

UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année : 2025

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Évaluation des attentes des médecins généralistes dans la prise en charge neuro rééducative du post AVC chez les patients ayant subi un AVC léger, étude quantitative dans le Nord-Pas-de-Calais.

Présentée et soutenue publiquement le 12 décembre 2025 à 18 heures
au Pôle Formation

par Axelle FOURNEL

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Etienne ALLART

Assesseurs :

Madame le Docteur Isabelle BODEIN

Monsieur le Docteur François MOUNIER-VEHIER

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Stéphane SINGIER

AVERTISSEMENT

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

Listes des abréviations

- AVC : accident vasculaire cérébral
- HTA : hypertension artérielle
- FA : fibrillation atriale
- SOMFER : Société française de médecine physique et de réadaptation
- UNV : unité neuro vasculaire
- AIT : accident ischémique transitoire
- MG : médecins généralistes
- HAS : Haute Autorité de Santé
- MPR : Médecine physique et réadaptation
- SAOS : syndrome d'apnée obstructif du sommeil

Table des matières

LISTES DES ABREVIATIONS	5
I. INTRODUCTION	9
1.DEFINITION	9
2.EPIDEMIOLOGIE	10
3.L'AVC « LEGER »	11
a) Définition.....	11
b) La problématique de l'AVC dit « léger »	14
4. LES SEQUELLES DE L'AVC	14
a) La fatigue.....	15
b) Les troubles cognitifs	15
c) La dépression	15
d) Les douleurs	16
e) Les troubles du sommeil	16
f) Les troubles de déglutition.....	16
g) La spasticité	16
h) Les troubles visuels et la reprise de la conduite automobile.....	17
i) Les troubles génito- urinaires.....	17
5. LA PRISE EN CHARGE DU POST-AVC.....	18
a) Le plan AVC 2010-2014.....	18
b) Parcours de soin post AVC chez les patients ayant subi un AVC léger	19
c) Service PRADO	21
d) Les attentes des patients.....	22
e) Place du médecin généraliste	23
6. OBJECTIF DE L'ETUDE	24
II. MATERIELS ET METHODES.....	25
1) DESCRIPTION DE L'ETUDE	25
a) Type d'étude	25
b) Description de la population	25
c) Variables recueillies	25
d) Critères de jugement :	26
2) QUESTIONNAIRE.....	26
a) Rédaction du questionnaire.....	26
b) Diffusion du questionnaire.....	27
3) CADRE REGLEMENTAIRE	27
4) ANALYSE DES DONNEES.....	27
III. RESULTATS	28
1) DESCRIPTION DE LA POPULATION	28
2) ÉVALUATION DES SYMPTOMES DU POST AVC EN MEDECINE GENERALE :	31
3) LES FREINS A L'EVALUATION DES SYMPTOMES DU POST AVC.....	33
a) Les douleurs neuropathiques.....	33
b) La fatigue ou la fatigabilité	34
c) Les troubles de déglutition.....	34
d) Séance d'orthophonie	35
e) Troubles cognitifs	36
f) La spasticité	36
g) Le syndrome dépressif	37
h) Les troubles visuels.....	38
i) L'autonomie.....	38
j) Troubles du sommeil.....	39
k) Troubles génito-urinaires	40
4) LE BESOIN EN FORMATION	40

5) LA CREATION D'UN OUTIL D'AIDE A LA CONSULTATION	43
a) <i>Intérêt de cet outil</i>	43
b) <i>Format de l'outil</i>	44
c) <i>Informations à faire apparaître</i>	44
IV. DISCUSSION	46
1) RESULTATS PRINCIPAUX ET COMPARAISON A LA LITTERATURE	46
a) <i>Généralités</i>	46
b) <i>Les freins décrits par les médecins généralistes</i>	47
c) <i>L'évaluation des besoins en formation</i>	47
d) <i>Création d'un outil d'aide à la consultation</i>	49
2) LES RECOMMANDATIONS ACTUELLES CONCERNANT LE POST-AVC	50
a) <i>Les douleurs post AVC</i>	50
b) <i>La fatigue ou la fatigabilité</i>	51
c) <i>Les troubles de déglutition, l'orthophonie</i>	53
d) <i>Les troubles cognitifs</i>	54
e) <i>La spasticité</i>	56
f) <i>Le syndrome dépressif</i>	58
g) <i>Les troubles visuels</i>	59
h) <i>L'autonomie</i>	59
i) <i>Les troubles du sommeil</i>	60
j) <i>Les troubles génito-urinaires</i>	62
3) FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	64
a) <i>Les forces</i>	64
b) <i>Les limites</i>	65
4) PERSPECTIVES	66
V. CONCLUSION	67
VI. BIBLIOGRAPHIE	68
VII. ANNEXES	75
RESUME	91

I. Introduction

1. Définition

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est défini par l'Organisation mondiale de la santé 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) Cette définition est large et comprend plusieurs entités cliniques : les infarctus cérébraux, les hémorragies intra cérébrale et les hémorragies méningées. Leurs étiologies et leurs facteurs de risque différent. (2)

Les infarctus cérébraux ou AVC ischémiques représentent 80 % des AVC, leur cause principale est l'occlusion d'une artère cérébrale par un thrombus. Les étiologies sont diverses : 25% ont une origine cardiaque (fibrillation atriale), 25% sont dus à une rupture de plaque d'athérome, 25% à une maladie des petites artères et 25% sont dus à d'autres causes plus rares comme les dissections carotidiennes ou vertébrales. La thrombose veineuse cérébrale, plus rare représente 1 % des AVC et a une origine veineuse.

Les hémorragies cérébrales représentent 15 % des AVC ; les hémorragies méningées en représentent 5 %. L'étiologie la plus fréquente est la rupture d'anévrisme, les autres causes sont représentées par les malformations vasculaires, les tumeurs, les traumatismes ou encore les maladies des petites artères.(3)

Les facteurs de risque d'AVC sont représentés par des facteurs non modifiables tels que l'âge, les antécédents familiaux d'AVC ou de maladie cardiovasculaire. Et des facteurs de risques modifiables comme le diabète, l'hypertension artérielle (HTA), la fibrillation atriale (FA), le tabagisme, l'hypercholestérolémie, l'obésité et le surpoids, la sédentarité, la consommation d'alcool, la faible consommation en oméga-6, le syndrome d'apnée du sommeil. (4),(5)

La prévention primaire a un rôle déterminant puisque plus de 90 % des AVC pourraient être évités. Le facteur de risque majeur d'AVC reste l'hypertension qui serait responsable d'un tiers des AVC dans les pays développés et deux tiers dans les pays en cours de développement.(6)

2.Epidémiologie

En France on dénombre 140 000 nouveaux cas d'accidents vasculaire cérébraux par an, soit un AVC toutes les quatre minutes. C'est également la première cause de handicap physique acquis de l'adulte, ainsi que la deuxième cause de démence et la deuxième cause de mortalité.

C'est un problème de santé publique, qui se reflète également dans le monde, où l'on retrouve 16 millions de nouveaux cas chaque année et 6,6 millions de décès.

Il existe en France et dans le monde actuellement une diminution de l'incidence des AVC, même si leur nombre absolu augmente en raison du vieillissement de la population (7).

L'âge moyen de survenu d'un AVC est de 74 ans, mais il faut souligner que 25 % des patients ont moins de 65 ans et 10 % ont moins de 45 ans. (3)

On note qu'il existe également une augmentation de l'incidence des AVC chez les patients jeunes (18-55 ans), bien que le taux de décès soit moindre que chez les patients plus âgés, cela représente un défi socio-économique important devant la difficulté à la reprise de l'emploi et l'impact sur la qualité de vie. (8)

En France, il existe trois registres qui répertorient les AVC : à Lille, à Brest et à Dijon. L'incidence annuelle globale pour ces trois centres est de 262,3/100 000 habitants. Pour Lille elle est de 297,8/100 000. Les différentes études réalisées sur ces registres montrent un gradient nord-sud décroissant. L'incidence est également plus faible chez les femmes, même si compte tenu de l'élévation du risque d'AVC avec l'âge et la part des femmes dans les groupes d'âges les plus élevés, le nombre absolu d'AVC dans la population est plus important chez les femmes.

Dans ces registres, les taux d'attaque et d'incidence des AVC avant 75 ans sont plus élevés chez les hommes ce qui est cohérent avec les études mondiales. Cependant après 75 ans cette différence s'estompe. (9).

