIHSS de sortie** de MCO, les patients non venus ayant tendance à avoir un score NIHSS plus élevé (qui restait cependant bas).

Tableau 4 : comparaison venus/non venus sur âge, sexe, type d'AVC, NIHSS, traitement

	Consultation honorée n = 402	Consultation non honorée n = 65	p
Age (ans) (moy \pm ET)	54,9 \pm 14,9	52,8 \pm 16,7	.111
Sexe n (%)			.068
homme	252 (62,7%)	33 (50,8%)	
Type d'AVC	n (%)	n (%)	.09
Ischémique	355 (88,3)	46 (82,1)	

Dont thrombophlébite cérébrale	6 (1,5)	0 (0)	
Hémorragique intraparenchymateuse	36 (9)	10 (17,9)	
Hémorragie sous arachnoïdienne	11 (2,7)	0 (0)	
NIHSS	Moy ± ET	Moy ± ET	
initial	3,6 ± 4,5	4,7 ± 6,7	.148
sortie	0,9 ± 1,2	1,4 ± 2,7	.044
Traitement aigu	n (%)	n (%)	.406
oui	96 (23,9)	11 (20)	

3. Evaluation des patients

a. Données sociodémographiques

Les données sociodémographiques des patients venus en consultation, sont décrites dans le tableau 5. Il y avait une **majorité d'hommes**, de personnes vivant en **couple ou famille**, et de personnes possédant le permis de conduire.

Tableau 5 : caractéristiques sociodémographiques (n=402)

Age (ans) (moy ± ET)	54,9 ± 14,9
Sexe	n (%)
hommes	285 (61)
Femmes	182 (39)
Latéralité	n (%)
droitier	323 (87,1)
gaucher	39 (10,5)
ambidextre	9 (2,4)
Mode de vie	n (%)
seul	69 (17,3)
en couple	178 (44,5)
en famille	152 (38,0)
en colocation	1 (0,2)

Niveau d'étude	<i>n (%)</i>
pré BAC	16 (12,4)
BAC	15 (11,6)
BAC +1 à 3ans	47 (36,4)
BAC + 4 à 5ans	33 (25,6)
BAC + 6 à 8 ans	10 (7,8)
Supérieur à 8 ans	8 (6,2)
Permis de conduire	<i>n (%)</i>
oui	355 (89,6)
Non	41 (10,4)

b. Evaluation de la pathologie vasculaire

Un peu plus **d'une personne sur dix** avait **déjà** un antécédent d'**AVC**. Il n'y avait pas de différence significative entre les patients venus et non venus en consultation sur ce point ($p = 0,541$).

Plus des **3/4** des patients présentaient des **facteurs de risques cardiovasculaires** et **1 sur 10** un **antécédent psychiatrique** (*tableau 6*).

Tableau 6 : recueil des données médicales (n=402)

	<i>n (%)</i>
Antécédent d'AVC	47 (11,7)
Antécédent psychiatrique	38 (9,5)
Facteurs de risques cardiovasculaires avant AVC	320 (79,6)
Examens demandés dans le cadre du bilan étiologique réalisés avant la consultation	
en cours de programmation	245 (61,9)
oui	146 (36,9)
non	5 (1,2)

Une évaluation médicamenteuse a été effectuée au moment de la consultation. Le tableau 7 en présente les principaux résultats.

Environ **2/3** des patients ayant présenté un AVC **ischémique**, bénéficiaient d'un traitement préventif secondaire par **antiagrégant** plaquettaire, **antihypertenseur** et **hypolipémiant**, et **1/3** d'un traitement **anticoagulant**.

Concernant les personnes victimes d'un AVC hémorragique, les **2/3** avaient un traitement **antihypertenseur**, **1 personne sur 5** avait un traitement **antiagrégant** plaquettaire, 1/3 des personnes avait un traitement hypolipémiant, 1 personne sur 10 un traitement anticoagulant.

Tableau 7 : analyse médicamenteuse lors de la consultation

	AVC ischémique (n= 355) n(%)	AVC hémorragique (n=47) n(%)
Antiagrégant plaquettaire	236 (66,5)	10 (21,3)
Anticoagulant	121 (34,1)	5 (10,6)
Antihypertenseur	235 (66,2)	29 (61,7)
Hypolipémiant (statine)	232 (65,3)	14 (29,8)
Benzodiazépine et hypnotique	32 (9,1)	8 (17,0)
Antidépresseur	46 (12,9)	5 (10,6)
Neuroleptique	5 (1,4)	1 (2,1)
Antalgiques (palier 1,2,3)	45 (12,7)	6 (12,8)
Antalgique douleurs neuropathiques	17 (4,8)	3 (6,4)
Antiépileptiques	17 (4,8)	4 (8,5)

c. Evaluation clinique du patient

i. *Les plaintes des patients et de l'entourage*

Les **3/4** des patients (75,6%) ont **exprimé une ou plusieurs plaintes** lors de la consultation. La première colonne du tableau 8 en résume les différents types.

La plainte la plus fréquente était la **fatigue et fatigabilité**, présente pour plus de **4 personnes sur 10**. Les plaintes **physiques** étaient ensuite également gênantes pour **1/3** des patients, avec une majorité éprouvant une dextérité fine moindre. Les **plaintes cognitives** concernaient **1/4** des personnes.

Une personne de **l'entourage accompagnait** le patient **une fois sur deux** (44,2%). Parmi l'entourage des patients présent à la consultation (n =178), un peu plus de la **moitié** (n=98) (55,0%) ont rapporté des **difficultés remarquées** chez leur proche.

La deuxième colonne du tableau 9 montre la proportion des plaintes exprimées par l'entourage ayant remarqué quelque chose et les plaintes des patients qui étaient accompagnés de cet entourage.

Parmi l'entourage qui a exprimé des plaintes (n=98), il y avait principalement des remarques faites concernant les difficultés cognitives pour la moitié des personnes, la fatigue et fatigabilité pour 1/3 puis venaient les difficultés de communication et les changements comportementaux pour 1/4 de l'entourage.

Tableau 8 : proportion des différentes plaintes exprimées par le patient et son entourage

	Patients (n = 402) n(%)	Patients évalués avec entourage (n = 98) n(%)	
		<i>Patients</i>	<i>Entourage</i>
Plainte fatigue, fatigabilité	167 (41,5)	49 (50,0)	32 (32,6)
Plaintes physiques	143 (35,6)	38 (38,9)	16 (16,4)
trouble de la dextérité fine	32 (8,0)	9 (9,2)	/
ralentissement moteur	18 (4,5)	10 (10,2)	11 (11,2)
trouble de l'équilibre	22 (5,5)	5 (5,1)	2 (2,1)

déficit moteur	19 (4,7)	4 (4,1)	2 (2,1)
trouble sensitif	19 (4,7)	2 (2,1)	/
difficultés multiples	19 (4,7)	5 (5,1)	1 (1,0)
vertiges	14 (3,5)	3 (3,1)	/
Plainte cognitive	105 (26,1)	36 (36,7)	47 (47,5)
Plainte sur la communication (difficultés phasiques et/ou arthriques)	71 (17,7)	25 (25,5)	26 (26,5)
Plainte douloureuse	66 (16,4)	21 (21,4)	3 (3,1)
Plainte thymique	53 (13,2)	15 (15,3)	18 (18,4)
Plainte du sommeil	35 (8,7)	11 (,)	2 (2,1)
Plainte visuelle	26 (6,5)	8 (8,2)	/
Plainte du comportement	16 (4,0)	8 (8,2)	25 (25,5)
Plainte vésico-sphinctérienne	9 (2,2)	4 (4,1)	9 (9,2)
trouble érectile	6 (1,5)	3 (3,1)	9 (9,2)
trouble vésico-sphinctérien	3 (0,7)	1(1,0)	
Plainte sensorielle	5 (1,2)	1(1,0)	/
phono-phobie	4 (1,0)	/	
trouble olfactif	1 (0,2)	1 (1,0)	
Plainte de trouble de déglutition	3 (0,7)	1(1,0)	4 (4,1)

Il y avait une corrélation significative entre les l'existence de chaque plainte chez les aidants et l'entourage concernant les plaintes **cognitives** ($r = 0,51$; $p < 10^{-3}$) et les plaintes de **communication** ($r = 0,68$; $p < 10^{-3}$). Une corrélation significative plus faible existait pour les plaintes de sommeil ($r = 0,40$; $p < 10^{-3}$), les plaintes douloureuses ($r = 0,33$; $p = 0,01$), les plaintes de comportement ($r = 0,27$; $p = 0,08$) et les plaintes thymiques ($r = 0,22$; $p = 0,03$). Il n'y avait pas de corrélation significative pour les plaintes physiques ($r = 0,19$; $p = 0,06$).

ii. *L'examen clinique*

Le tableau 9 retrace les évaluations cliniques effectuées (n=402).

Les déficiences les plus fréquemment retrouvées cliniquement étaient :

- la **fatigue et fatigabilité** chez plus de la **moitié** des patients.
- les **troubles psychologiques** chez **un tiers** des personnes, avec un **impact** quotidien notable par les patients atteints, chez plus des 3/4 des personnes (n=102).
- Une **douleur** était présente chez plus d'**un quart** des patients.
1/4 des patients douloureux jugeaient leur douleur contrôlée (25%), un peu moins de la moitié ne toléraient pas cette nouvelle douleur (42,7%), 1/4 des patients présentaient déjà avant l'AVC une douleur identique (26,8%), 5,5 des patients avait déjà cette douleur avant :'AVC mais celle-ci c'était majoré depuis la survenue de l'AVC.
- les **troubles du sommeil** existaient chez moins d'1 personne sur 5. Les troubles du sommeil ne s'étaient pas améliorés depuis la survenue de l'AVC dans 3/4 des cas, 15% s'étaient partiellement améliorés. Il y avait 10% de notre échantillon qui présentaient déjà ces troubles avant l'AVC.
- les **modifications comportementales** étaient retrouvées chez plus d'1 patient sur 6, avec un impact rapporté sur leur **vie quotidienne** dans un **cas sur deux**. Ces changements étaient **persistants** jusqu'à la consultation dans pour plus de 8 personnes sur 10 (84%), ou avaient présenté une amélioration partielle ou une régression avant la survenue de la consultation d'évaluation dans 16% des cas.

Tableau 9 : proportion des déficiences retrouvées lors de l'examen clinique (n=402)

	n (%)
Evaluation fatigue, fatigabilité	206 (51,2)
post-AVC persistante	170 (42,2)
post-AVC amélioration partielle	25 (6,2)
post-AVC récupérée	6 (1,5)

avant AVC accentué	3 (0,8)
avant AVC non modifié	2 (0,5)
Troubles psychologiques	132 (32,9)
anxiété	69 (17,2)
dépression	29 (7,2)
anxio-dépression	34 (8,5)
<i>HADs anxiété (moy ±ET)</i> (n=59)	8,4 ± 4,3
<i>HADs dépression (moy ±ET)</i> (n=59)	7,7 ± 13,0
Douleurs	105 (26,1)
Mécaniques	42 (10,4)
Céphalées	28 (7,0)
neuropathiques	21 (5,2)
mécaniques + neuropathiques	6 (1,5)
Inflammatoire	1 (0,2)
Mixtes	7 (1,7)
Troubles physiques	97 (24,1)
Déficit moteur	39 (9,7)
Modéré	38 (9,5)
sévère	1 (0,2)
Spasticité gênante (modérée)	8 (2,0)
Trouble sensitif	50 (12,4)
Modéré	47 (12,2)
sévère	3 (0,2)
Troubles du sommeil	75 (18,9)
post-AVC persistant	55 (13,8)
post-AVC amélioration partielle	11 (2,8)
avant AVC non modifié	8 (2,0)
avant AVC accentué	1 (0,3)
Modifications comportementales	67 (16,7)
irritabilité	58 (14,5)
apathie	6 (1,5)
déshinibition	3 (0,7)
Trouble phasique	50 (12,4)
modéré	49 (12,2)
sévère	1 (0,2)
Trouble visuel (HLH/QLH)	25 (6,3)
modéré	22 (5,5)
sévère	3 (0,8)
Trouble vésico-sphinctérien	14 (3,3)

Trouble de l'élimination urinaire :	5 (1,2)
modéré	4 (1,0)
sévère	1 (0,2)
Trouble de l'élimination fécale (sévère)	1 (0,2)
Trouble de la sexualité	8 (1,9)
modéré	5 (1,2)
sévère	3 (0,7)
Trouble de déglutition	9 (2,2)
modéré	8 (2,0)
sévère	1 (0,2)
Négligence Spatiale Unilatérale	8 (2,1)
modérée	7 (1,8)
sévère	1 (0,3)
Evaluation cognitive	
MoCA (moyenne \pm ET)	
(n= 113)	28 \pm 12,3

d. Evaluation de l'autonomie

i. Evaluation globale

La moyenne du score de Rankin était la même entre le moment de la sortie et lors de la consultation ($1,3 \pm 0,9$ vs $1,3 \pm 1,1$; $p = 0,102$).

Il n'y avait pas de différence significative entre le score de Rankin pré-AVC et au sortir de MCO entre les patients venus et non venus ($p = 0,383$).

L'utilisation **d'aides techniques** au domicile au moment de la consultation concernait **7,5%** des patients ($n=30$). La figure 7 reprend les différentes aides techniques de ces patients.

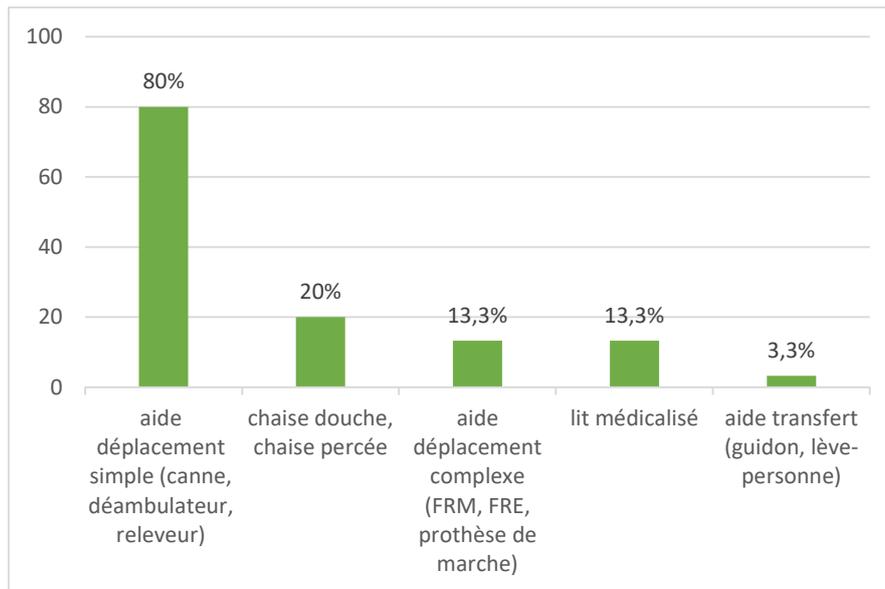


Figure 7 : aides techniques présentes au domicile (n=30)

ii. *Evaluation de l'autonomie pour les AVQ élémentaires*

Le score de **Barthel**, était en moyenne à **98,8/100 ±5,0**.

Le résumé du contenu de consultation d'évaluation pluri-professionnel post-AVC évaluait certains aspects plus spécifiquement, repris par le tableau 10.

Tableau 10 : Proportion de patients présentant des difficultés pour la réalisation des actes élémentaires de la vie quotidienne (n=402)

	n (%)
Se lever seul : avec aides	3 (0,7)
Risque de chute	36 (9,0)
Transfert réalisé seul : avec aides techniques	3 (0,7)
Marcher seul en intérieur : avec aides techniques	13 (3,2)
Marcher seul en extérieur	
avec aides	26 (6,5)
impossible	2 (0,5)
Utiliser transports seul	
non réalisé	22 (5,5)

avec aides	1 (0,2)
Déplacement seul en FRM possible	4 (1,0)
Se laver seul : non réalisable	6 (1,5)
Utiliser les WC : avec aide	4(1,0)
Manger un plat préparé : avec aide	2 (0,5)
Incontinence urinaire ou fécale	6 (1,5)
Trouble de la communication	3 (0,7)
Communiquer avec ses proches difficilement	2 (0,5)
Communiquer avec extérieur difficilement	1 (0,2)

iii. *Evaluation de l'autonomie pour les AVQ élaborées*

Près **d'1/4** des patients rapportaient la nécessité d'une **aide humaine** pour la réalisation des activités élaborées de la vie quotidienne (22,4%) (n = 90).

Parmi ces patients nécessitant une aide, les **principaux aidants** étaient représentés pour la **moitié** par les **époux/épouses**, un peu **moins d'1/4** recouraient à une **aide humaine payante** (figure 8).

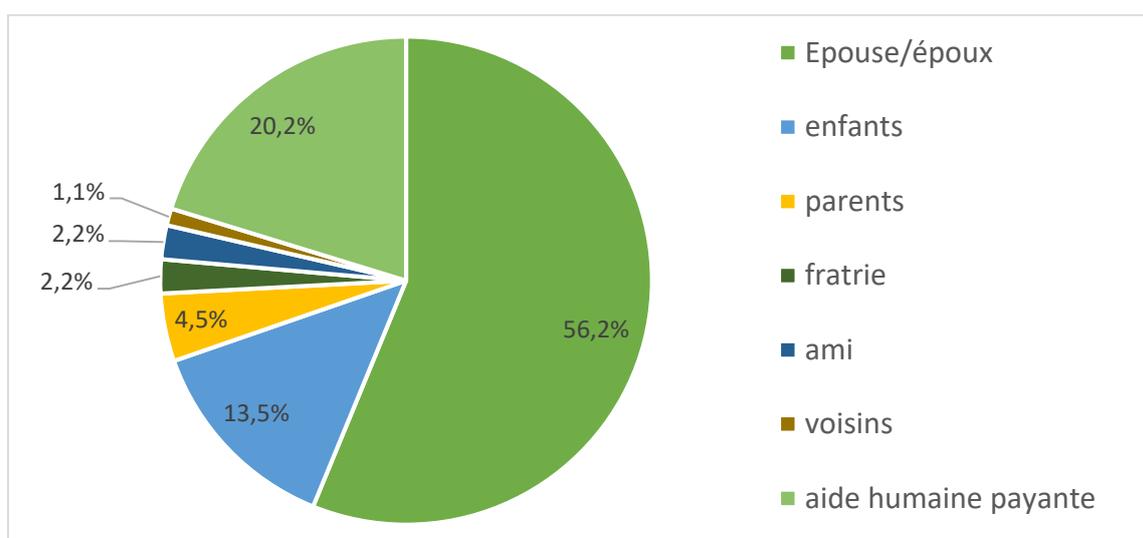


Figure 8 : répartition des différents aidants (n=90)

20% nécessitaient une **aide** pour la **préparation des repas** et environ **1/3** avaient besoin **d'aide** pour la réalisation des **courses** (figures 9 et 10).