3.L'AVC « léger »

a) Définition

Aucune définition consensuelle ne permet de caractériser de manière précise l'AVC dit « léger ».

Cependant, la SOFMER (Société française de médecine physique et de réadaptation) a proposé une classification réalisée en 2011 :

- Catégorie 1 : le patient présente une seule déficience, il est autonome pour la marche. Il s'agit par exemple de la paralysie d'un bras, d'un trouble de langage isolé sans trouble de compréhension, d'un trouble de la vision isolé.
- Catégorie 2 : le patient présente plusieurs déficiences ou un déficit du membre inférieur qui empêche la marche. Mais il existe un potentiel de récupération avec projet d'autonomie. Il s'agit d'un AVC unilatéral ;
- Catégorie 3 : le patient présente plusieurs déficiences dont au moins des troubles des fonctions cognitives et/ou troubles du comportement. Le potentiel de récupération est limité, projet d'autonomie partielle ou impossible. Il s'agit d'un AVC bilatéral ou multiple.
- Catégorie 4 : accident gravissime avec multiples déficiences associées sans aucun projet d'autonomie envisageable. (10)

Une revue systématique de la littérature a été réalisée en 2019 afin de regrouper les méthodes utilisées pour classer les AVC « légers ». Il en ressort une grande variabilité dans les méthodes utilisées.

Les outils les plus fréquemment utilisés dans les études sont :

- Le score NIHSS qui évalue le niveau de conscience, langage, négligence, perte du champ visuel, les mouvements oculaires, la force motrice, l'ataxie, la dysarthrie et la perte sensorielle. Ce score varie de 0 à 42. Il est employé dans 49 % des études incluses. Les seuils sont très variables puisque pour un AVC

dit « léger » ils varient de 0 à 17. La plupart des chercheurs utilisent un score de 4, 5 ou 6 pour parler d'un AVC léger (11) (Annexe 1)

- Le score de RANKIN modifié : ce score est utilisé dans 7 % des études. C'est une échelle à un seul critère qui permet d'évaluer le handicap dans sa globalité. Le score varie de 0 à 6. Les seuils les plus utilisés afin de déterminer un AVC léger sont 0,1 ou 2.(11)

Points	Niveau de handicap
0	Pas de symptômes
1	Pas de handicap significatif. Les activités de la vie quotidienne (lire, écrire, trouver le mot juste, l'équilibre, les mouvements, avaler) sont réalisables sans restriction malgré la présence de symptômes.
2	Handicap léger. Les activités citées précédemment ne peuvent pas toutes être réalisées mais le patient est toujours capable de s'occuper de ses affaires sans aide.
3	Handicap modéré. Le patient a besoin d'aide pour certains actes de la vie quotidienne (gérer son argent, faire les courses, faire un repas). Le patient est capable de marcher sans aide.
4	Handicap modérément grave. Le patient a besoin d'aide pour certains actes de la vie quotidienne (marcher, manger, aller aux toilettes, se laver) mais les soins ne sont pas constants.
5	Handicap grave. Le patient est grabataire, incontinent il nécessite des soins constants.
6	Le patient est décédé.

Tableau 1 : score de RANKIN modifié. (12), (13).

- L'index de Barthel. Ce score est utilisé dans 12,6 % des études. C'est un score qui mesure le degré d'assistance nécessaire au patient pour réaliser les actes de la vie quotidienne. Ce score varie de 0 (dépendant) à 100 (autonome). L'AVC est considéré comme léger par les auteurs à partir d'un score supérieur à 50. (11). (Annexe 2)

Environ la moitié des patients ayant subi un AVC peuvent être, selon ces différentes classifications et scores, classés dans la catégorie « AVC léger » (14).

b) La problématique de l'AVC dit « léger »

L'absence de consensus quant à l'évaluation de la gravité de l'AVC engendre des disparités dans la prise en charge, notamment dans le cadre du suivi post hospitalier. En effet, classer un AVC de léger implique parfois une sous-estimation des séquelles et du handicap, par les soignants mais aussi par les patients eux-mêmes. Cela entraîne une prise en charge inégale et parfois insuffisante, avec comme conséquence une perte de chance pour les patients. (14)

4. Les séquelles de l'AVC

La gravité d'un AVC peut varier considérablement. À un an post-AVC, environ 20 % des patients seront décédés tandis que 60 % retrouvent un certain niveau d'indépendance. Toutefois cette indépendance n'exclut pas la présence de séquelles : en effet, seuls 15 à 20 % des patients retrouvent leur état de santé antérieur, et 40 % gardent des séquelles légères à modérées leur permettant de rester autonome pour

les actes de la vie quotidienne. En revanche les autres patients conservent des séquelles plus lourdes nécessitant la mise en place d'aides au domicile. (3).

a) La fatigue

La fatigue post AVC est un symptôme fréquent, récemment mis en lumière par différentes études. Son incidence est estimée entre 43 et 51 % des patients. Elle semble plus marquée chez les patients jeunes, les femmes, les patients isolés et les AVC hémorragiques. (15)

Certains patients parlent de symptôme « caché » ou « invisible », en raison de l'absence de définition claire et de la difficulté à l'évaluer. La fatigue a un retentissement majeur sur la qualité de vie des patients.(16)

b) Les troubles cognitifs

Les troubles cognitifs sont également fréquents et en particulier dans la première année suivant l'AVC. Un tiers des patients développeront une démence dans les 5 ans (17). De nouvelles études suggèrent que les AVC causés par une fibrillation atriale ont tendance à causer plus de démence à long terme. (18). Il apparaît donc important de dépister les troubles cognitifs chez les patients ayant subi un AVC notamment s'ils sont porteurs de fibrillation atriale.

c) La dépression

La dépression post AVC, encore trop peu abordée concerne un tiers des patients avec une incidence variant de 33 % à 55 % selon les études. Il est essentiel de la rechercher activement car elle est associée à une surmortalité après un AVC. (19)

d) Les douleurs

Les douleurs constituent une plainte fréquente, concernant jusqu'à 80 % des patients, et sont souvent sous diagnostiquées, entraînant une prise en charge inadaptée. Elles ont un impact sur la qualité de vie (18). Il s'agit fréquemment de douleurs d'origine neuropathique qu'il faut dépister et traiter.

e) Les troubles du sommeil

L'insomnie affecte 60 % des patients ayant subi un AVC. Une mauvaise qualité de sommeil peut avoir des répercussions importantes sur la qualité de vie et sur la qualité de la rééducation à la suite d'un AVC. (20)

f) Les troubles de déglutition

Les troubles de déglutition ont une incidence de 80 % chez les patients ayant subi un AVC, en fonction des définitions utilisées. Ils surviennent principalement en phase aiguë et subaiguë de l'AVC mais peuvent persister par la suite. Ils exposent à des complications graves telles que la dénutrition, la déshydratation ou les pneumopathies d'inhalation augmentant le risque de mortalité.(21). Chez les patients ayant subi un AVC léger l'incidence est plutôt de 13 % à 20 % selon les études. Dans la plupart des cas l'amélioration des symptômes survient environ à 2,5 mois après l'AVC (22), (23).

g) La spasticité

La spasticité est observée chez un tiers des patients. Elle peut entraver significativement la récupération motrice, provoquer des douleurs et limiter les

mouvements. Son dépistage est essentiel, d'autant plus qu'il existe des traitements en constante évolution, qui offrent des perspectives d'amélioration de la qualité de vie et de la rééducation en post AVC (24), (25).

h) Les troubles visuels et la reprise de la conduite automobile

Les troubles visuels sont présents chez un quart à 60 % des patients, selon les études. Ils participent également à réduire la qualité de vie, notamment parce qu'il empêchent parfois le retour au travail et la reprise de la conduite.(26), (27)

Concernant la reprise de la conduite, la HAS a publié des recommandations de bonnes pratiques : « Il est recommandé que toute personne victime d'une lésion cérébrale acquise non évolutive soit informée des éventuelles conséquences des lésions cérébrales sur ses aptitudes à la conduite automobile et fasse l'objet d'un repérage visant à évaluer l'impact des conséquences sensorielles et fonctionnelles sur ses capacités de conduite ». Concernant l'AVC léger la SOMFER conseille un délai minimum de 15 jours avant la reprise de la conduite, mais les dernières recommandations de la HAS imposent une consultation auprès d'un médecin afin de repérer les éventuelles séquelles et l'avis d'un médecin agréé. (28), (51).

i) Les troubles génito- urinaires

Les troubles urinaires sont décrits chez de nombreux patients (entre 28 % et 79 % selon les études à la phase précoce, puis jusqu'à 16 % dans les mois qui suivent l'AVC). Les symptômes les plus fréquents sont la nycturie, les urgenturies, hyperactivité du détrusor. Ils se dépistent par exemple par la réalisation d'un journal

urinaire sur 3 jours. Après réalisation d'un examen clinique, un bilan urodynamique est parfois nécessaire. Les troubles urinaires ont un impact sur la qualité de vie, ils peuvent retarder la phase de rééducation (29)

Concernant les troubles sexuels, moins de 10 % des patients se sentent informés alors que 90 % d'entre eux aimeraient l'être (30). Seulement 23 % des professionnels de santé aborderaient le sujet de la sexualité alors que 50 % des patients présenteraient des symptômes. Les causes des troubles sexuels sont souvent multifactorielles et minimisées par les patients (30), (31).

5. La prise en charge du post-AVC

a) Le plan AVC 2010-2014

Afin de rendre homogène la prise en charge de l'AVC sur le territoire, le gouvernement a créé un plan d'action national AVC 2010-2014. En effet, un rapport publié en 2009 a montré que l'AVC était méconnu tant par le grand public que par les professionnels de santé. Notamment concernant la prise en charge aigue : seul 1 % des patients bénéficiaient d'une thrombolyse. Il n'existait que 77 unités neuro-vasculaires (UNV) en 2009 et seulement 20 % des patients ayant présenté un AVC y étaient accueillis. Enfin, le poids financier de la prise en charge de l'AVC s'élevait à 8,4 milliards d'euros par an. (32).

Le plan AVC a permis d'améliorer l'accès des patients à une prise en charge spécialisée grâce à la création de nouvelles UNV, dont le nombre a fortement augmenté atteignant 139 UNV en 2017. En 2016 près de trois quarts des patients

ayant subi un AVC étaient hospitalisés dans une UNV. Le taux de patients thrombolysés a également augmenté : 14,3 % de l'ensemble des patients bénéficiaient d'une thrombolyse en 2016 (33).

Toujours dans un but d'amélioration des pratiques une circulaire du 3 août 2015 concernant le suivi de l'AVC a été publiée. L'objectif de cette circulaire est de « structurer une organisation des filières de prise en charge (...) en renforçant la coordination ville/hôpital et la promotion de la prise en charge pluriprofessionnelle de proximité ». Cet objectif passe par la création, pour tout patient ayant subi un AVC, d'une consultation pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle post-AVC.

La circulaire précise que « toute personne ayant été victime d'un AVC ou AIT doit avoir accès dans les six mois à une évaluation pluriprofessionnelle ». Ces consultations doivent permettre notamment « d'évaluer la maladie vasculaire, d'assurer la meilleure prévention secondaire, de réaliser un bilan pronostic et cognitif, d'adapter le suivi de chaque patient à sa situation (...). »

b) Parcours de soin post AVC chez les patients ayant subi un AVC léger

Le post-AVC débute dès la fin de la prise en charge initiale. Pour limiter l'impact fonctionnel des déficiences, la rééducation doit être introduite dès la phase initiale et se poursuivre jusqu'à la phase chronique (c'est-à-dire 3 à 6 mois après l'AVC) (34).

Environ 20 % des patients ayant subi un AVC sont hospitalisés en soins de suite et réadaptation (34). On peut donc dire que la majorité des patients bénéficie d'une prise en charge du post-AVC en ville.

Le retour à domicile est le mode de sortie le plus fréquent lors d'un AVC léger (environ 59 % des patients selon les études). Lors de ce retour à domicile, le premier contact avec un médecin généraliste se fait en moyenne 15 jours après la sortie d'hospitalisation. La fréquence moyenne de contact avec le médecin généraliste est de 1,2 consultation par mois (35), ce qui montre que le médecin généraliste est au cœur de la prise en charge du post-AVC, même si les patients tardent parfois à le consulter.

Cela peut s'expliquer par plusieurs raisons : les patients tardant à rencontrer le médecin généraliste sont souvent des hommes jeunes, ont moins de comorbidités et présentent moins de séquelles. Ces patients ne sont généralement pas passés par une UNV (36). La disponibilité des paramédicaux sur le territoire est également un facteur déterminant : lorsque l'offre de soins en terme de rééducation (kinésithérapeutes, infirmiers) est importante, les patients y recourent plus souvent (35).

Le passage par un SSR est plus rare lors de la prise en charge du post AVC léger et dépend de plusieurs facteurs, notamment de l'offre de soins. En effet, si le nombre de places en SSR est important, le patient aura plus de chances d'y être admis. Les autres critères favorisant l'entrée en SSR sont : le fait d'avoir subi un AVC hémorragique plutôt qu'ischémique, être une femme, et présenter des comorbidités (36)

c) Service PRADO

Le PRADO est un service de retour à domicile créé par l'Assurance maladie en 2010. Il a été proposé pour les patients ayant présenté un AVC ou un AIT depuis 2019. Il a pour objectif d'améliorer le parcours de soins hôpital-ville.

Dans le cadre de l'AVC, PRADO propose deux parcours distincts : l'un concernant les patients ayant subi un AIT ou un AVC sans défaillance visible. Et l'autre concernant les patients ayant une déficience visible. L'objectif de ces parcours est d'améliorer la prise en charge des patients et diminuer les récurrences et les décès.

Pour l'ensemble des patients PRADO organise :

- deux consultations avec le médecin traitant, la première ayant lieu dans les sept premiers jours suivant le retour à domicile
- une consultation pluriprofessionnelle post AVC ou, à défaut, une consultation avec un neurologue ou médecin MPR dans les uns à trois mois ;
- une information au pharmacien du patient
- la mise en place d'aides si nécessaire (auxiliaires de vie par exemple)

En fonction des besoins :

- la visite d'un(e) IDE pour réaliser un bilan à la sortie d'hospitalisation
- la mise en place de séances de kinésithérapie ou d'orthophonie sur prescription médicale uniquement (37).

Peu de données sont disponibles sur l'amélioration ou non des pratiques grâce à ce dispositif. Le rapport de l'IGAS en 2017 retrouvait une faible amélioration des pratiques

grâce à ce système notamment sur le taux de ré-hospitalisation. En revanche, les délais de consultations avec les paramédicaux (IDE, kinésithérapeute) étaient diminués, tandis que ceux des consultations médicales l'étaient peu (38).

Il faut préciser que ce rapport a été rédigé peu de temps après l'intégration de PRADO à la pathologie de l'AVC. Depuis peu d'études ont évalué son bénéfice réel.

d) Les attentes des patients

Les attentes des patients et des médecins généralistes peuvent différer, notamment chez les patients ayant subi un AVC léger.

Les différentes études montrent une bonne perception des attentes des patients par les médecins généralistes sur le plan de la prévention secondaire médicale, mais il existe un manque concernant les aspects émotionnels et cognitifs tels que les relations (sexuelles, personnelles et professionnelles).

Il existe également un manque de reconnaissance de certains symptômes par les MG, notamment dans les activités de groupe, qui sont fortement impactées par les symptômes invisibles tels que la fatigue ou le ralentissement idéo-moteur (39), (40), (41).

Les patients attendent une meilleure information sur leur état de santé. Ils aimeraient être prévenus des possibles séquelles, notamment les séquelles invisibles comme la fatigue. Les patients et leurs aidants ont besoin d'explications sur la pathologie et son évolution. Ils attendent de leur médecin généraliste qu'il puisse répondre à leurs

questions. En effet la période aigue du post AVC, c'est-à-dire l'hospitalisation, est une période stressante, même pour les AVC légers, et il paraît difficile pour les patients ou leurs proches d'assimiler toutes les informations données (42).

Les patients se sentent parfois abandonnés à la sortie d'hospitalisation avec notamment une insuffisance de communication entre la ville et l'hôpital.(43)

e) Place du médecin généraliste

Le médecin généraliste est le pivot central du système de santé. Il coordonne le parcours de soins et joue un rôle unique auprès du patient. Il est le premier recours dans de nombreux domaines de santé publique, notamment dans la prévention des complications liées aux pathologies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires et l'accompagnement du retour à domicile après hospitalisation (44).