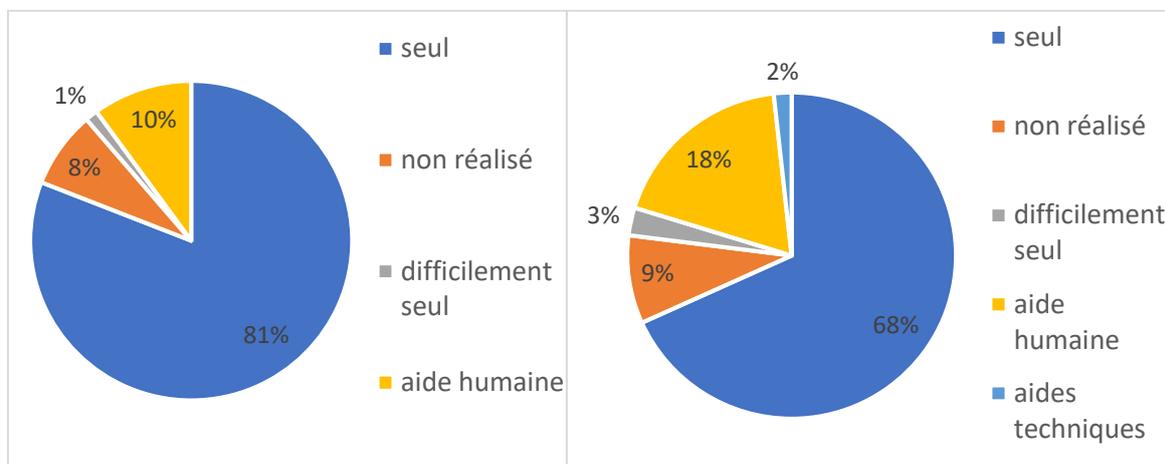


Figure 9 : répartition de l'autonomie sur la préparation d'un **repas** (n=402)

Figure 10 : répartition de l'autonomie sur la réalisation des **courses** (n=402)

La **gestion de l'administratif** était aidée ou supervisée dans près **d'un cas sur 5**, tout comme la **gestion des plannings** (figures 11 et 12).

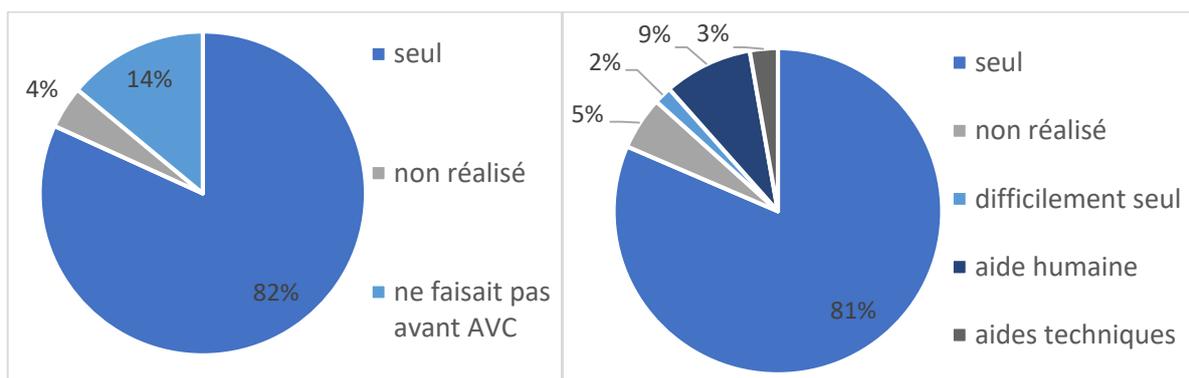


Figure 11 : répartition de l'autonomie sur la gestion de l'**administratif** (n= 402)

Figure 12 : répartition de l'autonomie sur la gestion des **plannings** (n=402)

Environ 1/3 des patients présentait une dépendance pour la gestion du domicile, et **1/4** ne **pratiquaient pas** ou avec aide le **bricolage** (figures 13 et 14).

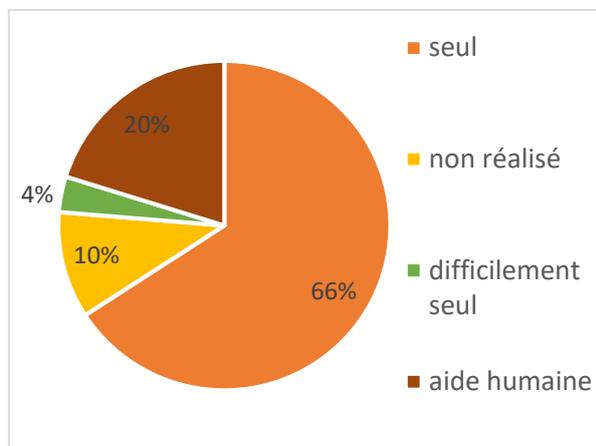


Figure 13 : répartition de l'autonomie sur la **gestion du domicile** (n=402)

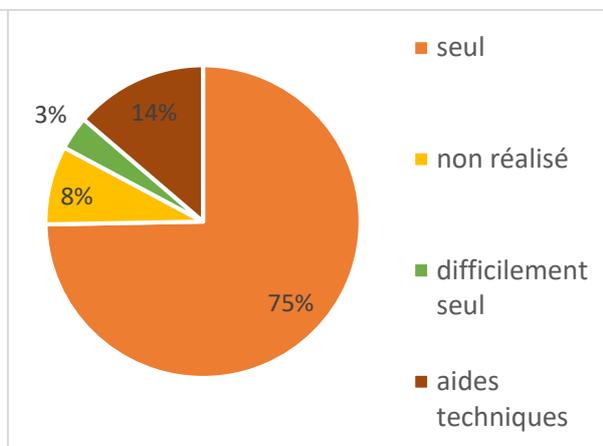


Figure 14 : répartition de l'autonomie sur la réalisation de **bricolage** (n=344)

La plupart des patients étaient autonome sur la gestion de leur traitement, 7% nécessitaient une aide (figure 15).

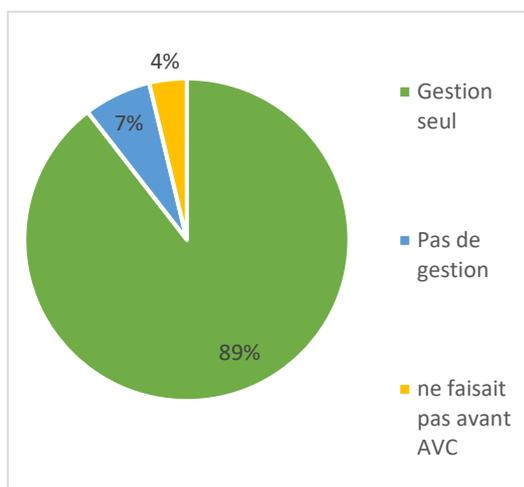


Figure 15 : répartition de l'autonomie sur la gestion du **traitement** (n=402)

e. Evaluation de la participation aux activités

i. *Loisirs*

Parmi tous les patients, 273 personnes (68%) ont décrit avoir des loisirs avant la survenue de l'AVC avec une information disponible dans les courriers ; presque **1 personne sur 5** (18%) n'avaient pas **repris** leur loisir lors de la consultation d'évaluation pluridisciplinaire.

ii. *Statut professionnel*

La figure 16 indique les différentes catégories socioprofessionnelles de la population. Parmi les personnes exerçant une profession au moment de l'AVC (n=237), 99 % ont bénéficié d'un arrêt de travail. La **durée moyenne** de l'**arrêt de travail** était de **2,1±7,4 mois** (connue pour n = 45 personnes). Un peu **plus de la moitié** (57%) des personnes ayant bénéficiées d'un arrêt de travail n'**avaient pas repris** leur profession au moment de la consultation.

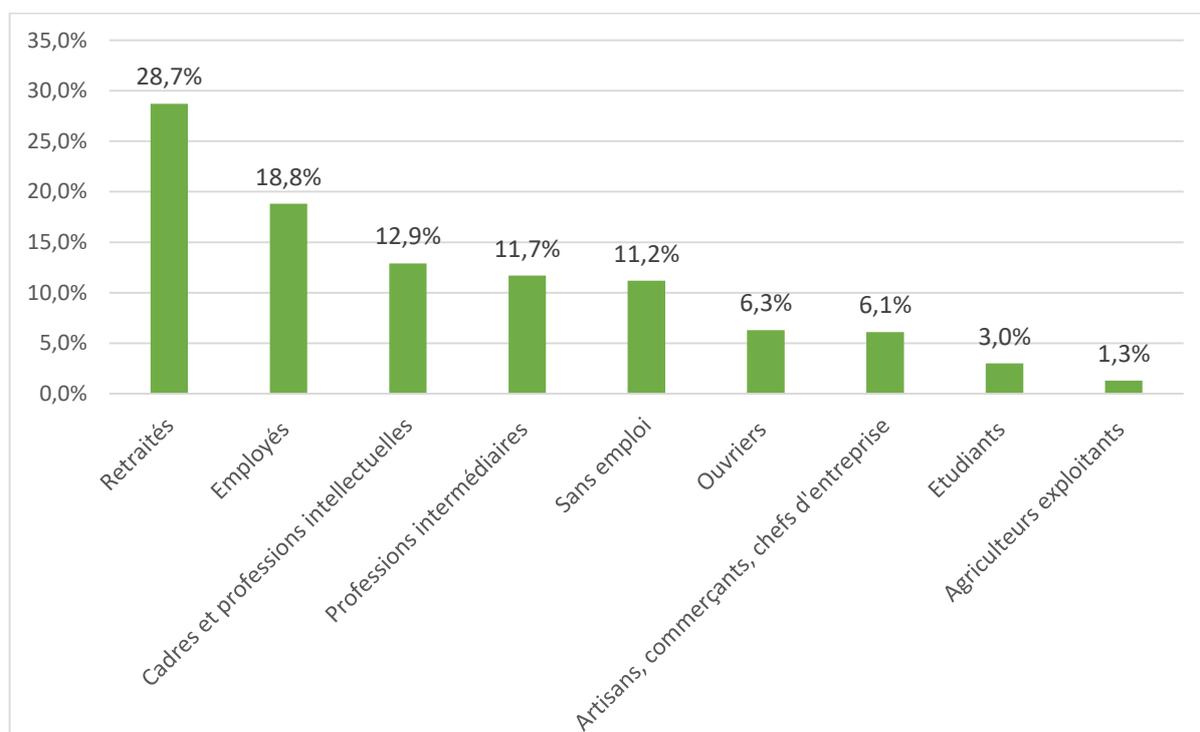


Figure 16 : répartition des catégories socioprofessionnelles

L'évaluation consultative de la possibilité de reprise professionnelle à l'issue de la consultation est reprise par la figure 17. Environ 1 personne sur 6 **envisageait de reprendre leur activité** professionnelle. Plus **d'1/3** devaient **réévaluer leur projet** professionnel plus à distance de la consultation. 10 personnes n'envisageaient pas de reprise dans les suites de l'AVC.

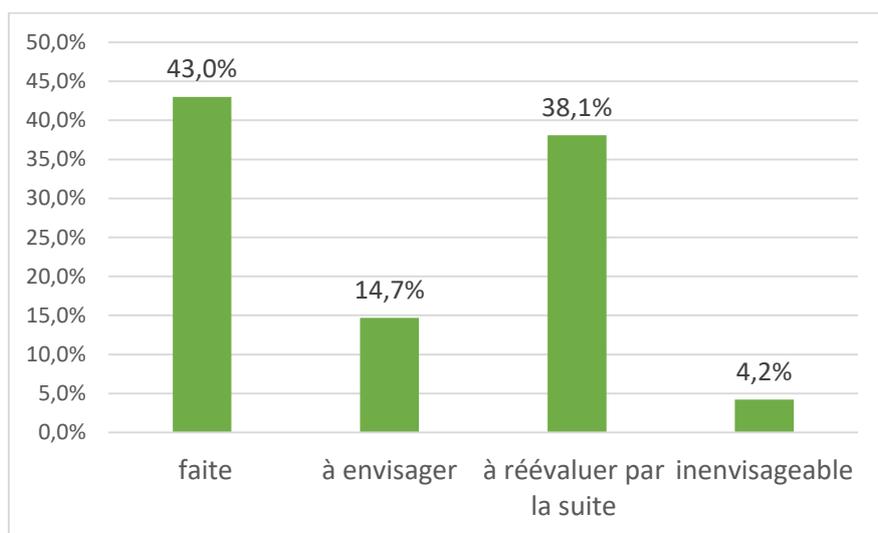


Figure 17 : répartition du statut de la reprise professionnelle envisagée (n=237)

iii. Mobilité

Plus de **9 personnes sur 10 conduisaient** un véhicule **avant l'AVC** (n=348). Les **2/3** (62%) des conducteurs avaient **repris la conduite** au moment de la consultation d'évaluation pluridisciplinaire (n=213). Parmi ces personnes, **5%** avaient éprouvé des **difficultés lors de la conduite**.

60% des conducteurs avaient été informés avant la consultation d'évaluation pluridisciplinaire des démarches légales à effectuer concernant la reprise de la conduite (information écrite tracée dans leur courrier de sortie de MCO). **Un** conducteur sur **cinq** (21%) avait déjà effectué les démarches de **revalidation** du

permis au moment de la consultation. Il y avait donc 41% des personnes qui conduisaient sans être passées devant un médecin agréé.

Au décours de la consultation d'évaluation pluridisciplinaire, il semblait nécessaire pour près **d'un tiers des patients**, d'effectuer des **évaluations de conduite en situation** (figure 18). Il existait une **contre-indication** évidente à la conduite chez 12% des patients **ou** une **conduite déconseillée** chez 16%.

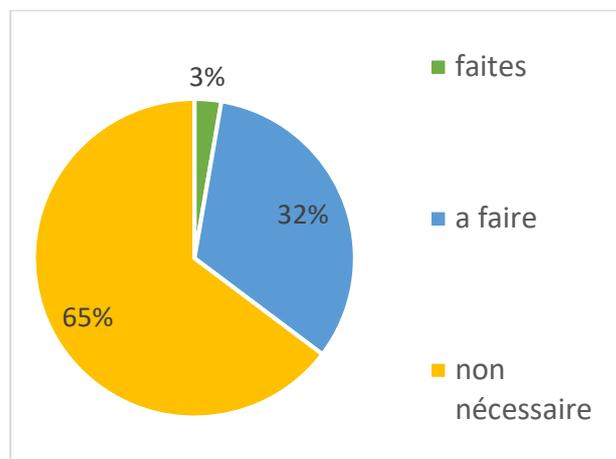


Figure 18 : nécessité d'une évaluation de conduite

f. Auto-évaluation de la qualité de vie et de l'état de santé

Deux échelles ont été utilisées pour évaluer la qualité de vie et l'état de santé des patients au cours de la consultation dont les résultats principaux sont décrits dans le tableau 11. Le niveau de la qualité de vie et de l'état de santé apparaissait relativement élevé. On notera une norme Française de l'EUROQOL 5D à 0,872.

Tableau 11 : évaluation de la qualité de vie et de l'état de santé des patients

	Moyenne	Ecart Type
EVA état de santé (n = 136) /100	70,2	18,8
EUROQOL 5D (n=221) index /1	0,857	0,184
EVA qualité de vie (n=129) /100	76,5	19,2

g. Evaluation de la prise en charge rééducative en sortie de MCO

Près de la **moitié** des personnes (n=208), ont bénéficié d'une **rééducation libérale** après la phase aiguë d'hospitalisation. La figure 19 montre les différentes rééducations préconisées au sortir de MCO chez l'ensemble de notre population (autres libéraux comprenant : orthoptie, sophrologie, ostéopathie).

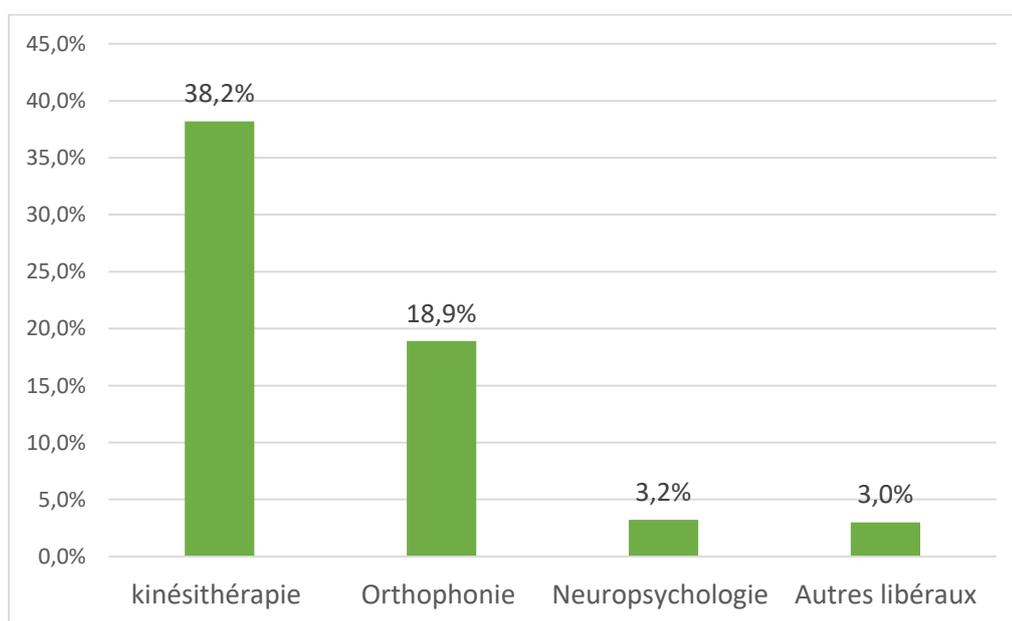


Figure 19 : proportion de prescriptions de rééducation libérale en sortie de MCO (n=402)

4. Prise en charge et suivi proposés

a. Sur le plan médical

i. *Evaluation médicamenteuse*

La prise médicamenteuse a été réévaluée, et des **changements de thérapeutiques** ont été recommandés chez **6,2%** des patients en post-AVC concernant leur traitement préventif de récurrence ou de complication (*tableau 12*).