Il est en première ligne pour débiter la prise en charge neuro-rééducative notamment avec la prescription de kinésithérapie ou d'orthophonie.

Les recommandations de la HAS stipulent que les patients devraient rencontrer leur médecin généraliste au maximum un mois après leur sortie de l'hôpital, puis tous les trois mois. Sur ce point, les recommandations sont plutôt bien suivies (40).

Il doit parfois pallier le manque de ressources humaines et le manque d'observance des patients. Certaines études montrent que seulement 53,2 % des patients ont rencontré un neurologue, et seulement 6,3 % un médecin MPR.

Les études montrent également que les médecins généralistes ont tendance à axer la consultation sur la prévention secondaire médicamenteuse, notamment sur le plan cardiovasculaire au détriment parfois du versant neuro-rééducatif (40).

Plusieurs thèses (Dr BRENEK, Dr LEGOUIT) réalisées dans le Nord Pas de Calais montrent que le délai moyen des consultations post AVC se situe entre quatre et cinq mois selon les équipes. La thèse du Docteur BRENEK montre que, pour les AVC légers du centre hospitalier St PHILIBERT, moins de 50 % des patients sont revus par un neurologue ou un MPR par la suite. Ces données, bien que partielles, démontrent une fois de plus le rôle central du médecin généraliste (45) ;(46).

Enfin les médecins généralistes déplorent eux aussi un manque de communication entre les différents professionnels de santé, source d'une perte de chance et d'égalité concernant la prise en charge du post-AVC. (47)

Cependant il existe peu d'études concernant les attentes des médecins généralistes vis-à-vis de la prise en charge du post-AVC.

6. Objectif de l'étude

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer les attentes des médecins généralistes dans la prise en charge neuro rééducative de l'AVC léger.

L'objectif secondaire était de créer une fiche d'aide à la consultation afin d'améliorer la prise en charge des patients.

II. Matériels et méthodes

1) Description de l'étude

a) Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, transversale et quantitative.

b) Description de la population

La population comprenait les médecins généralistes installés ou remplaçants, thésés ou non, exerçant en cabinet libéral de médecine générale dans le Nord-Pas-de-Calais.

Les internes et les médecins d'autres spécialités ont été exclus de cette étude.

Les questionnaires présentant des réponses manquantes ont été exclus.

c) Variables recueillies

Les données recueillies ont été collectées à partir d'un questionnaire rempli par les médecins généralistes interrogés.

Les variables recueillies se répartissent en plusieurs catégories :

- Données sociodémographiques : sexe, âge, formation, mode d'exercice ;
- Évaluation des pratiques des médecins interrogés et de leurs attentes concernant la prise en charge du post-AVC ;
- Évaluation de l'intérêt de la réalisation d'un outil d'aide à la consultation et ses modalités.

d) Critères de jugement :

Le critère de jugement principal était l'évaluation des besoins en formation des médecins généralistes (exprimée en pourcentage), concernant les symptômes du post-AVC préalablement recensés comme fréquents après recherche dans la littérature.

Le critère de jugement secondaire était la pertinence de la création d'un outil d'aide à la consultation.

2) Questionnaire

a) Rédaction du questionnaire

Le questionnaire a été rédigé sur la plateforme LimeSurvey. Il comprenait 45 questions, réparties en trois parties. Une introduction présentait aux répondants le travail de thèse.

- La première partie portait sur les caractéristiques sociodémographiques.
- La seconde partie portait sur l'évaluation des pratiques et des attentes. Ces questions concernaient chaque symptôme préalablement identifié, à partir de la littérature, comme présentant une prévalence importante chez les patients ayant subi un AVC
- La troisième et dernière partie portait sur l'intérêt éventuel de la création d'un outil d'aide à la consultation et sur ses modalités.

Les réponses étaient à choix unique ou multiples ; un encart « autre » était présent sur certaines questions afin de donner la possibilité aux répondants de préciser leurs réponses. Ce questionnaire se trouve en annexe 3.

b) Diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été diffusé du 2 mai 2024 au 31 mars 2025.

Il a été transmis aux médecins généralistes via les réseaux sociaux, notamment la plateforme Facebook, il a été envoyé par mail à certains médecins généralistes qui avaient préalablement accepté d'être contactés, et il a été publié par l'Ordre des médecins. Le questionnaire était accessible par un lien à la suite d'une brève présentation de l'étude.

Deux relances ont été effectuées sur les réseaux sociaux.

3) Cadre réglementaire

L'étude a été déclarée au délégué à la protection des données de la Faculté de médecine de Lille. Ce questionnaire a été exonéré de déclaration au titre du Règlement général sur la protection des données (RGPD) en raison de son caractère anonyme et non identifiant (Annexe 4).

4) Analyse des données

Les données ont été exportées via la plateforme Limesurvey sur le logiciel de tableur Excel. L'étude est descriptive, les variables quantitatives sont exprimées en moyenne et écart type. Les variables qualitatives sont exprimées en effectif et pourcentage.

III. Résultats

Nous avons reçu 68 réponses à notre questionnaire. Vingt-cinq étaient incomplètes et ont été exclues de l'étude. Quarante-trois questionnaires ont été analysés.

Le taux de réponse n'était pas calculable au vu de la méthode de recrutement.

1) Description de la population

Les caractéristiques de l'échantillon sont résumées dans le tableau ci-dessous :

Tableau 1 : caractéristiques de l'échantillon

CARACTERISTIQUES		EFFECTIF (%)
Genre	Homme	11 (25,58%)
	Femme	32 (74,42%)
Âge	Moins de 30 ans	21 (48,84%)
	Entre 30 et 39 ans	12 (27,91%)
	Entre 40 et 49 ans	5 (11,63%)
	Entre 50 et 59 ans	2 (4,65%)
	Entre 60 et 69 ans	3 (6,98%)
	70 ans et plus	0 (0%)
Type d'exercice	Installé(e)	17 (39,53%)
	Remplaçant(e)	26 (60,47%)
	Thésé(e)	29 (67,44%)
	Non thésé(e)	14 (32,56%)
Milieu d'exercice	Rural	3 (6,98%)
	Urbain	17 (39,53%)
	Semi urbain	21 (48,84%)
	Autre	2 (4,65%)
Formation initiale	Stage en neurologie	19 (44,19%)
	Stage en MPR	3 (6,98%)
	Stage en neurologie ET MPR	5 (11,63%)
	Aucun des deux	16 (37,21%)
Structure	Seul(e)	8 (18,60%)
	Cabinet de groupe	22 (51,16%)
	MSP	9 (20,93%)
	Autre	4 (9,30%)
Taille de la patientèle	Remplaçant(e)	28 (65,11%)
	Installé(e)	12 (27,90%)
	-Moins de 1000	2 (16,66%)
	-Entre 1000 et 1500	9 (75%)
	-Plus de 1500	1 (8,33%)
AVC dans la patientèle	Aucun	0 (0%)
	1 à 5 patients	8 (18,60%)
	6 à 10 patients	10 (23,26%)
	Plus de 10 patients	17 (39,53%)
	Autre	8 (18,60%)

On remarque que notre échantillon de médecins généralistes était majoritairement composé de femmes : 74,42 %, contre 25,58 % d'hommes. La tranche d'âge prédominante était celle des moins de 40 ans, ils représentaient 76 % des répondants. Environ 60 % exerçaient en tant que remplaçants. L'exercice en zone urbaine ou semi urbaine était le plus pratiqué par nos répondants.

Concernant le mode d'exercice, la majorité des médecins (72 %) déclaraient travailler en cabinet de groupe ou en MSP, tandis que 18 % exerçaient en cabinet individuel. Les médecins ayant répondu « autre » à cette question avaient un exercice plutôt mixte, combinant plusieurs types de structures.

La taille de la patientèle se situait, pour la plupart des médecins installés, entre 1000 et 1500 patients.

Sur le plan de la formation initiale, 44 % avaient réalisé un stage en neurologie durant leurs études, environ 7 % en MPR, tandis que 37 % n'avaient réalisé ni l'un ni l'autre.

18 % des médecins déclaraient suivre entre 1 et 5 patients ayant présenté un AVC, 23 % entre 6 et 10, et 39 % plus de 10. Aucun répondant n'a indiqué ne suivre aucun patient ayant présenté cette pathologie. Les médecins ayant sélectionné la réponse « autre » étaient, pour la plupart, remplaçants et déclaraient ne pas être en mesure d'évaluer précisément ce nombre.

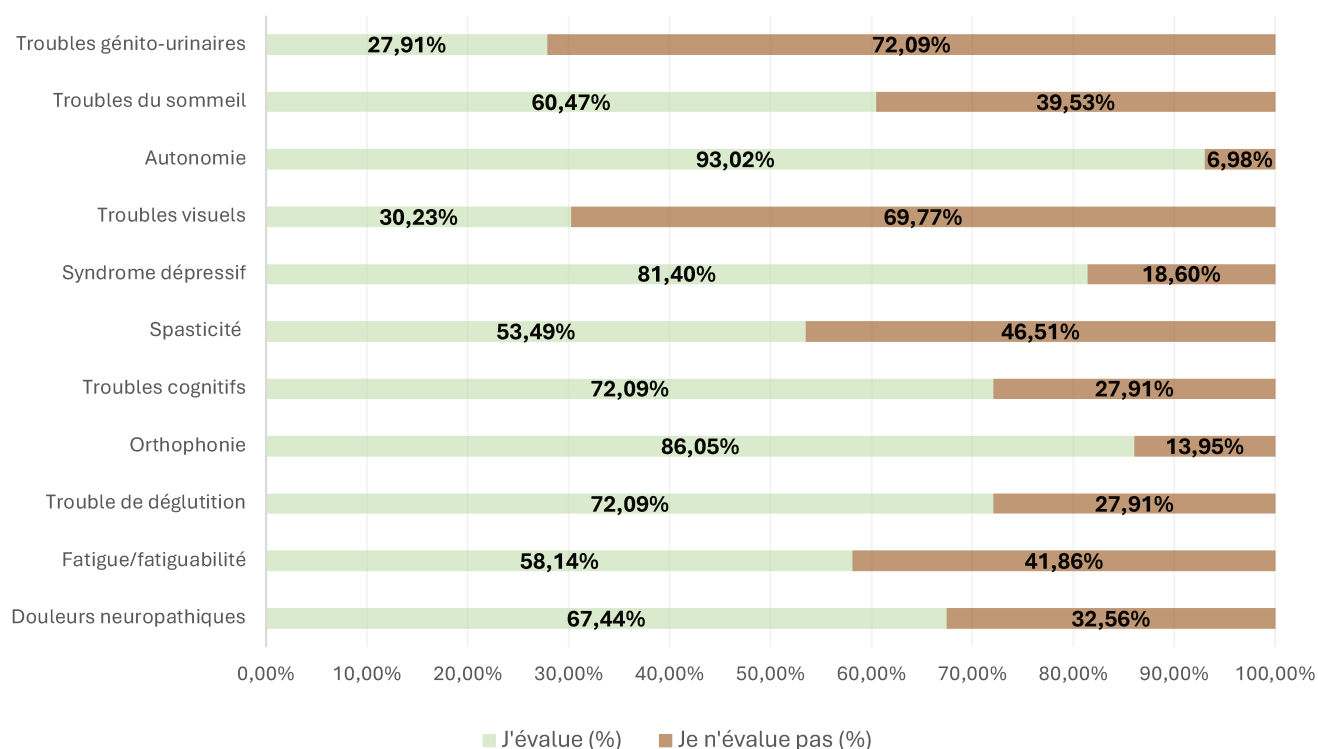
2) Évaluation des symptômes du post AVC en médecine générale :

S'agissant de l'évaluation de certains symptômes du post AVC, il existait dans le questionnaire plusieurs propositions. La question était formulée ainsi : « vous évaluez (*nom du symptôme*) », les différentes réponses possibles étaient : « Pas du tout d'accord », « Plutôt pas d'accord », « Indifférent », « Plutôt d'accord », « Totalement d'accord ».

Afin de faciliter la lecture des résultats les items ont été regroupés en deux catégories :

- « Pas du tout d'accord », « plutôt pas d'accord » et « indifférent » en : « Je n'évalue pas »
- « Plutôt d'accord » et « Totalement d'accord » en « J'évalue ».

Graphique 1 : évaluation des principaux symptômes du post AVC



Nous mettons en évidence d'importantes disparités dans l'évaluation des symptômes post AVC par les médecins généralistes.

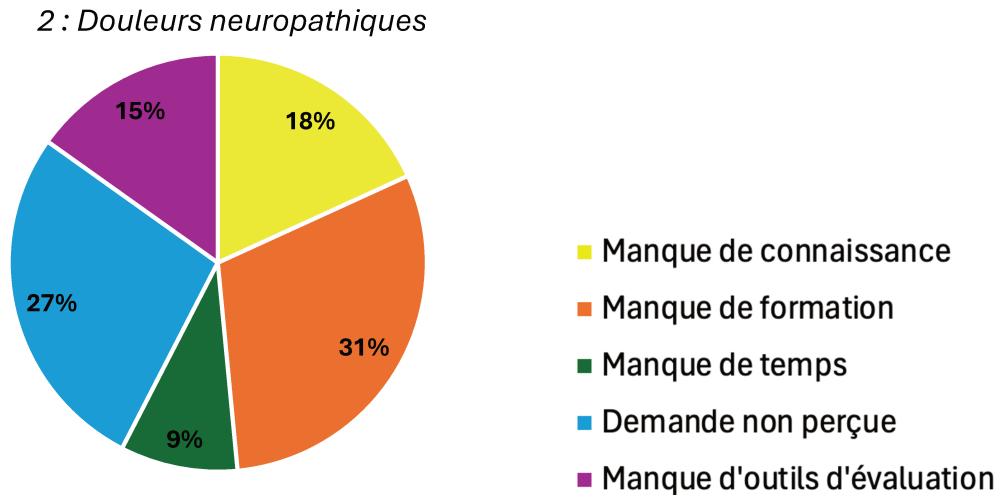
En effet, certains symptômes font l'objet d'une évaluation systématique ou quasi-systématique, c'est le cas de l'autonomie, évaluée par 93,02 % des médecins interrogés, de la nécessité de séances d'orthophonie (86,05 %), de la présence d'un syndrome dépressif (81,40 %) ainsi que des troubles cognitifs et des troubles de la déglutition (79,09 % chacun).

À l'inverse certains symptômes sont fréquemment non pris en compte. Il s'agit des troubles génito-urinaires, évalués uniquement par 27,91 % des répondants, des troubles visuels (30,23 %) et de la spasticité (53,49 %).

Les troubles du sommeil (évalués par 60,47% des répondants) et la fatigue ou la fatigabilité (58,14%) sont, quant à eux, évalués de manière intermédiaire, malgré leur forte prévalence chez les patients ayant subi un AVC et leur impact majeur sur la qualité de vie.

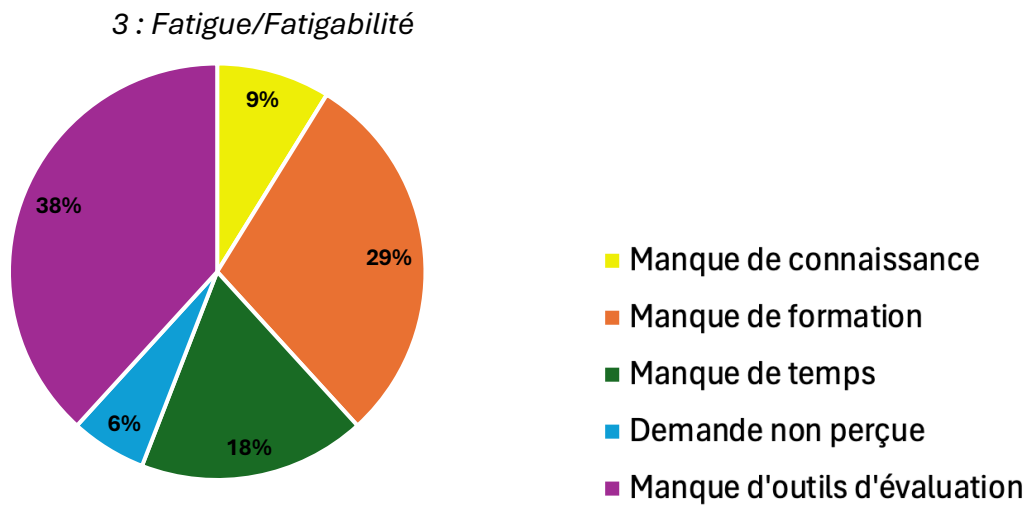
3) Les freins à l'évaluation des symptômes du post AVC