Tableau 12 : modifications apportées aux différentes classes thérapeutiques (n=402)

Traitements	n (%)
Antiagrégant plaquettaire	10 (2,5)
Antihypertenseur	5 (1,2)
Anticoagulant	2 (0,5)
Hypolipémiant (statine)	6 (1,5)
Benzodiazépine	7 (1,7)
Hypnotiques	11 (2,7)
Antidépresseur	21 (5,2)
Neuroleptique	2 (0,5)
Antalgique (palier 1, 2, 3)	7 (1,7)
Antalgique douleurs neuropathiques	14 (3,5)
Antiépileptique	3 (0,7)

ii. *Suivi médical spécialisé*

La proportion du suivi par les différents spécialistes est présentée par le tableau

13. Plus d'un tiers devaient revoir leur cardiologue.

Tableau 13 : proportion du suivi nécessaire par les différents spécialistes (n=402)

Spécialistes	n(%)
Cardiologue	155 (38,7)
Ophthalmologue	72 (17,9)
Endocrinologue	12 (3,0)
Pneumologue	10 (2,4)
psychiatre	9 (2,2)
Urologue	6 (1,5)
ORL	4 (1,0)
Nutritionniste	3 (0,7)
Néphrologue	3 (0,7)
Hématologue	3 (0,7)
Médecin de la douleur	2 (0,5)
Gériatre	2 (0,5)
Rhumatologue	1 (0,2)
Gastro-entérologue	1 (0,2)
Généticien	1 (0,2)

15% des patients ont nécessité une **réorganisation des examens complémentaires**, préconisés en sortie de MCO non réalisés ni programmés à la date de la consultation.

Une **recherche de syndrome d'apnée du sommeil** a été proposée pour **15,7%** des personnes victimes d'un AVC, à la demande du médecin MPR ou relancée par le médecin MPR suite à la préconisation du neurologue.

20% des patients nécessitaient un **soutien psychologique** avec proposition d'un suivi par un psychiatre ou psychologue. Sur les 178 accompagnants, 2 ont nécessité une orientation vers un soutien psychologique (1%).

Des soins infirmiers avec passage d'une **IDE** étaient nécessaires pour 9 patients (**2,2%**).

b. Sur le plan rééducatif

i. *Aides techniques*

2 personnes ont bénéficié d'une nouvelle prescription d'aide technique pour les déplacements et 3 personnes ont bénéficié d'une prescription avec recommandation d'installation de barres d'appui ou téléalarme.

ii. *Suivi préconisé*

Concernant la prise en charge proposée, 40% des personnes ont été orienté vers une prise en charge d'expertise ou de suivi MPR. La figure 20 représente le type de suivi ou prise en charge rééducative qui a été proposé pour l'ensemble de notre population (n=402).

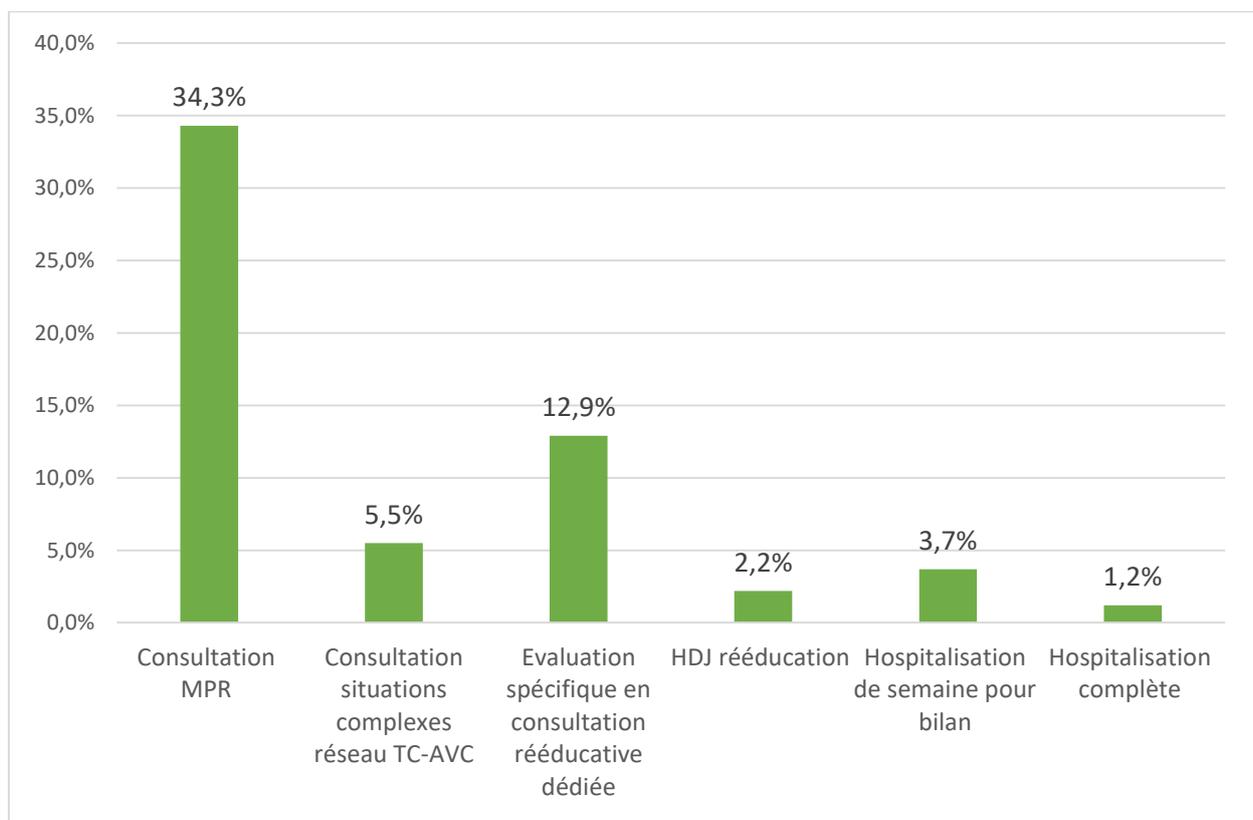


Figure 20 : Proportion des différentes prises en charge rééducative et suivi (n=402)

Un peu plus **d'une personne sur dix** a bénéficié **d'un bilan rééducatif d'évaluation spécifique dédié**. Parmi ces évaluations, plus des 3/4 étaient un bilan neuropsychologique, et plus d'un tiers une évaluation des capacités à la conduite automobile (*figure 21*).

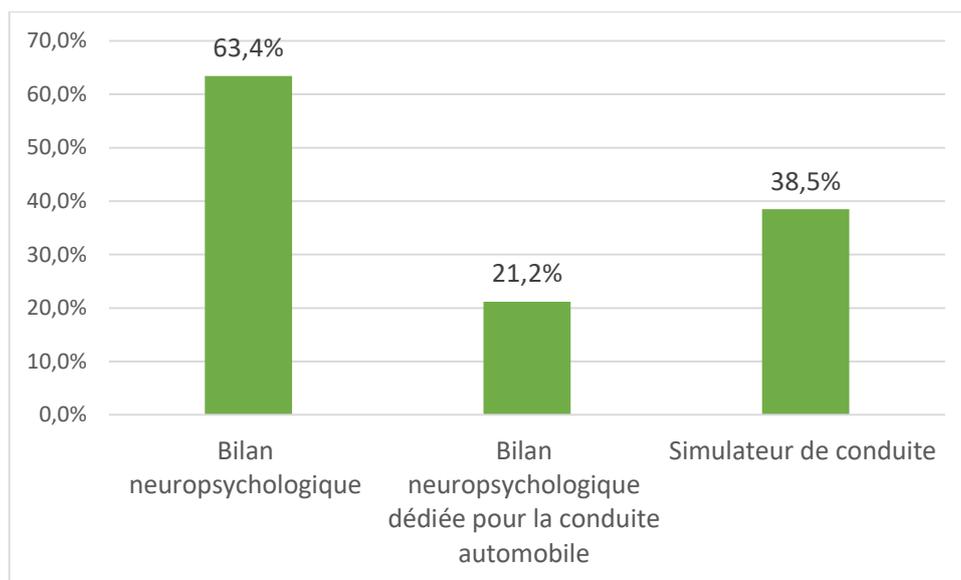


Figure 21 : répartition des différents types de bilans rééducatifs d'évaluation spécifique (n=50)

Une préconisation de kinésithérapie libérale a été faite pour environ 4 personnes sur 10, d'orthophonie pour 3 personnes sur 10.

La figure 22 récapitule les **différentes prescriptions de rééducation libérale** qui ont été effectuées parmi tous les patients victimes d'un AVC. Pour la kinésithérapie, il y a eu autant d'arrêts que de nouvelles prescriptions à raison d'1 personne sur 10, environ 1/3 des personnes étaient invitées à poursuivre leur kinésithérapie déjà débutée. Un peu plus d'une personne sur 10 s'est vue nouvellement prescrire de l'orthophonie.

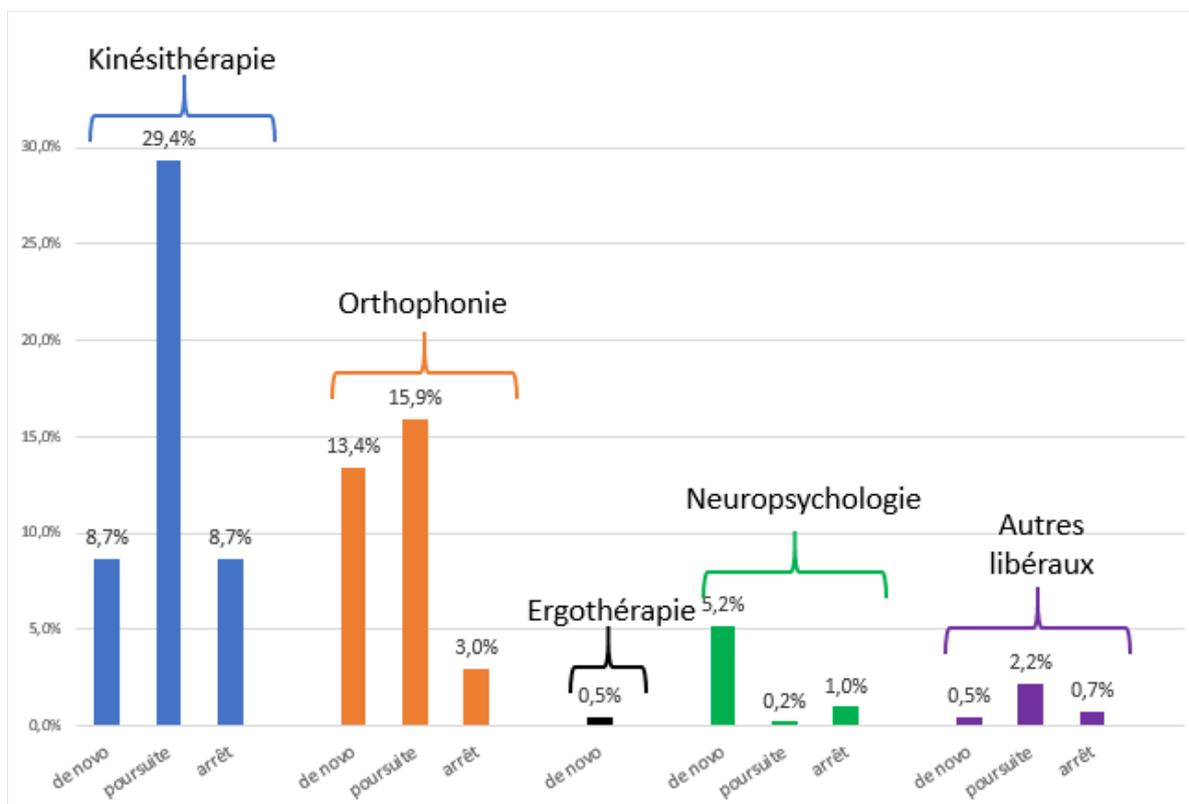


Figure 22 : proportion des prescriptions de rééducation libérale effectuées (n=402)

c. Sur le plan socio-professionnel :

i. Démarches sociales

Il y avait **12,2%** des patients concernés pour la **réalisation de démarches** administratives reprises dans la figure 23 dans le détail (n=49). La majorité des démarches étaient déjà entamées, elles étaient **adaptées** pour plus de la **moitié** des personnes concernées (55%) et **à initier pour 1/3** des personnes (37%). 8% des démarches ont nécessité une réadaptation.

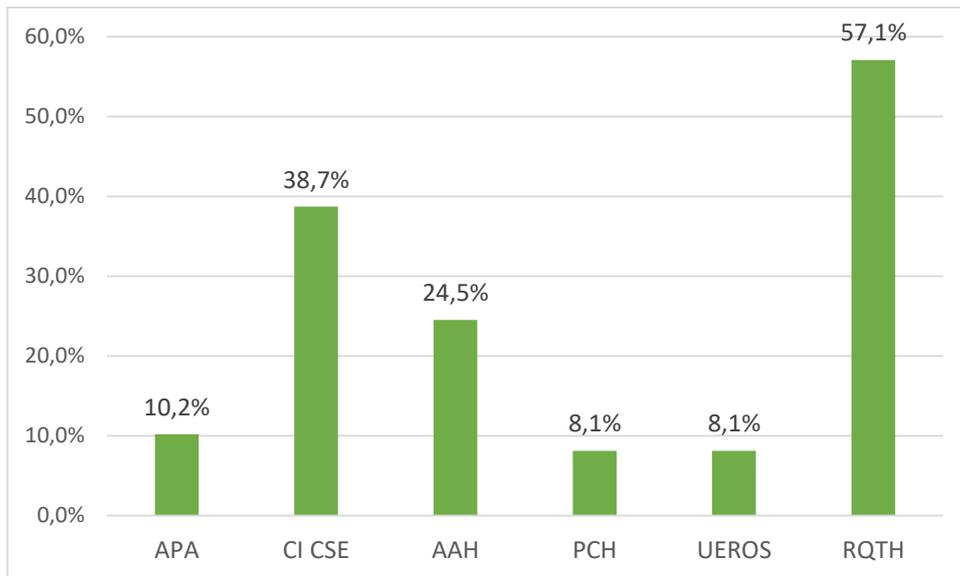


Figure 23 : proportion des aides sociales demandées (n=49)

ii. *Professionnel*

Parmi les patients travaillant avant l'AVC (n=237), **1,6%** ont été orientés vers une **UEROS** à l'issu de la consultation. **11,7%** relevaient d'une **RQTH** auprès de la MDPH. L'orientation vers la **médecine du travail** a été préconisée pour 87 (**37%**) personnes.

IV. DISCUSSION

Ce travail avait pour objectifs d'évaluer les problématiques rencontrées par les patients et leur entourage et d'évaluer les propositions d'orientation effectuées selon ces problématiques. La population concernée était celle des actifs ou retraités actifs n'ayant pas bénéficié d'une prise en charge en unité de rééducation après leur prise en charge en neurologie.

1. Caractéristiques sociodémographiques

Concernant les données sociodémographiques, notre population étudiée avait une moyenne d'âge de 55 ans, soit une vingtaine d'années de moins que la moyenne d'âge des AVC toute gravité confondue, estimée à 73 ans en France (6). Cela est lié à nos critères d'inclusion, d'autres études avaient déjà retrouvé une tendance à la majoration des AVC chez les moins de 75 ans (6).

Plus de 11% des patients avaient déjà présenté au cours de leur vie un AVC, corroborant le risque majeur bien connu de récurrence. Amarenco et al. ont retrouvé un taux de récurrence des AVC légers ou AIT à 5 ans à 9,5% (45).

Il y avait une majorité d'hommes (61%) ce qui pourrait s'expliquer par un taux d'incidence d'AVC chez la femme plus faible chez les moins de 75 ans comparé aux hommes (46) ; les femmes restent moins bien prise en charge, en partie liée au fait d'une annonce plus tardive des symptômes, ce qui augmente leur risque de faire un AVC plus étendu et l'impossibilité d'un traitement aigu suite à un délai augmenté (47).

Un peu plus d'1 patient sur 10 ne s'est pas présenté en consultation d'évaluation pluridisciplinaire sans prévenir. Une sous-estimation de ce résultat reste possible. Les patients n'ayant pas souhaité se présenter à la consultation et ayant prévenu le secrétariat n'ont pas été inclus. On pourrait expliquer la non venue en consultation par une absence de perception de besoin chez des patients ayant une récupération qui leur semble complète, et par le fait que les patients soient invités à rencontrer une équipe où ils n'ont jamais été pris en charge.

Ces patients ne différaient pas sur la présence d'antécédent d'AVC, ni sur l'âge, le sexe, le type d'AVC, le NIHSS d'entrée. Seul le score NIHSS de sortie de MCO différait significativement, mais pour autant la moyenne du score NIHSS étant de 0,9 chez les

venus contre 1,4 pour les patients non venus, ne permettant pas d'en extraire un paramètre distinctif en sortie de MCO comme potentiellement à risque de rupture de parcours de soins. Nous ne pouvons donc mettre en évidence de critères socio-démographiques ou médicaux spécifiques permettant d'identifier les personnes qui présenteront une rupture de parcours potentielle ou qui ne bénéficieront pas d'une évaluation du retentissement de l'AVC sur leur autonomie.

2. Définition de l'AVC

Au terme de notre étude, il apparaît que **l'absence de définition consensuelle de l'AVC léger** est lourde de conséquence pour la personne qui en est atteinte tout au long de son parcours, ainsi que pour son entourage.

En effet, l'absence de reconnaissance des déficiences spécifiques de l'AVC léger et/ou de leur non considération à l'identique aux populations atteintes d'un AVC grave, engendrera un retentissement important dès la sortie hospitalière et à distance.

Dans notre étude, nous avons choisi d'utiliser une **définition qualitative** car il nous semblait que plusieurs patients ne répondaient pas aux critères quantitatifs de la définition d'un AVC léger retrouvés dans la littérature, même si l'on retenait les scores les moins favorables (scores NIHSS > 6, ou scores de Rankin \geq 3). Pour autant, ces personnes étaient sorties directement au domicile et nous étaient adressées en consultation d'évaluation. Elles semblaient qualitativement « légères » selon la lecture du courrier adresseur. La courte durée d'hospitalisation, à laquelle s'ajoute la priorité d'un traitement et d'un bilan étiologique, ne permet pas de mettre en évidence toutes les potentielles difficultés auxquelles seront confrontées les personnes atteintes d'un AVC léger. D'autant plus que ce temps d'évaluation reste expérimental au sein des

murs hospitaliers avec, pour une grande partie des troubles, une expression uniquement en conditions environnementales. Ce temps ne permet pas non plus d'analyser la charge mentale, physique ou cognitive que représente la réalisation des activités de la vie quotidienne en situation réelle.

Pour ces raisons, l'évaluation pluridisciplinaire des patients à distance de leur sortie hospitalière reste pertinente, bien qu'une discussion sur le délai pourrait avoir lieu, afin de répondre de manière précoce aux questionnements et problématiques des patients et de leur entourage.

3. Caractéristiques de la phase aigue

La répartition des AVC ischémiques, hémorragiques étaient sensiblement comparables aux données de la littérature (5).

L'étiologie retrouvée était majoritairement cardio-embolique avec une proportion retrouvée à 45%, ce qui est légèrement plus élevée que dans la littérature, globalement estimées à 30% pour les AVC, toute gravité confondue (48). Notons qu'1/3 des étiologies retenues au moment de la consultation restaient suspectées mais non prouvées, pouvant surestimer ce chiffre. Une autre explication pourrait se trouver dans l'âge de notre population, qui, étant plus jeune que l'âge moyen de l'AVC, ne présente pas les mêmes facteurs de risque cardiovasculaires ou impact de ces facteurs de risque sur les vaisseaux à ce stade. Enfin, il faut considérer que plus des 3/4 des patients étaient orientés par un service de neurologie. On remarque en effet que la majorité des patients nous étaient adressés par le service de neurologie vasculaire, puis par les autres services de neurologie, mais très peu par les services de neurochirurgie (3,2% des AVC). Il semble donc qu'une large majorité d'AVC

hémorragique échappe à notre cohorte et donc au suivi MPR (en particulier les hémorragies sous-arachnoïdiennes).

23% des patients ayant présenté un AVC ischémique ont bénéficié d'une thrombolyse. L'HAS en 2017 lors d'une évaluation sur le plan de prise en charge initiale retrouvait un taux de thrombolyse de 17%, quel que soit la gravité de l'AVC (49).

La durée moyenne du séjour en MCO était de 9,3 jours ($\pm 8,7j$) ce qui reste cohérent avec la DMS en neurologie vasculaire (neurologie B) estimée via PMSI pilot en 2018 à 9 jours, et avec la DMS liée à la survenue d'un AVC toute gravité confondue en France qui est entre 10 et 12 jours (50,51).

4. Problématiques du handicap

Bien que ciblant majoritairement une population ayant présentée un AVC léger, les 3/4 des patients exprimaient au moins une plainte depuis la survenue de l'AVC. Parmi ces plaintes, la 2ème en fréquence concernait les difficultés physiques, présentes chez un tiers des personnes et en particulier les troubles de motricité fine et les troubles de l'équilibre. Cliniquement, un déficit moteur léger à modéré était retrouvé chez plus d'un patient sur dix, et à risque de chute à la même fréquence. Une aide pour la marche en intérieur ou extérieur était nécessaire pour 9,2% des patients. Bien que la moyenne d'âge soit plutôt jeune, il est à noter un écart type à +/- 15ans, laissant apparaitre une proportion de personnes plus âgées, présentant, outre leur AVC, des troubles musculo-squelettiques associés, une condition physique plus faible, une fatigabilité pouvant être plus marquée et une récupération post-AVC souvent plus complexe.

La **fatigue et fatigabilité** était la plainte la plus fréquente exprimée par 41% des patients. Ces résultats sont confirmés par d'autres études qui retrouvent également une prévalence de fatigue, parmi les personnes ayant présentées un AVC léger, entre 34 et 53% (20). Notons que la constatation clinique d'une fatigue et/ou fatigabilité était présente chez plus de la moitié de nos patients. Cela sous-tend que, bien qu'étant la plainte la plus fréquemment rapportée, elle nécessite une recherche spécifique systématique. Rappelons qu'il n'existe pas d'échelles spécifiques pour l'évaluation de la fatigue chez les patients ayant présentés un AVC. Un approfondissement de la recherche sur cette plainte, et son évaluation, reste nécessaire à poursuivre.

Les **troubles du sommeil** étaient également fréquents, moins notés par l'entourage. L'interrogatoire retrouvait une fois encore une proportion plus importante comparativement à la plainte. Il y avait 4,5% des patients sous hypnotiques. Un dépistage du syndrome d'apnée du sommeil a été proposé pour 15,7% des patients. Ce dépistage tend à être plus fréquent dans les dernières années de l'étude pour cette problématique qui peut être cause ou conséquence d'un AVC, qui favorise la fatigue, le risque d'une récurrence et la majoration des difficultés cognitives (52).

La troisième plainte la plus fréquente concernait les **difficultés cognitives** telles les troubles de mémoire, concentration, attention et ralentissement. Elle était retrouvée pour 1/4 des patients ayant soufferts d'un AVC léger, montrant l'importance de cette problématique. Lors de la comparaison entre les plaintes des patients et les plaintes de l'entourage, il y avait une tendance à une sous-estimation de la problématique par les patients, pouvant être due à une part d'anosognosie ? La variation de détection des troubles cognitifs dans la littérature est due à l'hétérogénéité des critères et

instruments diagnostiques des troubles cognitifs (environ 66% des patients n'avaient pas le résultat des tests de dépistage des troubles cognitifs dans la moyenne dans l'étude de Vlachos et al.) (19). Au cours de la consultation, assez peu de tests de dépistage des troubles cognitifs ont été effectués (MoCA), possiblement sur un manque de temps dédié, mais surtout, sur la réflexion que toute plainte survenant chez ce type de population, quand bien même le test de dépistage serait négatif, nécessite de s'y intéresser plus profondément, aboutissant à une orientation vers un bilan neuropsychologique par un neuropsychologue ou orthophoniste, un bilan hospitalier ou une consultation auprès du réseau TC-AVC Hauts de France.

Les **troubles thymiques** et les « **comportements problèmes** » étaient des plaintes respectivement exprimées chez 13,2% et 4% des personnes à 4 mois et demi de la survenue de l'AVC. Ces difficultés étaient souvent rapportées parmi l'entourage qui l'avait noté pour 18% et 25% des personnes respectivement. Cela s'explique par une conscience parfois altérée de la perception de ces troubles chez le patient, la difficulté d'aborder spontanément cette problématique lors d'une première consultation et par l'impact de ces troubles plus important sur l'entourage.

L'examen clinique retrouvait quant à lui des troubles thymiques beaucoup plus fréquemment (1/3 de la population) une fois encore, avec une anxiété pour 17,2% des personnes, une dépression pour 15,7% et une association des 2 pour 8,5% de la population. La littérature retrouve des proportions similaires au résultat clinique de notre étude avec une anxiété pouvant aller à 1 an de 20% à 47% (15), la dépression aller de 12% jusqu'à 39% à un an (14). Les troubles thymiques post-AVC sont plurifactoriels avec des facteurs biologiques, comportementaux et sociaux. Les principaux facteurs de risque de dépression post-AVC (toutes gravités confondues)

sont la sévérité du handicap, la sévérité de l'AVC, un antécédent de dépression et l'existence de troubles cognitifs, des stratégies de coping non adaptées (53,54). Dans l'AVC léger, le caractère parfois peu visible des difficultés peut favoriser leur développement par l'incompréhension engendrée chez le patient.

Le dépistage de ces pathologies n'a pas été fait systématiquement à l'aide du questionnaire HADs lorsque la symptomatologie était franche. Il a par contre été réalisé pour des symptomatologies douteuses afin d'orienter le diagnostic.

En ce qui concerne les modifications comportementales, celles-ci étaient majoritairement par excès avec une irritabilité présente chez plus de 14,5% des personnes. L'apathie ne représentait qu'1,5% des personnes. Dans la littérature, une irritabilité pouvait être ressentie par 22% des patients après un AVC léger (20).

Des adaptations de traitements ont été effectuées au niveau des anxiolytiques, antidépresseurs ou neuroleptiques pour 7,5% des personnes. Ce chiffre reste sous-estimé car certains médecins n'ont pas modifié les prescriptions en sortie de consultation. Ils ont recommandé au patient de se rapprocher de leur médecin traitant afin de réévaluer la nécessité d'un traitement à visée thymique ou comportementale, actant la présence d'une problématique dont la prise en charge devait rester multidisciplinaire et centralisée par le médecin de premier recours. De fait, ces préconisations n'ont pas été comptabilisées comme une modification directe des thérapeutiques dans notre étude. La thérapeutique médicamenteuse n'étant à elle seule pas suffisante, 20% des patients se sont vus proposés une orientation vers un CMP, un psychologue ou un psychiatre.

Des **difficultés de communication** ont été rapportées par 17,7% des patients avec une aphasie modérée ou une dysarthrie. 1/4 de l'entourage présent avec des

plaintes, avait également rapporté cette problématique. Cliniquement, parmi tous les patients, il a été retrouvé des troubles de la communication chez 12,4 % des patients. Cela s'explique par la présence de troubles fins, non perceptibles sur une conversation de consultation dans un environnement stérile (sans bruit extérieur, sans émotionnalité...) sur un temps de consultation limité. Seul 1% des patients éprouvaient une difficulté importante à communiquer avec leur entourage proche ou avec l'extérieur.

La **douleur** concernait 16,4% des patients qui s'en plaignaient spontanément. Elle reste peu perçue par l'entourage qui ne la rapportait que pour 3%. Cliniquement, une douleur était retrouvée, une fois encore, dans des proportions plus importantes (un peu plus d'1/4 des personnes). Ces douleurs étaient principalement mécaniques pour 10,4% des personnes. La prise en charge médicamenteuse antalgique a été réévaluée à l'issue de la consultation pour 5,2% de la population. Cette faible proportion comparativement à la plainte peut s'expliquer par un traitement antalgique déjà en place, ou la mise en place d'une technique de remédiation de la douleur. Une autre partie de la douleur a été prise en charge avec les séances de kinésithérapie à visée antalgique. On notera à la marge, une orientation en première intention vers un médecin de la douleur qui a été préconisée pour seulement 2 personnes.

Les **troubles visuels** invalidants et représentant une potentielle contre-indication à la conduite automobile étaient retrouvés cliniquement chez 6,3% des personnes. Environ 17,9% des patients ont été orientés auprès d'un ophtalmologue pour réalisation d'explorations fonctionnelles de la vision ou d'un bilan ophtalmique, soit quand le déficit était clairement identifié, soit lorsqu'un doute clinique existait.

Les **troubles génito-urinaires** étaient décrits par 2,2% des patients, et retrouvés cliniquement chez 3,4% de notre population. On notera que les troubles de la sexualité n'étaient pas recherchés systématiquement en consultation, mais discutés et orientés en cas de plainte spontanée de la personne ou de son entourage. Cette non recherche systématique peut s'entendre en primo-consultation et d'autant plus en situation pluridisciplinaire. Cependant, les troubles de la sexualité existent après un AVC léger et nécessiteraient une nouvelle réflexion sur la modalité de dépistage au sein de cette consultation ou sous une autre modalité (questionnaire envoyé antérieurement à la consultation ?). Il est déjà bien décrit dans la littérature la possible survenue de troubles de la sexualité dans les suites d'un AVC, toute gravité confondue. En revanche il n'y a que très peu d'études qui évaluent la plainte de la sexualité après la survenue d'un AVC léger. Seymour et al, ont exploré dans quelle mesure, les personnes ayant présenté un AVC léger, subissent des changements dans la participation à l'activité sexuelle après un AVC. Il était retrouvé que les patients présentant une dépression avaient plus de problèmes d'activité sexuelle et de plaintes de dysfonctionnement sexuel, et la même impression semblait exister entre les troubles de mémoire, des émotions, de communication et les dysfonctions sexuelles. Dans cette étude, les patients ont exprimé l'envie d'être informés par les équipes médicales des possibles troubles de la sexualité pouvant apparaître au décours de l'AVC, tout en ignorant quel était le moment le plus opportun pour avoir cette discussion (37).

5. Impact du handicap

Le score de Barthel qui reflète plutôt l'autonomie des **activités élémentaires** de la vie quotidienne était assez peu diminué dans les suites d'un AVC léger avec un score moyen à 98/100. En revanche la proportion de patients nécessitant une aide humaine était particulièrement élevée jusqu'à 22,4%. Cette aide était nécessaire pour la réalisation des **actes élaborés** de la vie quotidienne avec notamment près d'une personne sur 5 pour la gestion du domicile et les courses, 1 personne sur 3 pour la gestion des traitements, 1 personne sur 7 pour la gestion des rendez-vous et 1 sur 10 pour la préparation des repas. On peut facilement imaginer que l'entourage proche du patient va donc prendre le relai dans la réalisation de ces tâches, pour la grande majorité des cas.

Environ 1/3 des personnes n'avaient pas reçu avant la consultation, d'information systématique sur la nécessité d'une revalidation du **permis de conduire** avec passage devant un médecin agréé de la préfecture. Cela est particulièrement vrai entre 2016 et 2017 où cette information n'était pas systématiquement tracée dans les courriers de neurologie vasculaire. A partir de 2017, l'information était donnée beaucoup plus systématiquement. En revanche, l'information n'était que très rarement donnée à tous les patients sortis d'un autre service que la neurologie B. Malgré l'information transmise, les 2/3 des personnes n'avaient effectué aucune démarche de revalidation, ce qui leur a donc été recommandé et rappelé au cours de la consultation d'évaluation pluridisciplinaire. Un peu plus de 40% des patients reconduisaient donc sans avoir effectué les démarches de revalidation du permis de conduire. Environ 1 personne sur 3 gardaient une contre-indication ou une conduite déconseillée à l'issue de la consultation. Des évaluations ont été préconisées chez 1/3 des personnes. Cette

proportion identique s'explique par un biais sur l'interprétation de la question du référentiel sur l'item « évaluation de la conduite », en inter-évaluateur, qui pouvait être interprétée comme un passage devant le médecin agréé ou comme une évaluation spécifique et préalable avant le passage devant le médecin agréé.

Parmi les personnes ayant déclarées avoir des **loisirs**, 1 personne sur 5 (18%) ne les avait pas repris à 4 mois et demi de la survenue de l'AVC. Cette non reprise peut parfois être due aux difficultés physiques, une fatigue excessive, à une appréhension, une peur de ne pas arriver à gérer en lien avec les difficultés cognitives ou encore avec des difficultés pratiques (absence de conducteur disponible pour les conduire s'ils n'avaient plus la possibilité de reconduire) ... L'ensemble des bénéficiaires que peuvent apporter les loisirs, effectuer une activité plaisante est important, tant sur le plan thymique, sur l'estime de soi, que sur la réinsertion sociale. S'il s'agit d'une activité physique, cela participe également à la prévention de la récurrence d'AVC. Ce sujet devrait être abordé plus régulièrement par les équipes afin de les orienter au mieux dans leur reprise de loisirs (55).

A 4 mois et demi de la survenue de l'AVC, près d'une personne sur 2 parmi celles travaillant avant l'AVC n'avaient pas repris leur **emploi**. Une personne sur 6 envisageait la reprise de leur emploi prochainement à la consultation, 4,2% des personnes estimaient leur reprise professionnelle inenvisageable et un peu plus d'une personne sur 3 nécessitait une réévaluation de leur projet professionnelle plus à distance de l'AVC à l'issue de la consultation.

Une personne sur dix a été orientée vers une demande de RQTH auprès de la MDPH, 1,6% auprès d'une UEROS et 1/3 ont été orientées vers un accompagnement

auprès de la médecine du travail. En effet, les modalités de reprise du travail pour les personnes envisageant de reprendre et celles devant réévaluer leur projet pouvaient être discutés avec ces médecins spécialistes afin d'avoir une prise en charge adaptée et permettre un maintien dans l'emploi durable. On perçoit un premier impact socio-économique chez cette population en âge de travailler dont la reprise n'avait toujours pas été effectuée. Il serait intéressant par la suite de voir si les personnes ayant déjà repris le travail présentaient des difficultés cognitives, des difficultés thymiques ou comportementales et comment estimaient-elles leur qualité de vie ? On retrouve assez peu d'étude dans la littérature actuelle ayant étudié le retour au travail chez cette population particulière. Certains auteurs pensent qu'un programme de réadaptation professionnelle (avec un programme de réadaptation physique, de soutien psychosocial, d'aide à l'emploi et de soutien aux aidants) pourrait être intéressant pour cette population (56). L'UEROS en France est ce qui s'en rapproche le plus. La difficulté étant que ces unités ont actuellement beaucoup de demande avec un long délai d'attente. Burns et al soulignent en effet qu'à ce jour il y a assez peu de structures ou de programme de réhabilitation professionnelle spécifique car nos modèles actuels ne sont pas adaptés aux problématiques spécifiques de cette population (57).

Le recueil des échelles sur **la qualité de vie** des patients atteints d'un AVC léger n'est pas exhaustif et concerne 221 recueils pour l'EUROQOL5 et 136 patients pour l'EVA état de santé. L'EVA état de santé était estimée en moyenne à 70/100. La norme en France, standardisée selon l'âge, est aux alentours de 76/100. Les personnes atteintes d'un AVC léger dépistées percevaient donc leur état de santé comme étant un peu moins bon que celui de la population française (58).

L'index de l'EUROQOL5 dans notre étude était de 0,852 pour une norme en France de 0,872, soit une valeur très légèrement plus faible. Ces chiffres restent à interpréter avec précaution devant un recueil non complet.

Seule la moitié des patients étaient accompagnés par une personne de l'entourage à la consultation. Parmi cet entourage présent, plus de la moitié avaient des remarques ou observé des changements dont ils souhaitaient faire-part. Les plaintes ou observations pouvaient diverger de celles rapportées par les patients. Cela souligne l'indispensable nécessité d'un accompagnant aux consultations, ou à défaut, du recueil de leur vécu, de leurs observations et interprétations de la réalité. D'autant plus que l'accompagnant, que l'on peut simplifier à un représentant du système familial pour la majorité, est le premier à faire face et à accompagner le handicap de leur proche. En extrapolant, un recueil de ces mêmes informations auprès du médecin traitant et des thérapeutes prenant en charge au préalable la personne (si existants), serait favorable à une évaluation la plus optimale, mais reste toutefois difficile à réaliser.

Le retentissement de la situation de handicap post-AVC sur les aidants est de mieux en mieux reconnu et pris en compte. Dans notre population, seulement 2 aidants parmi les 178 accompagnants ont été orientés vers une prise en charge psychologique. Cela est peu devant le nombre de plaintes rapportées par cet entourage, et l'impact forcément induit sur l'état psychologique propre et la qualité de vie. Il est déjà connu que la survenue d'un AVC chez un proche est à l'origine de troubles psychiques, d'une qualité de vie réduite avec l'émergence de nouvelles anxiétés (financières, récurrences d'un AVC chez leur proche (37)). Certaines études retrouvent également la présence d'un impact majeur des troubles thymiques et des

comportements problèmes des personnes ayant présentées un AVC léger, sur les époux avec une nécessité d'adaptation permanente de leur propre posture dans un objectif de pacification (59). Une autre difficulté de l'entourage concernait la conduite, avec une perte de temps pour leurs propres activités devant la nécessité de conduire leur proche victime d'un AVC qui ne pouvait pas conduire (59). Cela prouve une évaluation trop patient-centré et doit être améliorée. Néanmoins, il faut considérer à nouveau qu'il s'agit d'une primo-consultation, sur un temps qui finalement, est court au vue de la multitude des champs à évaluer pour une prise en charge globale du patient et de son système familial. Ce temps restreint, induit la nécessité de faire des choix sur l'évaluation des problématiques prépondérantes mais également sur l'information indispensable mais chronophage pour la compréhension des troubles le plus souvent invisibles pour le patient lui-même, et pour l'entourage lorsqu'il est présent. Cette information est une des clés fondamentales à la compréhension des incapacités, et les prémices de leur remédiation.

6. Prise en charge rééducative

Au sortir de MCO, une large majorité des patients a bénéficié d'une prise en charge **rééducative libérale**. 1 personne sur 3 était sortie avec une prescription pour la réalisation de kinésithérapie. Au cours de la consultation, cette prescription a été réévaluée et plus d'une personne sur 3 ont nécessité la poursuite de ses séances. En revanche 1 personne sur 10 a nécessité l'introduction d'une prise en charge kinésithérapique libérale, et 1 personne sur 10 ne nécessitait plus de kinésithérapie.