a) Les douleurs neuropathiques



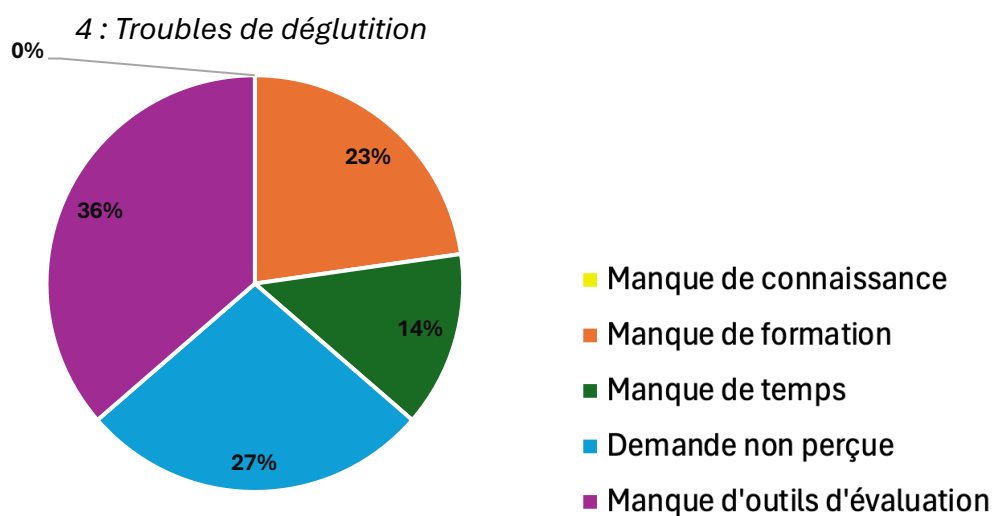
Concernant les douleurs neuropathiques (graphique 2), les principaux freins à l'évaluation de ce symptôme identifiés par les médecins généralistes sont le manque de formation (31 %) et l'absence de demande perçue de la part des patients (27 %). Le manque d'outils d'évaluation constitue également un obstacle non négligeable (15 %).

b) La fatigue ou la fatigabilité



Pour ce qui est de la fatigue ou fatigabilité (graphique 3), la demande semble globalement bien perçue, mais les médecins évoquent principalement un manque de formation (29 %) et, de manière encore plus marquée, un manque d'outils d'évaluation (38 %).

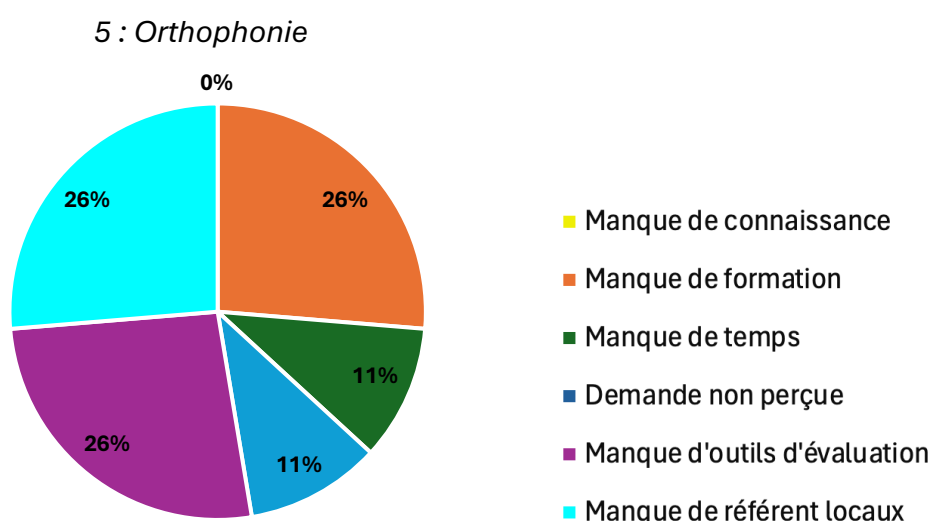
c) Les troubles de déglutition



En ce qui concerne les troubles de la déglutition (graphique 4), les freins les plus fréquemment rapportés sont également le manque de formation (23 %) et le manque d'outils d'évaluation (36 %). S'ajoute à cela une absence de perception de la demande de la part des patients.

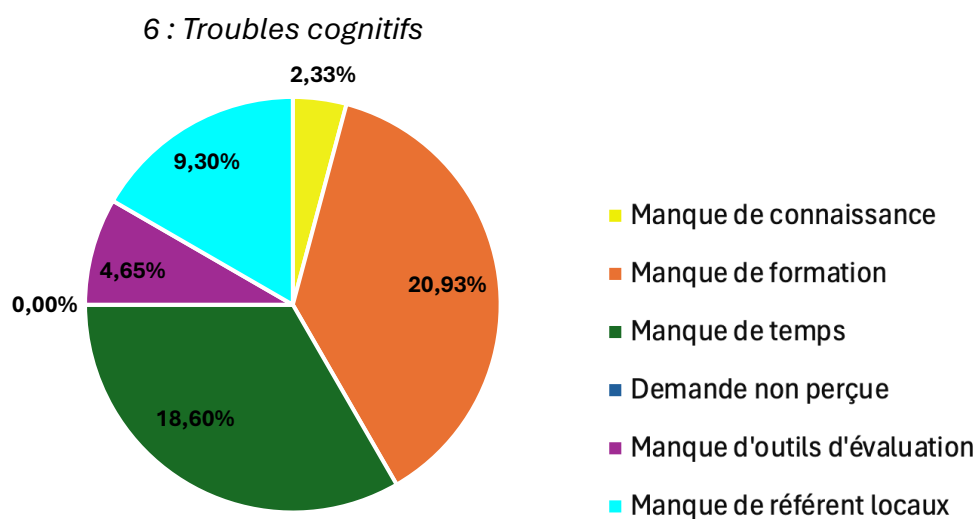
Pour les symptômes explorés dans les graphiques suivants, un item supplémentaire a été introduit : le manque de référents locaux, considéré comme pertinent au vu des compétences spécialisées requises pour certains types de prise en charge.

d) Séance d'orthophonie



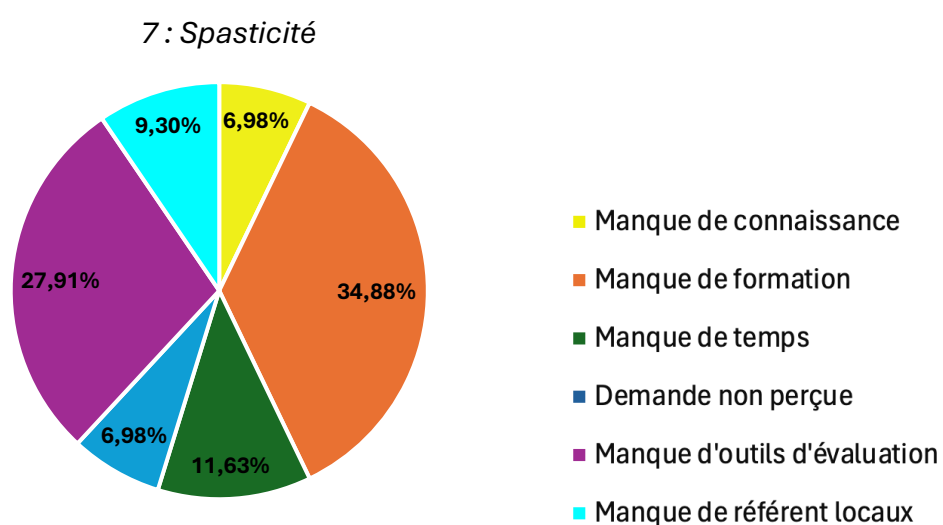
S'agissant des besoins en orthophonie (graphique 5), seuls 13 % des médecins généralistes déclarent ne pas les évaluer (graphique 1). Les trois principales raisons invoquées sont à parts égales : le manque de formation, le manque de référents locaux et le manque d'outils d'évaluation (26 % chacun).

e) Troubles cognitifs



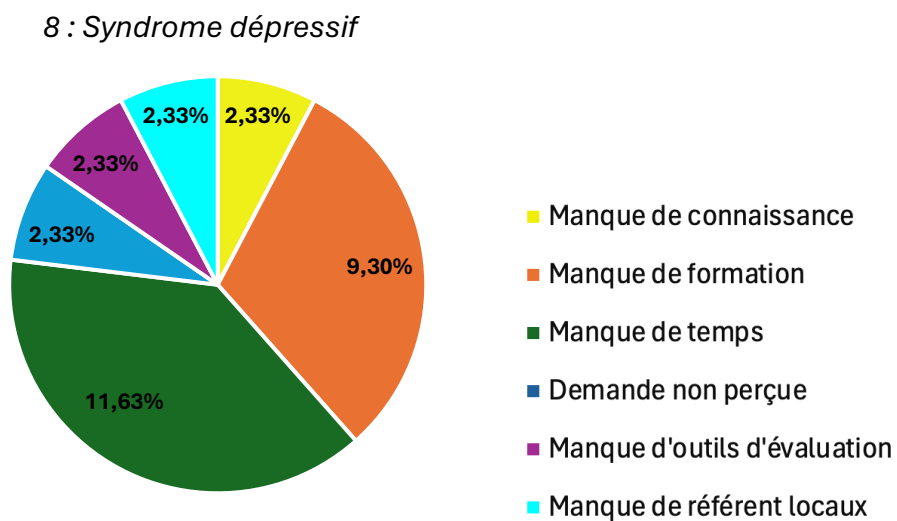
Les troubles cognitifs (graphique 6) sont plutôt bien évalués. Lorsque ce n'est pas le cas, les médecins évoquent principalement un manque de formation (20,93 %) et un manque de temps (18,60 %).

f) La spasticité



La spasticité (graphique 7) est peu évaluée, les médecins évoquant principalement un manque de formation (34,88 %) et un manque d'outils d'évaluation (27,91 %). Il est à noter que 6,98 % mentionnent également un manque de connaissances.

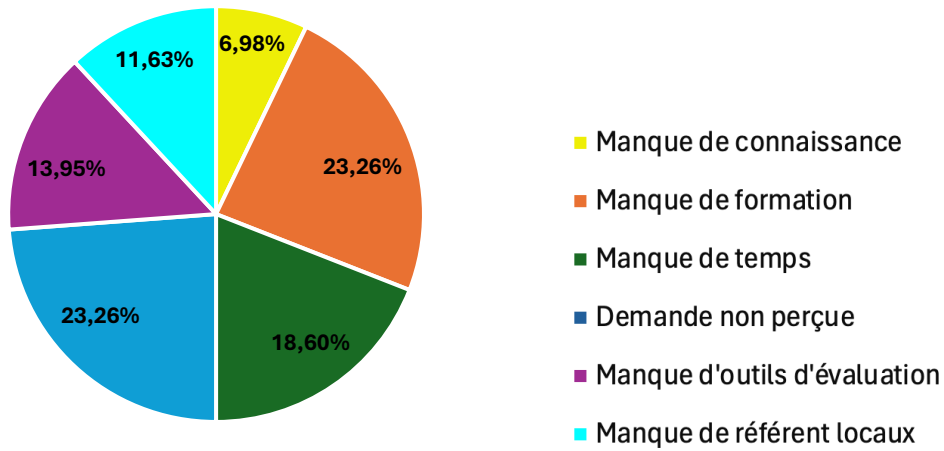
g) Le syndrome dépressif



Le syndrome dépressif (graphique 8) est relativement bien évalué, comme le confirme le graphique 1 (87 % des répondants déclarent le rechercher). Parmi ceux qui ne l'évaluent pas, le principal frein évoqué est le manque de temps (11,30 %).

h) Les troubles visuels

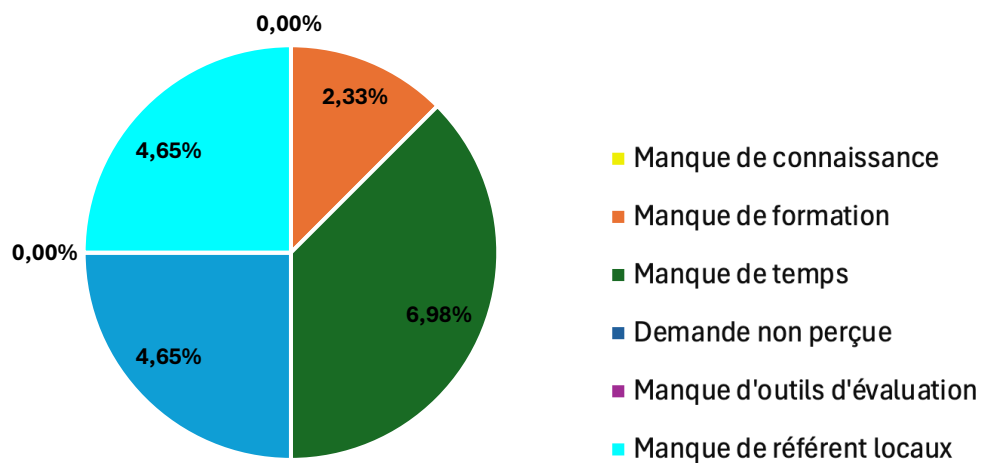
9 : Troubles visuels



Concernant les troubles visuels, peu explorés par les MG, plusieurs freins sont intriqués : manque de temps (18,60 %), de formation (23,26 %), d'outils d'évaluation (13,95 %) et de référents locaux (11,63 %). De plus, 23,26 % des médecins ne perçoivent pas cette demande chez leurs patients.

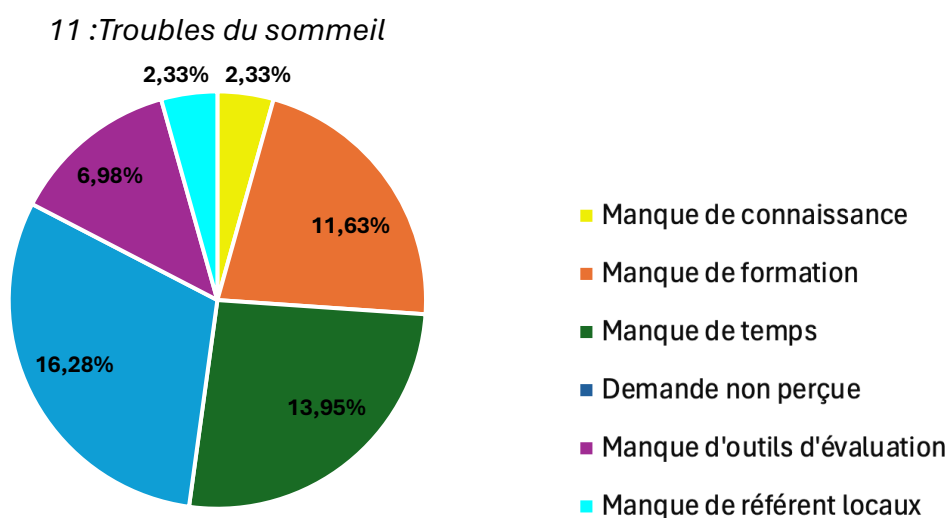
i) L'autonomie

10 : Autonomie



L'autonomie fait partie des symptômes les plus fréquemment évalués par les médecins généralistes (graphique 1). Parmi les rares praticiens qui ne la recherchent pas, le manque de temps constitue la principale cause rapportée (6,98 %).