Une prise en charge orthophonique a été préconisée pour 1 personne sur 5 en sortie de MCO. A la suite de la consultation, des bilans avec prise en charge orthophonique libérale ont été nouvellement prescrits pour environ 1 personne sur 6.

On notera que les nouvelles prescriptions d'orthophonie n'étaient pas toutes dédiées à la prise en charge de troubles de communication ni de déglutition mais également parfois à visée de bilan et de remédiation cognitive (en l'absence de remboursement de la neuropsychologie libérale). Un peu moins de 3% des prises en charge orthophoniques n'étaient plus nécessaires après réévaluation en consultation.

Moins de 3,2% des patients ont reçu la préconisation d'effectuer un bilan neuropsychologique en sortie de MCO. Après la consultation, 5,5% des patients ont bénéficié d'une prescription pour la réalisation d'un bilan neuropsychologique en libéral avec prise en charge des difficultés identifiées. Ce pourcentage reste particulièrement faible comparé aux difficultés cognitives retrouvées chez nos patients. Cela s'explique par le manque de remboursement en libéral de ces thérapeutes. Néanmoins, pour ces patients, d'autres alternatives ont été proposées avec la réalisation d'un bilan des fonctions cognitives avec remédiation cognitive si nécessaire par l'intermédiaire des orthophonistes en libéral, des consultations de suivi auprès du réseau TC-AVC qui bénéficie d'une expertise neuropsychologique, ou d'hospitalisations en SSR.

Concernant l'ergothérapie, il n'y a eu aucune prescription en sortie de MCO, et très peu au décours de la consultation d'évaluation pluridisciplinaire (0,5%). En libéral, il n'y a aucune prise en charge financière des séances et de l'expertise des ergothérapeutes. Si un vrai besoin d'ergothérapie était ressenti, les évaluations se sont effectuées par d'autres modalités (hospitalisations bilan, consultations réseau TC-AVC ...).

Ces données mettent en avant **l'intérêt de l'expertise MPR** pour cette population dans l'ajustement de l'accompagnement rééducatif libéral, tant en termes d'indication à une nouvelle prise en charge qu'à un arrêt de prise en charge si les objectifs sont atteints ou non adaptés à la situation. Le maintien d'une prise en charge rééducative

spécifique déjà instaurée aura également pu faire l'objet d'une réévaluation des objectifs ou des axes et techniques de travail.

Au terme de notre étude, 40% des personnes ont été orientées vers une prise en charge d'expertise ou de **suivi MPR**. Plus d'une personne sur 3 devait bénéficier d'une consultation de suivi MPR. Devant la présence de situations complexes par l'intrication des difficultés, un retentissement important sur la sphère socio-professionnelle, une demande de suivi par le réseau TC-AVC a été préconisée pour une proportion non négligeable de personnes (5,5%). Une autre modalité d'évaluation passait par des **bilans rééducatifs spécifiques** tels que : bilan neuropsychologique complet ou spécifique à l'évaluation des capacités cognitives nécessaires lors de la conduite automobile, ou par une séance de simulateur de conduite automobile avec un ergothérapeute. Ces bilans ont été préconisés pour un peu plus d'une personne sur 10.

Depuis 2019, à l'hôpital Swynghedauw au CHU de Lille, une nouvelle modalité d'hospitalisation a été créée qui permet de répondre aux besoins d'évaluations multimodales de ces patients présentant un impact important dans leur vie quotidienne. Il s'agit d'une **hospitalisation d'une durée programmée de cinq jours** au cours de laquelle sont effectués des bilans auprès des différents personnels rééducateurs en fonction des besoins ressentis ... Une synthèse avec le patient et sa famille est réalisée en fin de séjour afin de discuter et proposer un projet personnalisé d'accompagnement. Ce mode d'hospitalisation a été proposé pour 15 patients de notre étude.

Enfin, une dernière modalité d'évaluation et de prise en charge consistait en une **hospitalisation complète** sur plusieurs semaines. Elle était proposée dès que les

besoins authentifiés en consultation justifiaient plus qu'un bilan mais aussi une prise en charge intensive en SSR spécialisé. Cette dernière, bien qu'à la marge, a été proposée pour 5 patients.

Ces données témoignent une fois encore de l'importance de la consultation d'évaluation pluridisciplinaire post-AVC qui permet un dépistage pour les personnes victimes d'un AVC léger, dont une partie présente un handicap invisible, de troubles spécifiques nécessitant un accompagnement spécialisé.

7. De la nécessité d'un parcours adapté à chaque profil de patient

La grande majorité des personnes présentant un AVC léger échappait auparavant au dépistage des problématiques rencontrées après le retour à domicile. Les patients restaient souvent seuls face à leur difficulté, sans ou avec peu de réponse. En ce sens, la consultation d'évaluation pluridisciplinaire commence à remplir ce rôle de dépistage, même si actuellement toutes les personnes ayant présentées un AVC léger, ne sont pas encore revues systématiquement et notamment semble-t-il après une hospitalisation en neurochirurgie.

Se pose ensuite la question de ce qu'il convient de faire après cette consultation. Quels sont les possibilités pour prendre en charge les problématiques découvertes dans une population de patients ambulatoires ? Il faut souvent effectuer un bilan de ces difficultés auprès de personnels rééducateurs spécialisés tels les neuropsychologues, les ergothérapeutes, les orthophonistes ... Mais y a-t-il vraiment les moyens d'effectuer tous ces bilans et prises en charge pour ces patients ? Il faut également effectuer un suivi adapté pour ces personnes par la suite.

Dans les Hauts-De-France, plusieurs structures ont commencé à émerger. Le réseau TC-AVC a permis de développer un réseau de suivi et de prise en charge

spécialisée dans les lésions cérébrales types traumatisme crânien mais également les AVC. Ils effectuent des bilans, des consultations de suivi lorsque les différentes problématiques sont intriquées et complexes. Parfois, une évaluation multimodale est nécessaire, qui nécessite avec les moyens du SSR de multiples hospitalisations de jours ou des séjours relativement longs, raison pour laquelle un dispositif d'évaluation spécifique en hospitalisation de semaine a été mis en place depuis 2019 (qui ne s'adresse pas uniquement à ces patients toutefois).

Néanmoins, les structures et professionnels libéraux n'ont souvent pas la capacité à absorber tous les besoins de ces patients. Comment assurer de façon optimale ce suivi ? Une meilleure prise en charge financière de certains professionnels de ville (ergothérapeute, neuropsychologue, professeur d'activité physique adaptée en particulier) serait une piste. Ces spécialités sont en effet particulièrement nécessaires pour ces patients, mais sans besoin d'hospitalisation complète (or ce sont 2 spécialités qu'on retrouve quasiment exclusivement en secteur sanitaire). Le développement d'équipes mobiles de rééducation pourrait être intéressant, avec des évaluations en situation écologiques au domicile. Les communautés professionnelles territoriales de santé autour de la maladie cardio-vasculaire et de ses conséquences pourraient également être intéressantes sur les différentes problématiques évoquées tout au long de ce travail, mais elles nécessitent de revoir certains modèles et d'améliorer l'accès aux professionnels libéraux.

V. CONCLUSION

Les patients victimes d'un AVC et sortant directement au domicile après un séjour en UNV ont souvent un profil d'AVC « léger ». Il n'existe, à l'heure actuelle, pas de définition consensuelle et donc aucun critère spécifique qualitatif ni quantitatif. Les échelles utilisées ne sont pas adaptées au dépistage des problématiques fines de ces patients, ce qui va poser des difficultés dans la prise en charge du patient et de son entourage.

Le suivi neurologique est actuellement organisé au CHU de Lille. Il s'agit d'un temps médical qui se doit d'être centré sur la pathologie afin de réévaluer le bilan étiologique, les adaptations des traitements, des facteurs de risque cardiovasculaires... Bien que les médecins neurologues se renseignent globalement sur l'impact de la pathologie sur le patient, notre étude a bien mis en évidence la multiplicité des plaintes et leur importance en termes de fréquence et d'impact en situation de vie, justifiant l'intérêt des consultations d'évaluation pluridisciplinaire post-AVC et la place de la MPR dans ce champ d'expertise.

Les difficultés principales rencontrées par les patients et l'entourage concernaient la fatigue, les troubles psychologiques et les douleurs. Une évaluation spécifique par des professionnels formés et sensibilisés sur la finesse et invisibilité de ces problématiques est indispensable. L'impact des difficultés rencontrées était multisystémique. Une aide humaine était parfois nécessaire notamment pour les actes élaborés de la vie quotidienne.

La nécessité d'un suivi MPR de ces patients était indiquée pour une partie. Il existe actuellement un panel de modalités de suivi permettant une prise en charge sur mesure et individualisée, à travers les consultations de suivi MPR, du réseau TC-AVC

Hauts-de-France, les hospitalisations en SSR, les bilans de thérapeutes spécialisés, la rééducation libérale ...

Pourtant, il reste encore des patients victimes d'un AVC léger qui échappent aux consultations de suivi pluridisciplinaire, particulièrement en aval de neurochirurgie. Il va y avoir une montée en charge progressive de ces consultations. Se pose également la question de la prise en charge et du suivi de ces patients qui nécessiterait en particulier d'une adaptation des modalités de prise en charge à travers des équipes mobiles de rééducation, un développement du réseau hôpital-libéral, avec un développement d'échelles spécifiques adaptées et une formation de l'ensemble des professionnelles à ces problématiques, que ce soit dans le dépistage pour certaines ou dans l'accompagnement pour d'autres.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Coupland AP, Thapar A, Qureshi MI, Jenkins H, Davies AH. The definition of stroke. *J R Soc Med.* janv 2017;110(1):9-12.
2. Crespi V, Braga M, Beretta S, Carolei A, Bignamini A, Sacco S. A practical definition of minor stroke. *Neurol Sci Off J Ital Neurol Soc Ital Soc Clin Neurophysiol.* juill 2013;34(7):1083-6.
3. Groupe SOFMER - FEDMER. Parcours de soins en Médecine physique et de réadaptation « le patient après AVC ».2011. Disponible sur: https://www.sofmer.com/download/Parcours_MPR_AVC_site.pdf
4. Schwartz JK, Capo-Lugo CE, Akinwuntan AE, Roberts P, Krishnan S, Belagaje SR, et al. Classification of Mild Stroke: A Mapping Review. *PM&R.* sept 2019;11(9):996-1003.
5. Béjot Y, Touzé E, Jacquin A, Giroud M, Mas J-L. [Epidemiology of stroke]. *Med Sci MS.* sept 2009;25(8-9):727-32.
6. Lecoffre C, de Peretti C, Gabet A, Grimaud O, Woimant F, Giroud M, et al. L'accident vasculaire cérébral en France : patients hospitalisés pour AVC en 2014 et évolutions 2008-2014. *Bull Epidémiol Hebd.* 2017;(5):84-94. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/5/2017_5_1.html
7. Roberts PS, Krishnan S, Burns SP, Ouellette D, Pappadis MR. Inconsistent Classification of Mild Stroke and Implications on Health Services Delivery. *Arch Phys Med Rehabil.* juill 2020;101(7):1243-59.
8. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (1). Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000809647/>
9. Moigne ML. Le handicap invisible post accident vasculaire cérébral. 10 sept 2019;32.
10. Carlsson GE, Möller A, Blomstrand C. Managing an everyday life of uncertainty- a qualitative study of coping in persons with mild stroke. *Disabil Rehabil.* 2009;31(10):773-82.
11. Carlsson GE, Möller A, Blomstrand C. A qualitative study of the consequences of « hidden dysfunctions » one year after a mild stroke in persons <75 years. *Disabil Rehabil.* 2 déc 2004;26(23):1373-80.
12. Dale Stone S. Reactions to invisible disability: The experiences of young women survivors of hemorrhagic stroke. *Disabil Rehabil.* mars 2005;27(6):293-304.
13. Eldadah BA. Fatigue and fatigability in older adults. *PM R.* mai 2010;2(5):406-13.

14. Carlsson G, Möller A, Blomstrand C. Consequences of mild stroke in persons <75 years -- a 1-year follow-up. *Cerebrovasc Dis.* 1 janv 2003;16(4):383-8.
15. Terrill AL, Schwartz JK, Belagaje SR. Best Practices for The Interdisciplinary Rehabilitation Team: A Review of Mental Health Issues in Mild Stroke Survivors. *Stroke Res Treat.* 2018;2018:6187328.
16. Glader E-L, Stegmayr B, Asplund K. Poststroke fatigue: a 2-year follow-up study of stroke patients in Sweden. *Stroke.* mai 2002;33(5):1327-33.
17. Winward C, Sackley C, Metha Z, Rothwell PM. A population-based study of the prevalence of fatigue after transient ischemic attack and minor stroke. *Stroke.* mars 2009;40(3):757-61.
18. Ingles JL, Eskes GA, Phillips SJ. Fatigue after stroke. *Arch Phys Med Rehabil.* févr 1999;80(2):173-8.
19. Vlachos G, Ihle-Hansen H, Wyller TB, Brækhus A, Mangset M, Hamre C, et al. Cognitive and emotional symptoms in patients with first-ever mild stroke: The syndrome of hidden impairments. *J Rehabil Med.* 1 janv 2021;53(1):jrm00135.
20. Moran GM, Fletcher B, Feltham MG, Calvert M, Sackley C, Marshall T. Fatigue, psychological and cognitive impairment following transient ischaemic attack and minor stroke: a systematic review. *Eur J Neurol.* oct 2014;21(10):1258-67.
21. Morsund ÅH, Ellekjaer H, Gramstad A, Reiestad MT, Midgard R, Sando SB, et al. The development of cognitive and emotional impairment after a minor stroke: A longitudinal study. *Acta Neurol Scand.* oct 2019;140(4):281-9.
22. Wolf TJ, Baum C, Connor LT. Changing Face of Stroke: Implications for Occupational Therapy Practice. *Am J Occup Ther.* 1 sept 2009;63(5):621-5.
23. Yang Y-M, Zhao Z-M, Wang W, Dong F-M, Wang P-P, Jia Y-J, et al. Trends in cognitive function assessed by a battery of neuropsychological tests after mild acute ischemic stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis Off J Natl Stroke Assoc.* juill 2020;29(7):104887.
24. Liu-Ambrose T, Pang MYC, Eng JJ. Executive function is independently associated with performances of balance and mobility in community-dwelling older adults after mild stroke: implications for falls prevention. *Cerebrovasc Dis Basel Switz.* 2007;23(2-3):203-10.
25. Tellier M, Rochette A. Falling through the cracks: a literature review to understand the reality of mild stroke survivors. *Top Stroke Rehabil.* déc 2009;16(6):454-62.
26. Daviet J-C, Joste R, Salle J-Y. Les troubles du comportement et les troubles cognitifs post AVC. In: *L'AVC, de la rééducation à la réadaptation 31èmes journées d'étude de l'AIIR.* Limoges, France; 2013 [. Disponible sur: <https://hal-unilim.archives-ouvertes.fr/hal-00864405>

27. Delpont B, Blanc C, Osseby GV, Hervieu-Bègue M, Giroud M, Béjot Y. Pain after stroke: A review. *Rev Neurol (Paris)*. déc 2018;174(10):671-4.
28. Khatri P, Conaway MR, Johnston KC. Ninety-Day Outcome Rates of a Prospective Cohort of Consecutive Patients With Mild Ischemic Stroke. *Stroke*. 1 févr 2012;43(2):560-2.
29. Verbraak ME, Hoeksma AF, Lindeboom R, Kwa VIH. Subtle problems in activities of daily living after a transient ischemic attack or an apparently fully recovered non-disabling stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis Off J Natl Stroke Assoc*. févr 2012;21(2):124-30.
30. Ramos-Lima MJM, Brasileiro I de C, de Lima TL, Braga-Neto P. Quality of life after stroke: impact of clinical and sociodemographic factors. *Clinics*. 2018;73:e418.
31. Lam K-H, Blom E, Kwa VIH. Predictors of quality of life 1 year after minor stroke or TIA: a prospective single-centre cohort study. *BMJ Open*. 2 nov 2019;9(11):e029697.
32. Edwards DF, Hahn M, Baum C, Dromerick AW. The impact of mild stroke on meaningful activity and life satisfaction. *J Stroke Cerebrovasc Dis Off J Natl Stroke Assoc*. août 2006;15(4):151-7.
33. van der Kemp J, Kruithof WJ, Nijboer TCW, van Bennekom CAM, van Heugten C, Visser-Meily JMA. Return to work after mild-to-moderate stroke: work satisfaction and predictive factors. *Neuropsychol Rehabil*. mai 2019;29(4):638-53.
34. Morsund ÅH, Ellekjær H, Gramstad A, Reiestad MT, Midgard R, Sando SB, et al. Factors influencing employment after minor stroke and NSTEMI. *J Stroke Cerebrovasc Dis Off J Natl Stroke Assoc*. sept 2020;29(9):105036.
35. Hommel M, Trabucco-Miguel S, Joray S, Naegele B, Gonnet N, Jaillard A. Social dysfunctioning after mild to moderate first-ever stroke at vocational age. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. avr 2009;80(4):371-5.
36. Della Vecchia C, Préau M, Carpentier C, Viprey M, Haesebaert J, Termoz A, et al. Illness beliefs and emotional responses in mildly disabled stroke survivors: A qualitative study. *PloS One*. 2019;14(10):e0223681.
37. Tellier M, Rochette A, Lefebvre H. Impact of mild stroke on the quality of life of spouses. *Int J Rehabil Res Int Z Rehabil Rev Int Rech Readaptation*. sept 2011;34(3):209-14.
38. Arrêté du 18 décembre 2015 modifiant l'arrêté du 21 décembre 2005 fixant la liste des affections médicales incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire ou pouvant donner lieu à la délivrance de permis de conduire de durée de validité limitée - Légifrance. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031703937/>
39. Fattal C, Fourmond A, Aries AH, Cottret F, Duvernay H, Bourrat V, et al. Reprendre la conduite automobile après un AVC constitué. 2017;20:12.

40. HAS. Recommandation de bonne pratique. Reprise de la conduite automobile après une lésion cérébrale acquise non évolutive. Disponible sur: <https://www.cometefrance.com/wp-content/uploads/2016/06/RECOMMANDATION-25.01.2016.pdf>
41. Fery-Lemonnier E. La prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France. Paris: La Documentation Française, 2009. Vie publique.fr. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/30747-la-prevention-et-la-prise-en-charge-des-accidents-vasculaires-cerebraux>
42. Plan d'actions national « accidents vasculaires cérébraux 2010-2014 ». Paris: Ministère de la Santé et des sports, Ministère du Travail, de la solidarité et de la fonction publique, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. 2010. Disponible sur: http://www.cnsa.fr/documentation/plan_actions_avc_-_17avr2010.pdf
43. Schnitzler A, Erbault M, Solomiac A, Sainte Croix D, Fouchard A, May Michelangeli L, et al. Impact du plan AVC sur la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux ischémiques constitués: évolution 2011-2016 des indicateurs d'évaluation de la Haute Autorité de santé, Bull Epidemiol Hebd. 2018;(5):78-84. 2018;7.
44. HAS. Parcours de rééducation réadaptation des patients après la phase initiale de l'AVC. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-09/fiche_parours_de_reeducation_readaptation_des_patients_apres_la_phase_initiale_de_lavc.pdf
45. Amarenco P, Lavallée PC, Monteiro Tavares L, Labreuche J, Albers GW, Abboud H, et al. Five-Year Risk of Stroke after TIA or Minor Ischemic Stroke. N Engl J Med. 7 juin 2018;378(23):2182-90.
46. Meirhaeghe A, Cottel D, Cousin B, Dumont M. Comparaison des taux d'attaque, d'incidence et de mortalité de l'accident vasculaire cérébral entre les hommes et les femmes de 35 ans et plus: registre des AVC de Lille / comparison of attack, incidence and mortality rates of stroke between men and women aged 35 and over: stroke registry of lille (france). :7.
47. Cordonnier C, Sprigg N, Sandset EC, Pavlovic A, Sunnerhagen KS, Caso V, et al. Stroke in women - from evidence to inequalities. Nat Rev Neurol. sept 2017;13(9):521-32.
48. Gauthier V, Cottel D, Amouyel P, Dallongeville J, Meirhaeghe A. Létalité à 28 jours après un accident vasculaire cérébral selon l'étiologie et le sexe, registre des AVC de Lille, 2008-2017. Bull Epidemiol Hebd. 2020;(17):336-43. Disponible sur: http://beh.santepublique-france.fr/beh/2020/17/2020_17_1.html
49. HAS. Résultats des indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins -Prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral - Campagne 2017 – Données 2016. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-12/rapport_avc_2017.pdf

50. HAS. Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins - Prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral (AVC) - Résultats nationaux de la campagne 2015 - Données 2014 - Rapport long. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-11/rapport_long_avc_2015_vd.pdf
51. Bricard D, Com-Ruelle L, Debals-Gonthier M, Le Guen N, Nestrigue C. Le parcours de soins des victimes d'accident vasculaire cérébral : les facteurs déterminants de la durée de la prise en charge aiguë. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. 1 mars 2017;65:S30.
52. Yaggi HK, Concato J, Kernan WN, Lichtman JH, Brass LM, Mohsenin V. Obstructive sleep apnea as a risk factor for stroke and death. *N Engl J Med*. 10 nov 2005;353(19):2034-41.
53. Capron J. Retentissement psychiatrique de l'AVC. 20 mai 2015. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/977580/retentissement-psychiatrique-de-l-avc>
54. Kiphuth I, Utz K, Noble A, Köhrmann M, Schenk T. Increased Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder in Patients After Transient Ischemic Attack. *Stroke*. 2 oct 2014;45.
55. Williams S, Murray C. The lived experience of older adults' occupational adaptation following a stroke. *Aust Occup Ther J*. févr 2013;60(1):39-47.
56. Bin Zainal MN, Pei Wen PK, Sien NY, Kee KM, Chieh KJ, Asano M. Supporting People With Stroke to Return to Work in Singapore: Findings From a Pilot Vocational Rehabilitation Program. *Am J Occup Ther Off Publ Am Occup Ther Assoc*. déc 2020;74(6):7406205040p1-9.
57. Burns SP, Schwartz JK, Scott SL, Devos H, Kovic M, Hong I, et al. Interdisciplinary Approaches to Facilitate Return to Driving and Return to Work in Mild Stroke: A Position Paper. *Arch Phys Med Rehabil*. nov 2018;99(11):2378-88.
58. Janssen B, Szende A. Population Norms for the EQ-5D. In: Szende A, Janssen B, Cabases J, éditeurs. *Self-Reported Population Health: An International Perspective based on EQ-5D*. Dordrecht: Springer Netherlands; 2014. p. 19-30. Disponible sur: https://doi.org/10.1007/978-94-007-7596-1_3
59. Hodson T, Gustafsson L, Cornwell P. The lived experience of supporting people with mild stroke. *Scand J Occup Ther*. avr 2020;27(3):184-93.

VII. ANNEXES

Annexe 1 : Score NIHSS

Item	Intitulé	cotation
1a	vigilance	0 vigilance normale, réactions vives 1 trouble léger de la vigilance : obnubilation, éveil plus ou moins adapté aux stimulations environnementales 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 bonne 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 ophthalmoplégie partielle ou déviation réductible du regard 2 ophthalmoplégie horizontale complète ou déviation forcée du regard
3	champ visuel	0 champ visuel normal 1 quadranopsie latérale homonyme ou hémianopsie incomplète ou négligence visuelle unilatérale 2 hémianopsie latérale 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 faire un mouvement tel qu'une flexion de hanche ou une adduction.) 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 minime 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 : La circulaire

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Organisation

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction de la régulation de l'offre

Bureau des prises en charge
post-aiguë des pathologies
chroniques et en santé mentale (R4)

Instruction DGOS/R4 n° 2015-262 du 3 août 2015 relative à l'organisation régionale des consultations d'évaluation pluriprofessionnelle post-accident vasculaire cérébral (AVC) et du suivi des AVC.

NOR : AFSH1519010J

Date d'application : immédiate.

Validée par le CNP le 17 juillet 2015. – Visa CNP 2015-128.

Catégorie : directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé : la présente instruction s'inscrit dans le cadre du plan AVC 2010-2014 et prolonge les actions engagées dans le domaine de la prise en charge de l'AVC depuis 2010. Elle vise à organiser le parcours de soins AVC en structurant sur le territoire une offre graduée de consultation de suivi incluant les consultations libérales de ville. Elle a pour objet de diffuser le cahier des charges définissant les conditions de mise en œuvre de consultations d'évaluation pluriprofessionnelle post-AVC et de définir les modalités du recueil des données.

Mots clés : accident vasculaire cérébral – unités neurovasculaires – consultation d'évaluation pluriprofessionnelle – soins de suite et réadaptation – agences régionales de santé.

Référence : circulaire n° 2012-39 relative à l'organisation des filières régionales de prise en charge des patients victimes d'accident vasculaire cérébral (AVC).

Annexes :

- Annexe 1. – Cahier des charges national de la consultation d'évaluation pluriprofessionnelle post-AVC.
- Annexe 2. – Référentiel DGOS du contenu de consultation d'évaluation pluriprofessionnelle post-AVC pour des patients victimes d'accident vasculaire cérébral.
- Annexe 3. – Grille de recueil d'activité des établissements de santé pour les consultations d'évaluation pluriprofessionnelle post-AVC
- Annexe 4. – Modalités de financement régional de la consultation d'évaluation pluriprofessionnelle post-AVC.
- Annexe 5. – Grille de recueil du dispositif stratégique prévisionnel des ARS pour les consultations d'évaluation pluriprofessionnelle post-AVC.

Diffusion : les établissements et les acteurs impliqués dans la prise en charge des personnes victimes d'AVC doivent être destinataires de cette instruction par l'intermédiaire des ARS.

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissement de santé.

La lutte contre les accidents vasculaires cérébraux (AVC) fait l'objet d'une mobilisation nationale inscrite dans le Plan d'actions national Accidents vasculaires cérébraux 2010-2014.

En France, on estime à environ 150 000 le nombre de nouveaux séjours AVC par an. Un AVC se produit toutes les quatre minutes. En termes de prévalence, parmi les 880 000 personnes ayant présenté un AVC constitué ou transitoire, environ 550 000 d'entre elles en conservent des séquelles. Cette maladie constitue la première cause de handicap acquis de l'adulte, la seconde cause de démence et la troisième cause de mortalité après les cancers et l'infarctus du myocarde.

L'absence de suivi formalisé dans l'année suivant l'accident constitue une perte de chance dans le parcours de soins des personnes victimes d'AVC. La prise en charge de ces personnes repose actuellement sur un plan de soins personnalisé défini lors de l'hospitalisation aiguë après avis spécialisés issus de différents professionnels de santé. Afin de prévenir et/ou limiter les complications et la perte d'autonomie de ces personnes dans le cadre de leur réinsertion socio professionnelle, ce plan de soins personnalisé doit être coordonné entre les acteurs hospitaliers et les professionnels de proximité. C'est pourquoi l'une des priorités du Plan AVC consiste à structurer une organisation des filières de prise en charge de ces personnes en renforçant la coordination ville/hôpital et la promotion de la prise en charge pluriprofessionnelle de proximité.

L'organisation des soins, définie dans la circulaire du 6 mars 2012, traduit ces orientations concernant en particulier l'intervention des unités neurovasculaires à la phase aiguë, la prise en charge par les soins de suite et réadaptation (SSR) de neurologie et de gériatrie à la phase post aiguë, ainsi que l'animation de la filière pour assurer la coordination entre les acteurs impliqués, notamment les établissements de santé, les services médico-sociaux et les professionnels libéraux.

Cette volonté d'organisation pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle doit se traduire par une montée en charge des consultations d'évaluation pluri professionnelle post-AVC systématique au sein des établissements de santé (UNV et SSR) ainsi que par des neurologues de ville. Le cadre des consultations (cf. annexe 2) est établi sur la base des référentiels de prise en charge existants et des recommandations HAS 2012 et 2014 relatives à la prise en charge de l'AVC¹. Les objectifs et l'organisation proposés sont définis dans le cahier des charges national joint en annexe 1.

La répartition de l'offre de consultations post-AVC doit permettre d'assurer en proximité un suivi de tous les patients victimes d'AVC. Le lieu de ces consultations diffère selon les compétences nécessaires à l'évaluation des patients. L'objectif est d'assurer à tout patient victime d'AVC un suivi à distance de son accident aigu, ce qui représente à terme environ 150 000 consultations par an. Les consultations pluriprofessionnelles concerneraient environ 80 000 personnes. Parmi celles-ci, il est projeté que 50 000 seraient concernées par une consultation en établissement de santé MCO et 30 000 en établissement de santé SSR (environ 30 % des patients victimes d'AVC passés en UNV sont transférés en SSR). Les modalités d'organisation de cette consultation (cf. annexe 4, I) précisent d'une part que les professionnels non neurologues doivent disposer d'une compétence et expérience en pathologie neurovasculaire ou d'un accès à une expertise neurovasculaire; et d'autre part que tous les acteurs impliqués soient inscrits dans la filière AVC, renforçant ainsi la cohérence du suivi des personnes victimes d'AVC sur chaque territoire de santé.

Afin d'assurer l'accès de la population à cette activité et d'évaluer les changements induits dans l'offre de soins, le cahier des charges définit les objectifs, les missions et les éléments d'évaluation de la consultation. Tout site UNV labellisé par une ARS doit à terme disposer d'une consultation d'évaluation pluriprofessionnelle post AVC. Les ARS devront par ailleurs désigner les sites de consultation en établissement de SSR en fonction des compétences identifiées au sein des filières de prise en charge des patients victimes d'AVC.

Il est demandé aux établissements de santé et aux professionnels impliqués la plus grande vigilance dans l'organisation du recueil d'informations et leur restitution selon le modèle joint en annexe 3.

Dans ce cadre, l'indicateur de suivi par les ARS sera le nombre de consultations d'évaluation pluriprofessionnelle assurées par établissement et par an, rapporté au nombre de patients victimes d'AVC hospitalisés par établissement et par an.

La montée en charge du dispositif est attendue de façon progressive sur deux ans et devra aboutir en 2016 à une prise en charge effective de l'ensemble des patients victimes d'AVC. Le modèle de financement proposé est décrit en annexe 4. Il est demandé aux ARS d'accompagner les établissements de santé porteurs de ces consultations afin de favoriser le développement des coopérations entre les acteurs et l'acquisition de l'ensemble des compétences nécessaires. Une première tranche

¹ http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-11/11rp01_reco_avc_methodes_de_reeducation.pdf
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/avc_recommandation_2014-09-25_13-08-18_537.pdf

de financement est déléguée en 1^{re} circulaire 2015. Des crédits complémentaires seront délégués sur la base d'un rapport d'évaluation dont le bilan sera transmis par les ARS à la DGOS à l'automne 2015 (cf. annexe 5).

Toute question est à adresser à la boîte fonctionnelle : DGOS-R4@sante.gouv.fr.

Je vous saurais gré de bien vouloir me tenir informé de toute difficulté rencontrée dans la mise en œuvre de la présente instruction.

Pour la ministre et par délégation :

Le directeur général de l'offre de soins,
J. DEBEAUPUIS

*La secrétaire générale adjointe
des ministères chargés des affaires sociales,*
A. LAURENT

ANNEXE 1

CAHIER DES CHARGES NATIONAL DE LA CONSULTATION D'ÉVALUATION PLURIPROFESSIONNELLE POST-AVC

L'action 6 du Plan d'action national AVC 2010-2014 a pour objectif de « définir le contenu d'une consultation bilan post AVC l'expérimenter et la mettre en œuvre ». Le contenu de cette consultation a été défini par un groupe de travail DGOS et inclut les dimensions médicale, rééducative, psychologique, neuropsychologique et sociale. Ainsi, elle vise à explorer les handicaps moteurs et neuropsychocognitif, l'existence de polyopathologies associées et l'environnement de la personne. Cette consultation ne peut s'envisager qu'au travers de l'implication de plusieurs professionnels du secteur sanitaire (médicaux et paramédicaux) et du secteur médico-social. Par ailleurs, elle est une étape dans l'éducation thérapeutique du patient, l'information et le contrôle des facteurs de risque (HTA, tabagisme, hypercholestérolémie).

Reprenant certains éléments de cahiers des charges régionaux relatifs à l'évaluation pluriprofessionnelle des patients victimes d'accident vasculaire cérébral ou d'accident ischémique transitoire, le cahier des charges national de cette consultation d'évaluation pluriprofessionnelle post-AVC précise :

I. – LES OBJECTIFS

Toute personne ayant été victime d'un accident vasculaire cérébral (AVC) ou d'un accident ischémique transitoire (AIT) doit avoir accès dans les 6 mois, au plus tard dans l'année suivant son accident, à une évaluation pluri-professionnelle dans des lieux identifiés et connus des professionnels.

Il s'agit :

- d'évaluer la maladie vasculaire, d'assurer la meilleure prévention secondaire, de réaliser un bilan pronostic fonctionnel et cognitif, d'adapter le suivi de chaque patient à sa situation en l'orientant s'il y a lieu vers les professionnels et les structures adéquats, de contribuer à sa réinsertion sociale et socioprofessionnelle et de déterminer si les aidants ont besoin de soutien ;
- de produire des indicateurs relatifs à l'état de santé des patients victimes d'AVC et en particulier à la fréquence de la gravité des séquelles liées à l'AVC.

II. – LE CONTEXTE

La consultation d'évaluation post-AVC s'inscrit dans le parcours de soins de toute personne victime d'AVC pour permettre l'accompagnement à 6 mois de la sortie de l'établissement de santé, pour une reprise du cours de la vie adaptée au lieu de vie. Parmi les personnes victimes d'AVC, la grande majorité sont hospitalisées, avec une fois sur deux un passage en UNV pour les établissements disposant d'UNV. 70 % des personnes passées en UNV rentrent directement au domicile et 30 % transitent par le SSR neurologie ou gériatrie. Actuellement aucun suivi des AVC n'est formalisé, alors que l'AVC est responsable de récurrences, de complications passées inaperçues, et de perte d'autonomie. Les études Handicap-Santé-Ménages et Handicap-Santé-Institutions (InVS, BEH 2012) ont estimé à 800 000 le nombre de personnes avec antécédents d'AVC en France, dont 500 000 avec séquelles.

Le rapport du Haut Conseil en santé publique dans ses propositions pour l'évaluation de l'impact du Plan AVC 2010-2014 fait état de la nécessité d'associer à la comparaison avant/après la prise en charge à distance de l'accident (la consultation d'évaluation post-AVC), une comparaison entre régions, dans l'objectif de ne pas masquer une augmentation des inégalités territoriales, au-delà de l'amélioration de la prise en charge nationale.

III. – LA POPULATION CONCERNÉE

Les patients victimes d'AVC représentent 150 000 séjours hospitaliers par an. 25 % des personnes concernées ont moins de 65 ans. Il est démontré qu'une prise en charge spécialisée pluriprofessionnelle rapide (organisée en France en unités neuro-vasculaires [UNV] pour la partie MCO et en soins de suite et réadaptation essentiellement neurologie ou gériatrie pour la partie SSR), comportant notamment une rééducation précoce (kinésithérapie, orthophonie, ergothérapie, psychomotricité, neuropsychologie), et un suivi en ville de qualité, diminue la mortalité et les séquelles de cette pathologie actuellement première cause de handicap acquis chez l'adulte, et source de dépenses sociales et médico-sociales importantes.

Cette consultation s'adresse à terme à tous les patients afin de repérer d'éventuelles complications passées jusqu'alors inaperçues, et de prévenir ou limiter la perte d'autonomie, sources de handicap et de désinsertion sociale secondaires. Il s'agit de s'assurer que toute personne victime d'AVC bénéficie d'un bilan post-AVC au décours de la phase aiguë de sa maladie.

Elle concerne donc tous les AVC et AIT qui doivent être reçus :

- de 2 à 6 mois après l'accident, voire jusqu'à 12 mois suivant l'AVC ;
- et quelle que soit leur prise en charge initiale, y compris les patients qui n'ont pas bénéficié d'une prise en charge en unité neurovasculaire à la phase aiguë de l'AVC, notamment les hospitalisations hors service de neurologie, les hospitalisations courtes avec retour direct à domicile ou substitut de domicile.

IV. – LES MISSIONS DE CETTE ÉVALUATION POST-AVC ET AIT

Évaluer la maladie vasculaire.

Établir un pronostic fonctionnel et cognitif par une évaluation neuropsychologique.

Évaluer les troubles de l'humeur (dont la dépression).

Évaluer les capacités de réinsertion sociale et professionnelle.

Évaluer la qualité de vie du patient.

Assurer la meilleure prévention secondaire et le contrôle des facteurs de risque.

Proposer ou renforcer, si nécessaire, un programme d'éducation thérapeutique.

Évaluer la qualité de vie de l'entourage et déterminer si les aidants ont besoin d'un soutien.

Informers le patient et son entourage sur la pathologie, les facteurs de risque, les traitements, les associations de patients.

Être force de proposition en orientant éventuellement le patient vers les professionnels et les structures adaptées.

Relever les indicateurs de suivi pour les intégrer dans le système d'information national mis en place pour l'évaluation de la consultation ainsi mise en œuvre.

V. – L'IMPLANTATION

La consultation d'évaluation post-AVC sera réalisée en trois types de lieux différents par des professionnels identifiés dans la filière territoriale AVC :

- en consultation hospitalière par un neurologue, ou par un médecin de médecine physique et réadaptation ou de gériatrie pouvant justifier d'une expérience neurovasculaire. Cette consultation pluriprofessionnelle simple est définie par la présence d'un professionnel médical et un professionnel paramédical au plus ; la consultation pluriprofessionnelle complexe associant la présence d'un professionnel médical et d'au moins deux professionnels paramédicaux ou autre professionnel non médical ;
- en consultation libérale sur la base du volontariat par un neurologue, ou un médecin de consultation de médecine physique et réadaptation ou un gériatre disposant d'une compétence et d'une expérience en pathologie neurovasculaire. Ils sont inscrits dans la filière AVC renforçant la cohérence du suivi des personnes victimes d'AVC.

Les établissements impliqués doivent disposer autant que possible de places en hospitalisation de jour (cf. *infra* « organisation de la consultation d'évaluation post AVC »).

VI. – MOYENS HUMAINS

L'équipe médicale pluridisciplinaire comprend au moins un neurologue qualifié en pathologie neurovasculaire, ou un gériatre ou un médecin de médecine physique et réadaptation disposant d'une compétence et d'une expérience en pathologie neurovasculaire ou d'un accès à une expertise neurovasculaire. Un médecin tabacologue peut être requis.

L'équipe comprend en fonction des besoins des professionnels paramédicaux et du travail social : infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute, psychologue, neuropsychologue, psychomotricien, assistante sociale, diététicien.

Les associations de patients sont associées à ce dispositif de suivi.

VII. – ORGANISATION DE LA CONSULTATION D'ÉVALUATION PLURIPROFESSIONNELLE POST-AVC

Origine de la demande

La demande est à l'initiative :

- essentiellement des professionnels des services hospitaliers, notamment neurologie, médecine, gériatrie aiguë, SSR) qui ont pris en charge les patients à la phase initiale de leur AVC ou AIT ;
- mais également :
- des professionnels libéraux : médecins généralistes, médecins spécialistes, et professionnels paramédicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens) ;
 - des professionnels du travail social (assistante sociale, auxiliaire de vie sociale) ;
 - des associations de patients ;
 - des patients eux-mêmes et/ou de leur entourage.

Une information doit être réalisée auprès de l'ensemble des acteurs de la filière AVC.

Lieu et organisation de l'évaluation de cette consultation

La consultation post-AVC peut avoir lieu dans le service de neurologie, de SSR neurologique ou gériatrique impliqué dans la filière AVC, ou en ville, selon l'importance des séquelles et de leurs conséquences sur l'autonomie des patients.

Il peut s'agir d'une consultation avec un ou plusieurs professionnels, comprenant des examens réalisés par des professionnels de santé médicaux et paramédicaux.

Une fiche d'aide à l'orientation pour l'infirmière ou la secrétaire recevant la demande de rendez-vous peut être proposée.

Déroulé de la consultation post-AVC

Le bilan (élaboré avec des échelles et grilles validées) vise à une évaluation globale de la personne et de son environnement (5E) :

- évaluation médicale avec éducation thérapeutique et prévention secondaire ;
- évaluation du handicap moteur ;
- évaluation neuropsychocognitive ;
- existence de polyopathologies associées ;
- entourage environnemental.

Il repose sur le document de consensus des professionnels définissant le contenu de consultation d'évaluation pluri professionnelle post AVC validé par le groupe de travail DGOS, en lien avec la Haute Autorité de santé (annexe 2).

Synthèse et préconisations

À l'issue du bilan, sont élaborées :

- une synthèse associant les évaluations médicale, rééducative, psychologique et sociale
- des préconisations en termes d'avis spécialisés, de suivi, de rééducation, d'éducation thérapeutique, d'orientation vers des structures adaptées et d'aides pour l'entourage.

Il sera transmis au médecin généraliste et aux différents professionnels prenant en charge le patient sous forme de courrier.

VIII. – TRAITEMENT DES DONNÉES D'ÉVALUATION

Les données à traiter concernent :

- les aspects épidémiologiques ;
- les séquelles des patients ayant été victimes d'AVC (échelle de Rankin, score de Barthel) ;
- leur retentissement sur les activités de la vie (Échelle d'Activités Instrumentales de la Vie Courante [IADL], EuroQol 5 Dimensions, WSAS Échelle d'adaptation au travail et social... ;
- les troubles de l'humeur (Hopital anxiety and depression score [HADS]) ;
- la qualité de vie des patients et de leur entourage ;
- le suivi médical, paramédical, psychologique et social des patients ;

- les préconisations adaptées à chaque patient et à son entourage en terme de suivi ; médical, rééducatif, psychologique, social.

Les données d'activité sont collectées par le responsable de la consultation d'évaluation pluriprofessionnelle post-AVC, et déposées sur la grille de recueil de l'établissement (annexe 3).

IX. – INDICATEURS CONCERNANT LA CONSULTATION PLURIPROFSSIONNELLE POST-AVC ET AIT

Le dispositif sera évalué annuellement permettant d'apprécier la montée en charge de cette consultation, et son déploiement infrarégional. Il permettra également d'assurer une comparaison interrégionale.

Les deux principaux objectifs seront de :

- renseigner l'activité externe des établissements de santé prenant en charge des patients dans les suites d'un accident vasculaire cérébral et l'activité externe de neurologie sur la période d'activité annuelle par trimestre ; notamment le nombre de consultations (CS) relatives à la prise en charge externe des accidents vasculaires cérébraux et nombre total de consultations externes réalisées en neurologie sur un an ;
- renseigner la composition des équipes affectées à cette activité, médicale et non médicale.

ANNEXE 2

RÉFÉRENTIEL DGOS DU CONTENU DE CONSULTATION D'ÉVALUATION PLURIPROFESSIONNELLE POST-AVC (NEUROVASCULAIRE, MÉDECINE PHYSIQUE ET RÉADAPTATION, GÉRIATRIE)

i) OBSERVATION CLINIQUE ET HANDICAP DU PATIENT	ii) PLANIFICATION DES BESOINS
<p>EVALUATION EDUCATION THERAPEUTIQUE ET PREVENTION SECONDAIRE (E1)</p> <p><input type="checkbox"/> PAS DE RISQUE DE RECIDIVE</p> <p><input type="checkbox"/> INFARCTUS OU HEMORRAGIE AVEC FDR A SURVEILLER</p> <p><input type="checkbox"/> HTA</p> <p><input type="checkbox"/> DIABETE</p> <p><input type="checkbox"/> OBESITE</p> <p><input type="checkbox"/> TABAC</p> <p><input type="checkbox"/> DYSLIPEMIE</p> <p><input type="checkbox"/> INFARCTUS OU HEMORRAGIE AVEC ETIOLOGIE IDENTIFIEE, A SURVEILLER</p> <p><input type="checkbox"/> CARDIAQUE</p> <p><input type="checkbox"/> HEMATOLOGIQUE</p> <p><input type="checkbox"/> MALADIE GENETIQUE</p> <p>BILAN INITIAL ETIOLOGIQUE FAIT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>CE CLIA A ETE PREVU LA TERREURMENT A-T-IL ETE FAIT ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>AFFECTION LONGUE DUREE (ALD) ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>EVALUATION HANDICAP MOTEUR (E2)</p> <p>DÉPENDANCE PHYSIQUE</p> <p>PARALYSIES <input type="checkbox"/> ABSO MODERE <input type="checkbox"/> SEVERE</p> <p>SPASTICITE GENANTE <input type="checkbox"/> ABSO MODERE <input type="checkbox"/> SEVERE</p> <p>ANESTHESIES <input type="checkbox"/> ABSO MODERE <input type="checkbox"/> SEVERE</p> <p>APHASIE <input type="checkbox"/> ABSO MODERE <input type="checkbox"/> SEVERE</p> <p>NEGLECTANCE VISUOSPATIALE <input type="checkbox"/> ABSO MODERE <input type="checkbox"/> SEVERE</p> <p>HLH - GLH <input type="checkbox"/> ABSO MODERE <input type="checkbox"/> SEVERE</p> <p>TROUBLES DE LA DEGLUTITION <input type="checkbox"/> ABSO MODERE <input type="checkbox"/> SEVERE</p> <p>DE L'ELIMINATION URINAIRE <input type="checkbox"/> ABSO MODERE <input type="checkbox"/> SEVERE</p> <p>DE L'ELIMINATION FECALE <input type="checkbox"/> ABSO MODERE <input type="checkbox"/> SEVERE</p> <p>DE LA SEXUALITE <input type="checkbox"/> ABSO MODERE <input type="checkbox"/> SEVERE</p> <p>DELIMITATION D'ACTIVITE</p> <p>SE LEVER SEUL <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>RISQUE DE CHUTE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>FAIRE SES TRANSFERTS (UNE SURFACE A L'AUTRE) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>MARCHER SEUL INTERIEUR <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>EXTERIEUR (TRANSPORTS) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>SE DEPLACER EN FAUTEUIL ROULANT SEUL <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>FAIRE SA TOILETTE SEUL <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>UTILISER LES WC SEUL <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>MANGER UN REPAS PREPARE SEUL <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>INCONTINENCE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>COMMUNIQUEUR - PROCHES <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>EXTERIEUR (APPEL SECOURS, COURSES) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>GÉRER SES COMPTES AFFAIRES PERSONNELLES <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>GÉRER SEUL SES TRAITEMENTS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>LE PATIENT BENEFICIE-T-IL D'UNE AIDE HUMAINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>SI OUI LAQUELLE ? TEMPS QUOTIDIEN MOYEN (H)</p> <p>EVALUATION NEUROPSYCHOCOGNITIVE (E3)</p> <p>SYNDROME DYSEXÉCUTIF <input type="checkbox"/> ABSO MODERE <input type="checkbox"/> SEVERE</p> <p>DETERIORATION INTELLECTUELLE <input type="checkbox"/> ABSO MODERE <input type="checkbox"/> SEVERE</p> <p>EXISTENCE POLYPATHOLOGIES ASSOCIEES (E4)</p> <p>CSURHANDICAP <input type="checkbox"/> PLURHANDICAP <input type="checkbox"/> POLYHANDICAP <input type="checkbox"/> POLYPATHOLOGIES</p> <p>(DAP, PMS, PSE) (1 OUI 15 DEP DE BENE D) (BENECTY+ EXISTENCE AUTONOMES)</p>	<p>BESOIN D'UN BILAN COMPLEMENTAIRE</p> <p>ORTHOPHONISTE FAIT... <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON A FAIRE/REFAIRE ... <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>KINESITHERAPEUTE FAIT... <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON A FAIRE/REFAIRE ... <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>ERGOTHERAPEUTE FAIT... <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON A FAIRE/REFAIRE ... <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>AUTRE</p> <p>BESOIN D'UN AYS MEDICAL COMPLEMENTAIRE</p> <p>NEUROLOGUE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>RPE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>GERIATRE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>CARDIOLOGUE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>AUTRES : ORTHOPEDISTE, NEUROCHIR, PSYCHIATRE ...</p> <p>BESOIN D'UN SOUTIEN PSYCHOTHERAPEUTIQUE</p> <p>PATIENT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>PROCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>MESURES DE PROTECTION</p> <p>JURIDIQUE <input type="checkbox"/> A ENVISAGER</p> <p>..... <input type="checkbox"/> A ENVISAGER DE LEVER</p> <p>..... <input type="checkbox"/> EXISTANTE A MAINTENIR</p> <p>PROFESSIONNELLE</p> <p>REPRISE A ENVISAGER ; DEMARCHES FAITES <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>REPRISE INEVISAGEABLE ; DEMARCHES FAITES <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>CONCURRE AUTOMOBILE</p> <p>FORMELLEMENT CONTRE-INDIQUEE ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>POSSIBLE SANS PERMIS SPECIAL ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>LES DEMARCHES ONT-ELLES ETE FAITES ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>(COMMISSION MEDICALE)</p> <p>EVALUATION ENTOURAGE ENVIRONNEMENTAL (E5)</p> <p>LIEU DE VIE <input type="checkbox"/> DOMICILE <input type="checkbox"/> EHPAD</p> <p>MODE DE VIE</p> <p>SEUL <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>EN COUPLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>EN FAMILLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>DIAGNOSTIC AUTONOME DE L'HABITAT</p> <p>FAIT : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON A FAIRE/REFAIRE : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>AIDES MISES EN ŒUVRE</p> <p><input type="checkbox"/> DOSSIER MDPH EN COURS, ADAPTE</p> <p><input type="checkbox"/> DOSSIER A METTRE EN ŒUVRE LA READAPTER</p> <p><input type="checkbox"/> CAPA <input type="checkbox"/> PCH <input type="checkbox"/> AAH <input type="checkbox"/> ASH / ASPA</p> <p>SOUHAITS ET PROJET DE VIE DE LA PERSONNE</p> <p><input type="checkbox"/> RETOUR DOMICILE <input type="checkbox"/> EHPAD <input type="checkbox"/> AUTRE</p> <p><input type="checkbox"/> REPRESENTANT LEGAL <input type="checkbox"/> CONSENSUS <input type="checkbox"/> DISSOCIE</p> <p>REFERENTS</p> <p>ADANT REFERENT (NOM, TEL) :</p> <p>MEDECIN REFERENT (NOM, TEL) :</p> <p>MEDECIN TRAITANT (NOM, TEL) :</p>
iii) SYNTHÈSE	
<p>CONTRAINTES DU PARCOURS DE SOIN</p> <p>READAPTATION</p> <p>SOINS INFIRMIERS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>ORTHOPHONIE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>KINESITHERAPE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>ERGOTHERAPE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>APPAREILLAGE</p> <p>PETIT <input type="checkbox"/> GRAND</p> <p>SOINS OU TRAITEMENT NOCTURNE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>VENTILATION <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>CONTRAINTE ALIMENTAIRE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>OBJECTIF GLOBAL DU PROJET DE VIE</p> <p>PERTE D'AUTONOMIE GR <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6</p> <p>REALISATION EFFECTIVE ACTIVITES <input type="checkbox"/> SEUL <input type="checkbox"/> PARTIELLT <input type="checkbox"/> AVEC AIDE <input type="checkbox"/> NON</p> <p>ASSOCIATION DE SOUTIEN <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>
<p>TRAITEMENT</p> <p>TRAITEMENT MEDICAL PREVENTIF:</p> <p>DE RECIDIVE <input type="checkbox"/> A POURSUIVRE <input type="checkbox"/> A MODIFIER</p> <p>DE COMPLICATION <input type="checkbox"/> A POURSUIVRE <input type="checkbox"/> A MODIFIER</p> <p>PRISE EN CHARGE REGULIERE</p> <p><input type="checkbox"/> CONSULTATION DE SPECIALITE + <input type="checkbox"/> EDUCATION THERAPEUTIQUE</p>	<p>PREVOIR</p> <p><input type="checkbox"/> SEJOUR DE REPIT</p> <p><input type="checkbox"/> MASPFAM</p> <p><input type="checkbox"/> HOSPITALISATION COMPLETE</p> <p><input type="checkbox"/> HAD</p> <p><input type="checkbox"/> HDJ</p> <p><input type="checkbox"/> SSIAD</p> <p><input type="checkbox"/> AUTRE</p>
<p>TRANSMISSION DANS LES 8 JOURS AU MEDECIN TRAITANT, MEDECIN D'EHPAD, MASSEUR-KINESITHERAPEUTE, ORTHOPHONISTE, ERGOTHERAPEUTE, RESEAU DE SOINS</p>	

ANNEXE 3

ENQUÊTE ANNUELLE RELATIVE À LA PRISE EN CHARGE EXTERNE DES PATIENTS VICTIMES D'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

Identification du site réalisant la consultation (liste déroulante avec sélection géographique région/filtre/établissement):

N° FINESS géographique	Sélection du FINESS géographique	liste déroulante
------------------------	----------------------------------	------------------

Identification du référent qui renseigne:

Nom	inscrivez votre nom	saisie
Fonction	inscrivez votre fonction (médical / administratif, intitulé de la fonction exacte)	liste déroulante
Téléphone	inscrivez votre n° de téléphone	saisie optionnelle

GRILLE DE RECUEIL CONSULTATION D'ÉVALUATION PLURIPROFESSIONNELLE POST-AVC

1) Renseigner l'activité externe des établissements de santé prenant en charge des patients dans les suites d'un accident vasculaire cérébral et l'activité externe de neurologie sur la période d'activité annuelle par trimestre.
2) Renseigner la composition des équipes affectées à cette activité.

Le périmètre de ce questionnaire concerne uniquement l'activité externe des établissements de santé prenant en charge des patients au décours d'un accident vasculaire cérébral.
Ce questionnaire ne prend en compte ni l'hospitalisation, ni l'hôpital de jour. Il est donc important de ne pas comptabiliser les consultations des patients hospitalisés ou en HDJ.

On distingue 2 types de consultations pluriprofessionnelles:
- simple: présence d'un professionnel médical et d'un professionnel non médical au plus;
- complexe: présence d'un professionnel médical et d'au moins deux professionnels non médicaux.

Période d'activité

Année
Trimestre

1) Nombre de consultations (CS) relatives à la prise en charge externe des accidents vasculaires cérébraux et nombre total de consultations externes réalisées en neurologie par trimestre

Nombre total de CS externes en neurologie
Nombre total de CS externes neurovasculaires (AIT/AVC)
Nombre de CS « simples » à 3, 6 ou 12 mois post-AVC
Nombre de CS « complexes » à 3, 6 ou 12 mois post-AVC
% CS « complexes » 3-6-12 mois post-AVC / Nombre total de consultations 3-6-12 mois post-AVC
File active des AVC en UNV dans l'ES (nbr AVC en UNV/nbr AVC dans l'ES) (DP: I61,I63,I64)
Délai moyen d'obtention de rendez-vous consultation externe de neurologie

2) Nombre de consultations (CS) externes neurovasculaires identifiant des contraintes dans le parcours de soins et dans le projet de vie par trimestre

Nombre de CS identifiant des soins de réadaptation
Nombre de CS identifiant une gastrostomie
Nombre de CS identifiant une sonde nasogastrique
Nombre de CS identifiant une ventilation
% CS avec soins de réadaptation identifiés/nombre total de CS 3-6-12 mois post-AVC
% CS avec ventilation identifiée/nombre total de CS 3-6-12 mois post-AVC
Nombre de CS avec dossiers MDPH en cours

% de CS avec dossier MDPH en cours/ nombre total de CS 3-6-12 mois post-AVC

Equivalent Temps Plein (ETP): effectif rémunéré sur 12 mois

3) Composition de l'équipe médicale et non médicale dédiée à l'activité externe des accidents vasculaires cérébraux par trimestre
<i>Statut PM</i>
ETP PM en neurologie
ETP PM dédié neurovasculaire
ETP PM en médecine physique et réadaptation (MPR)
ETP PM en gériatrie
<i>ETP paramédical par profession</i>
Neuropsychologue
Psychologue
Masseur-kinésithérapeute
Dietéticien
Orthophoniste
Infirmier
Ergothérapeute
Assistante sociale
Secrétariat
Autres

Médecins libéraux (avec compétence et expérience neurovasculaire):
Neurologue (1) MPR (2) gériatre (3)
Nombre de CS standard bilan post-AVC par mois
Nombre de CS pluridisciplinaire et/ou complexe adressée en centre hospitalier par mois

ANNEXE 4

MODALITÉS DE FINANCEMENT DE LA CONSULTATION D'ÉVALUATION PLURIPROFESSIONNELLE POST-AVC

L'action 6 du Plan d'action national AVC 2010-2014 a pour objectif de « définir le contenu d'une consultation bilan post-AVC, l'expérimenter et la mettre en œuvre ».

La répartition de l'offre de consultations post AVC doit permettre d'assurer en proximité un suivi de tous les AVC.

Le financement est prévu en deux tranches: la première pour environ la moitié des Unités neuro-vasculaires (UNV) et des Soins de suite et réadaptation (SSR), et la deuxième tranche pour l'autre moitié. La montée en charge progressive sur deux ans de ce dispositif devra aboutir à une couverture effective de la prise en charge de l'ensemble des AVC sur les territoires.

I. – RAPPEL DES MODALITÉS ORGANISATIONNELLES

La prise en charge des personnes victimes d'AVC dans les situations simples avec peu de séquelles, relève du recours au professionnel médical de ville ou hospitalier et ne conditionne pas de supplément financier à la tarification conventionnelle.

La prise en charge des situations graves ou complexes relève d'une organisation pluriprofessionnelle hospitalière, faisant l'objet du financement spécifique décrit au point II :

L'objectif est de renforcer la cohérence de la coordination ville/hôpital et de promouvoir la pluriprofessionnalité de la prise en charge :

- en MCO, ces consultations sont réalisées sur le site de l'UNV par un neurologue hospitalier ou libéral assurant le suivi des personnes victimes d'AVC dans le cadre d'évaluations pluriprofessionnelles ;
- en SSR neurologie et/ou gériatrie, ces consultations sont réalisées sur le site SSR par un médecin de médecine physique et réadaptation ou un gériatre, hospitalier ou libéral ayant compétence et expérience en pathologie neuro-vasculaire ou accès à une expertise neurovasculaire, également dans le cadre d'évaluations pluriprofessionnelles.

L'identification des acteurs impliqués dans la filière AVC sur chaque territoire de santé renforce la cohérence du suivi des personnes victimes d'AVC.

II. – LES MODALITÉS DU FINANCEMENT DE LA « CONSULTATION D'ÉVALUATION PLURIPROFESSIONNELLE POST-AVC »

L'objectif de ce financement est d'accompagner la mise en place du dispositif sur les territoires pour permettre d'assurer à tout patient victime d'AVC un suivi à distance de son accident aigu dans le cadre d'une consultation d'évaluation pluriprofessionnelle.

Le montant délégué en 1^{er} circulaire 2015 est de 2,809 M€ qui se répartissent à hauteur de 1,875 M€ (AC) en MCO pour assurer la mise en place des consultations sur des sites UNV et de 0,934 M€ (DAF) sur des sites SSR publics et Espic.

- En complément, pour assurer la couverture territoriale complète du dispositif :
- une deuxième tranche de financement est prévue pour des sites UNV et SSR ;
 - une dotation est prévue pour les établissements privés SSR.

Ces crédits seront attribués en fonction de l'effectivité de l'engagement de la première tranche et des besoins restant à couvrir. Un point sera à transmettre par les ARS à cet effet au plus tard à l'automne 2015 (annexe 5).

La répartition des dotations nationales entre les régions a été réalisée sur la base du nombre de séjours AVC régional par rapport au nombre de séjours AVC national de l'année N - 1 (2014, données ATIH). Elle doit permettre de mobiliser au sein des sites de consultations, des professionnels de santé paramédicaux et autres professionnels non médicaux (infirmières, orthophonistes, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, psychologues et neuropsychologues, diététiciens, assistantes sociales et secrétaires médicales) ainsi qu'un temps de coordination médicale. La consultation médicale est facturée par ailleurs.

Les ARS ont en charge d'allouer les dotations régionales aux sites UNV et SSR en s'appuyant sur le modèle économique ci-dessous :

Pour le MCO: le modèle de financement proposé repose sur un socle fixe et une part variable, estimés comme suit:

- socle évalué à 22 500 € pour un seuil d'activité de 300 consultations annuelles;
- part variable évaluée à hauteur de 3 750 € par tranche de 50 consultations supplémentaires.

Les montants proposés peuvent être ajustés en fonction des spécificités territoriales.

Pour le SSR: le modèle de financement proposé repose également sur un socle fixe et une part variable, estimés comme suit:

- socle de 15 000 € pour un seuil d'activité de 200 consultations annuelles;
- part variable évaluée à hauteur de 3 750 € par tranche de 50 patients supplémentaires.

Les montants proposés peuvent être ajustés en fonction des spécificités territoriales.

III. – LES MODALITÉS D'ÉVALUATION DU DISPOSITIF ET LES INDICATEURS DE SUIVI

Il est demandé aux ARS d'évaluer la montée en charge de ces consultations ainsi que leur impact dans la prise en charge de la population.

Pour réaliser cette évaluation, le responsable de la consultation d'évaluation pluriprofessionnelle post-AVC collectera les données d'activité au moyen d'une grille de recueil (annexe 3).

Les ARS veilleront à la collecte de ces données par les établissements pour permettre de réaliser une synthèse au niveau national.

ANNEXE 5

GRILLE DE RECUEIL DU DISPOSITIF STRATÉGIQUE PRÉVISIONNEL DES ARS POUR LES CONSULTATIONS D'ÉVALUATION PLURIPROFESSIONNELLE POST-AVC

	2015			2016	
	Nombre de structures identifiées dans la filière AVC	Structures financées (nom de l'établissement et FINESS géographique)	Activité (nombre de CS/6 mois)	Structures restant à financer (nom de l'établissement et FINESS géographique)	Activité (nombre de CS/an)
UNV					
SSR Public/Espic					
SSR privé					

- Utiliser les WC seul OUI NON Aides Techniques
Manger seul un repas préparé OUI NON Aides
Techniques
Incontinence OUI NON
Communiquer avec ses proches OUI NON Difficilement
Aides Techniques
Communiquer avec l'extérieur (SOS, courses...) OUI NON
Gérer ses comptes/affaires personnelles OUI NON Ne faisait
pas avant l'AVC
Gérer seul ses traitements OUI NON Ne faisait pas
avant l'AVC
Le patient bénéficie-t-il d'une aide humaine ? OUI NON
Si oui, laquelle ?
Temps quotidien moyen (H) :

Evaluation Neuropsychocognitive (E3)

- Syndrome dysexécutif Abs Modéré Sévère
Détérioration intellectuelle Abs Modéré Sévère

Existence de Polypathologies Associées (E4)

- SURHANDICAP (Def. Phys. + Psy.)
 PLURIHANDICAP (≥ 2 Def. de même degré)
 POLYHANDICAP (Restriction extrême autonomie)
 POLYPATHOLOGIES

II – Planification des besoins

Besoin de bilans et/ou prises en charge complémentaires

- Orthophoniste :** FAIT OUI NON A FAIRE/REFAIRE OUI
NON
Kinésithérapeute : FAIT OUI NON A FAIRE/REFAIRE OUI
NON
Ergothérapeute : FAIT OUI NON A FAIRE/REFAIRE OUI
NON
Neuropsychologue : FAIT OUI NON A FAIRE/REFAIRE
OUI NON
Autre(s) :

Besoin d'avis médicaux complémentaires

- Neurologue** OUI NON
Neurochirurgien OUI NON
MPR OUI NON
Gériatre OUI NON
Cardiologue OUI NON
Ophtalmologue OUI NON
Endocrinologue OUI NON
Autre(s) :

Besoin d'un soutien psychothérapeutique

- Patient** OUI NON **Proches** OUI NON
Qui ?

Mesure de protection

Juridique A envisager Existante à maintenir Existante à envisager de lever

Professionnelle :

Reprise à envisager : démarches faites OUI NON

Reprise inenvisageable : démarche faites OUI NON

Reprise à réévaluer ultérieurement : OUI NON

Conduite automobile :

Formellement contre-indiquée ? OUI NON

Fortement déconseillée ? OUI NON

Evaluations : Réalisées A réaliser Non nécessaires

Démarche faites ? OUI NON

Evaluation Entourage Environnemental (E5)

Lieu de vie Domicile EHPAD M.A.S F.A.M. Autre :

Mode de vie Seul En couple En famille

Diagnostic autonomie de l'habitat : FAIT OUI NON A

FAIRE/REFAIRE OUI NON

Aides techniques en place :

Démarches mises en œuvre :

Dossier en cours, adapté C.I. C.S.E.

RQTH AAH

Dossier en cours, à réadapter → APA PCH AH PCH AT

Dossier à faire Or. UEROS Or. MAS Or.

FAM Or SAVS/SAMSAH

Souhaits et projet de vie de la personne : R.A.D. Institution

Autre : Représentant légal : Consensus Dissocié

Référents :

Aidant référent : Nom Prénom :

Téléphone :

Médecin Spé référent : Nom Prénom :

Téléphone :

Médecin traitant : Nom Prénom :

Téléphone :

III – Synthèse

Contraintes du parcours de soin

Réadaptation : **Soins infirmiers** OUI NON

Orthophonie OUI NON

Kinésithérapie OUI NON

Ergothérapie OUI NON

Appareillage : Petit Grand

Soins ou traitements nocturnes : OUI NON
Ventilation : OUI NON
Contrainte alimentaire : OUI NON

Objectif global du projet de vie

Perte d'autonomie **GIR** 1 2 3 4 5 6
Réalisation effective d'activités Seul Partiellement Avec aide
Non
Association de soutien OUI NON

Traitement

Traitement médical préventif :

De récidence A poursuivre A modifier
De complication A poursuivre A modifier

Prise en charge régulière Consultation de spécialité Education thérapeutique

Aides techniques à envisager :

Prévoir : Séjour de répit FAM/MAS Hospitalisation complète
 HAD HDJ SSIAD
 Suivi Cons. MPR Cs Réseau Médecine du travail
 Autre : 

Echelles réalisées :

Rankin GIR BARTHEL
 MOCA BREF HADS
 EUROQOL 5 ZARIT EVA qualité Vie

Transmission dans les 8 jours au médecin traitant, médecin d'EHPAD, kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute, réseau de soins.

Annexe 4 : tableau de recueil des données utilisé

DONNEES DEMOGRAPHIQUES
Sexe
Age au moment de l'AVC
Antécédent d'AVC
Latéralité
Niveau d'étude
Profession avant AVC
Loisirs avant AVC
Conduite avant AVC
Permis de conduire
Facteurs de risque cardiovasculaire avant AVC ou pas
FDRCV contrôlés avant AVC
Antécédents psychiatriques avant AVC
L'AVC
Type d'AVC (hémorragique, ischémique, hémorragie sous arachnoïdienne, thrombophlébite)
Sus ou sous-tentorial
Latéralité AVC
Etiologie connue ou non
L'étiologie
Date de survenue AVC
Traitement hyper aigu de l'AVC ou pas
Quel traitement hyper-aigu (thrombolyse, thrombectomie, neurochirurgie)
Réussite ou échec
Date sortie d'hospitalisation
Durée d'hospitalisation
Rankin pré-AVC
NIHSS initial
NIHSS de sortie d'hospitalisation
Rankin de sortie d'hospitalisation
Service adresseur de la consultation
CONSULTATION ARS
Date de la consultation ARS
Délai AVC-consultation ARS
Venue ou non à la consultation ARS
Accompagnement ou non à la consultation
REFERENTIEL DGOS
PARTIE E1
Surveillance
Bilan étiologique initial fait
Examens réalisés à la sortie de MCO
ALD faite ou non
AUTRE
Plaintes du patient

Plainte physique
Type de plainte physique
Plainte cognitive
Plainte visuelle
Plainte phasique/arthrique
Plainte comportement
Plainte thymique
Plainte douloureuse
Plainte fatigue
Plainte sur sommeil
Plaintes autre (phono-phobie, vertige, trouble érectile)
Plaintes de l'entourage suivi du même recueil de plaintes que précédemment (-12 CASES)
PARTIE E2
Paralysie
Spasticité gênante
Trouble de la sensibilité
Aphasie
Négligence spatiale unilatérale
HLH ou QLH
Trouble de la déglutition
Trouble de l'élimination urinaire
Trouble de l'élimination fécale
Trouble de la sexualité
Se lever seul
Risque de chute
Transferts seul
Marche seul en intérieur
Marche seul en extérieur
Transports seul
Déplacement seul en fauteuil roulant manuel
Se lave seul
WC seul
Mange seul un plat préparé
Incontinence
Communiquer avec ses proches
Communiquer avec l'extérieur
Gestion de l'administratif et budget
Gestion des médicaments seul
Aide humaine ou non
Si oui quelle aide humaine ?
AUTRE EN PLUS
Préparation d'un repas
Faire les courses
Gestion du domicile
RDV plannings
Bricolage
Douleurs chroniques ou non
Type de douleur
Fatigue fatigabilité ou non

Trouble psychologique post AVC ou non
Type de trouble psychologique
Impact du trouble psychologique
Trouble du sommeil
Modification comportementale
Type de modification comportementale
Impact au quotidien de modification comportementale
PARTIE E3
Syndrome dysexécutif
Détérioration intellectuelle
PARTIE BESOIN BILAN OU PRISE EN CHARGE
Rééducation libérale post MCO
Kinésithérapie libérale post MCO
Ergothérapie libérale post MCO
Neuropsychologie post MCO
Autre libéral post MCO
Quel autre libéral ? (orthoptie, sophrologie)
Prescription ou non de kinésithérapie post consultation
Prescription ou non orthophonie post consultation
Prescription ou non ergothérapie post consultation
Prescription ou non de neuropsychologie post consultation
Prescription autre libéral ou non post consultation
BESOIN AVIS
Neurologue
Neurochirurgien
MPR
Gériatre
Cardiologue
Ophthalmologue
Endocrinologue
Autre spécialiste (-18 cases)
Recherche de SAS initiée ou non
Besoin suivi psychologique pour le patient
Besoin suivi psychologique pour les proches
MESURE DE PROTECTION
Juridique
Arrêt de travail à sortie MCO
Reprise professionnelle avant consultation ARS
Durée arrêt travail si reprise professionnelle
Si non reprise professionnelle à envisager ou inenvisageable ou à réévaluer)
Reprise conduite ou non

Reçu info sur conduite avant consultation
Patient a eu problème pour conduire ou pas
Contre-indication à conduite ou conduite déconseillée
Evaluation conduite faite ou pas
Démarches revalidation faite ou pas
Reprise des loisirs ou pas
PARTIE E5
Lieu de vie (domicile, institution...)
Mode de vie (famille, couple, célibataire...)
Aides techniques au domicile ou pas
Type d'aide (cane, déambulateur releveur, FRM, FRE, orthèse posture, lit médicalisé, guidon transfert, chaise douche ou percé, prothèse marche))
Démarches administratives en cours ou pas (APA, CSI CSE, AAH, RQTH...)
CONSTRAINTES PARCOURS DE SOINS
Soins IDE ou pas
OBJECTIF PROJET DE VIE
Réalisation effective d'activité (seul, aide)
TRAITEMENT
Traitement médical préventif récurrence (poursuivi, modifié)
Traitement médical préventif complication (poursuivi, modifié)
Listing des principales molécules utilisées en post AVC (antiagrégant plaquettaire, antihypertenseur, anticoagulant, statine...)
Prescription d'appareillage ou pas
Prescription d'aides technique au déplacement ou pas
Prescription d'autre aide technique telle que téléalarme
Réorganisation des examens complémentaires initialement prévus
Ajout d'un suivi d'un spécialiste ou pas
Suivi de MPR ou pas et si oui combien de consultation
Orientation du patient (HAD, HDJ rééducation, hospitalisation semaine bilan, hospitalisation complète rééducation, consultation spasticité, suivi psychologue, médecine du travail, bilan neuropsychologique pour conduite ou pas, simulateur conduite)
ECHELLES
Rankin, GIR, Barthel, MoCA, BREF, HADs, EVA état de santé, EuroQol-5, ZARIT, EVA qualité de vie

AUTEUR : Nom : LEGOUIT

Prénom : Camille

Date de soutenance : 6 octobre 2021

Titre de la thèse : Bilan des consultations labellisées post-AVC chez les patients sortant à domicile après un séjour en UNV

Thèse - Médecine - Lille 2021

Cadre de classement : Médecine Physique et de Réadaptation

DES + spécialité : Médecine Physique et de Réadaptation

Mots-clés : AVC léger, handicap invisible, consultation pluridisciplinaire,

Résumé : Contexte : Les patients sortant directement au domicile dans les suites d'un AVC sont la plupart du temps décrit comme léger. Il n'y a pas de définition consensuelle concernant la définition de ce terme, ce qui implique d'importantes conséquences tout au long du parcours de ces personnes. Devant une prise de conscience progressive des difficultés spécifiques, multiples et souvent invisibles de ces personnes au domicile, des consultations de suivi d'évaluation pluridisciplinaire ont été mises en place nationalement depuis 2016.

Objectifs : Il s'agissait d'effectuer un bilan des problématiques émergentes médicales et fonctionnelles rencontrées par les patients ayant subi un AVC léger et leur entourage, et d'évaluer quelles sont les propositions d'orientation et de suivi actuelles.

Méthode : L'inclusion des patients a été faite rétrospectivement, parmi tous les patients adressés par les services de neurologie, neurochirurgie, qui ont été programmés en consultation d'évaluation pluridisciplinaire, après une sortie directe post-MCO au domicile, avec un recueil basé sur les données des différents courriers.

Résultats : En dépit d'une attente d'un bon résultat fonctionnel, une majorité des patients avaient de multiples plaintes. Les principales évoquées concernaient la fatigue, les difficultés cognitivo-comportementales, les difficultés physiques et thymiques. L'entourage avait des remarques parfois divergentes mais complémentaires. L'examen spécifique des difficultés retrouvaient une proportion encore plus importante de ces difficultés. L'impact était multisystémique chez ces patients. Un suivi spécialisé MPR a été proposé pour un tiers des patients avec différentes modalités : rééducation libérale, suivi en consultation MPR ou par le réseau TC-AVC Hauts-de-France, bilan d'évaluation par des thérapeutes, hospitalisations de durées adaptées.

Conclusion : Les consultations d'évaluation pluridisciplinaire sont le début du parcours pour les personnes victimes d'un AVC léger, qui apparaît indispensable pour le dépistage des difficultés invisibles des personnes. Le retentissement peut être majeur pour ces personnes et leur entourage et la prise en charge des difficultés spécifiques nécessite un suivi auprès d'un personnel formé aux spécificités de ces problématiques.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur A. THEVENON

Assesseurs :

Madame le Docteur N. DEQUATRE-PONCHELLE

Madame le Docteur C. GUITARD

Monsieur le Docteur X-M. MOLDERS

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur E. ALLART