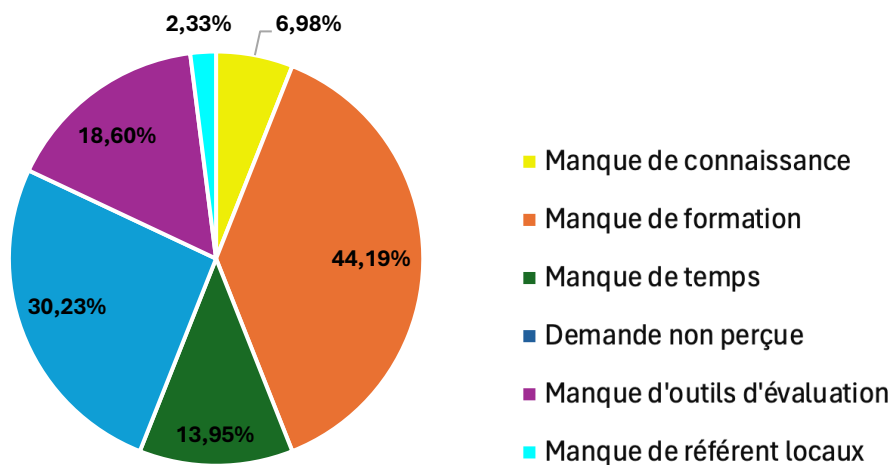
j) Troubles du sommeil



Pour les troubles du sommeil, les freins sont plus nombreux : les répondants citent notamment le manque de temps (13,95 % d'entre eux), le manque de perception de la demande (16,28 %), ainsi que le manque de formation (11,63 %).

k) Troubles génito-urinaires

12 : Troubles génito-urinaires



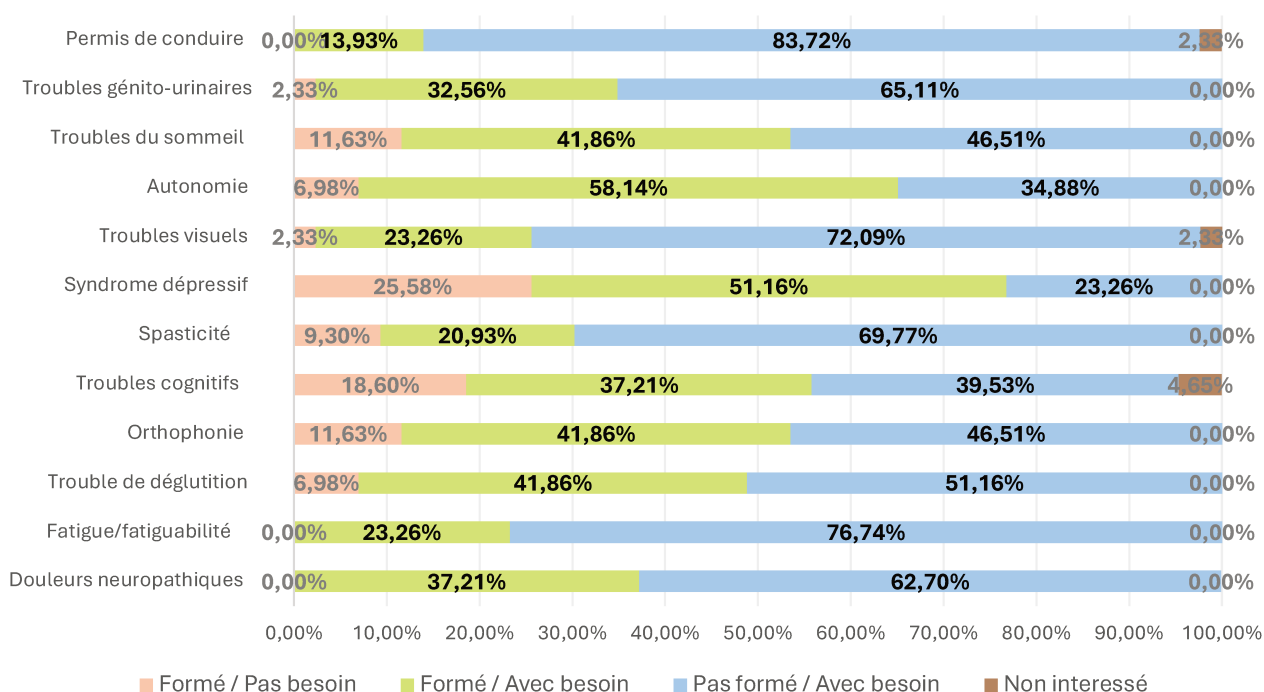
Enfin, les troubles génito-urinaires demeurent peu recherchés (graphique 1). Le manque de formation est mentionné par 44 % des médecins, 30 % déclarent ne pas percevoir la demande, et 18 % évoquent un manque d'outils d'évaluation.

4) Le besoin en formation

Concernant le besoin en formation des répondants, notre critère de jugement principal, la question comportait plusieurs possibilité de réponse : « Je me sens très bien formé(e) et je n'ai pas besoin d'informations sur ce sujet », « Je me sens plutôt bien formé(e) mais j'aimerais des informations supplémentaires sur ce sujet », « Je me sens peu formé(e) et j'aimerais des informations complémentaires », « Je ne me sens pas du tout formé(e) sur ce sujet et j'ai besoin d'informations », et « Je ne suis pas intéressé(e) par des informations complémentaires sur ce sujet ».

Afin de faciliter la lecture des résultats les propositions ont été simplifiées dans le graphique, la première proposition a été remplacée par : « Formé/Pas besoin », la deuxième par « Formé/Avec besoin » la troisième et la quatrième ont été regroupées en « Pas formé / Avec besoin » enfin la dernière a été remplacée par « non intéressé »

Graphique 13 : Évaluation du besoin en formation selon les symptômes



Concernant notre critère de jugement principal, cette analyse permet de mettre en évidence une demande importante de formation complémentaire, notamment pour les domaines moins fréquemment abordés en pratique courante.

Les items pour lesquels le besoin en formation est le plus élevé (catégorie « pas formé/avec besoin ») sont la fatigue/la fatigabilité (76,7 %) la spasticité (69,7 %), les

troubles génito-urinaires (65,1 %), les douleurs neuropathiques (62,7 %) ainsi que les troubles visuels (72,09 %).

Concernant le permis de conduire et notamment la reprise à la conduite il existe un manque de connaissance ainsi qu'un besoin en formation important puisque 83,72 % des médecins généralistes se déclarent peu ou pas formé et ressentent le besoin d'informations complémentaires sur ce sujet.

À l'inverse, certains domaines montrent une meilleure couverture formative tels que l'autonomie où 58,1 % des répondants se déclarent bien formés même s'ils souhaitent des informations complémentaires. Il en va de même pour le syndrome dépressif : 25,58 % des répondants se sentent bien formés et sans besoin d'informations complémentaires et 37,21 % se déclarent bien formés mais aimeraient un perfectionnement.

Certains symptômes comme les troubles cognitifs, les troubles de déglutition, le besoin en orthophonie se situent dans une zone intermédiaire en termes de formation.

Concernant les troubles cognitifs 18,60 % des répondants se déclarent bien formés et sans besoin de formation supplémentaire, et 37,21 % se déclarent bien formés mais souhaitent des informations complémentaires.

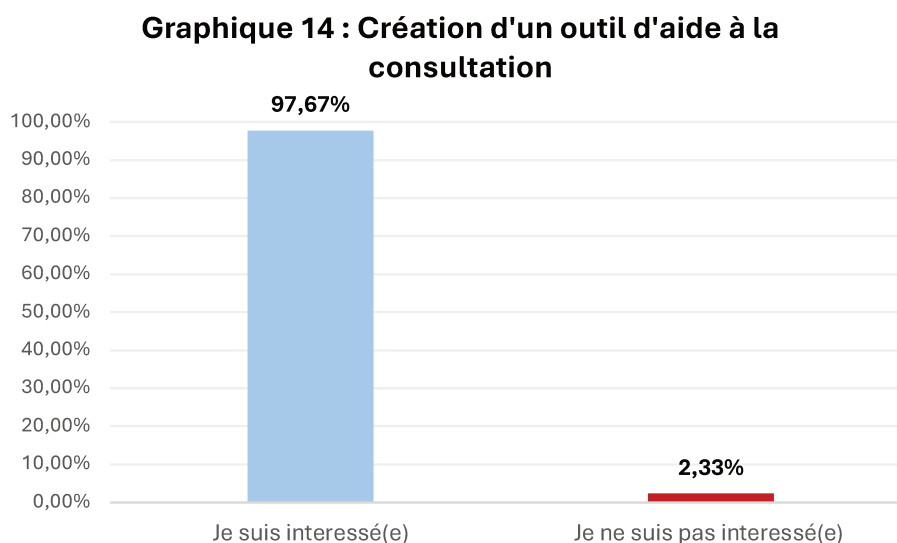
Pour les troubles de déglutition la répartition est la suivante : 6,98 % se déclarent bien formés sans souhait de formation et 41,86 % sont formés avec besoin de formation.

Pour l'évaluation de la nécessité des séances d'orthophonie 11,63 % des répondants se déclarent bien formés et 41,86 % bien formés mais souhaitent un perfectionnement.

Enfin il est intéressant de noter l'absence quasi-totale de médecins se déclarant « non intéressés » par la formation sur ces symptômes (au maximum 4,6% des répondants pour les troubles cognitifs).

5) La création d'un outil d'aide à la consultation

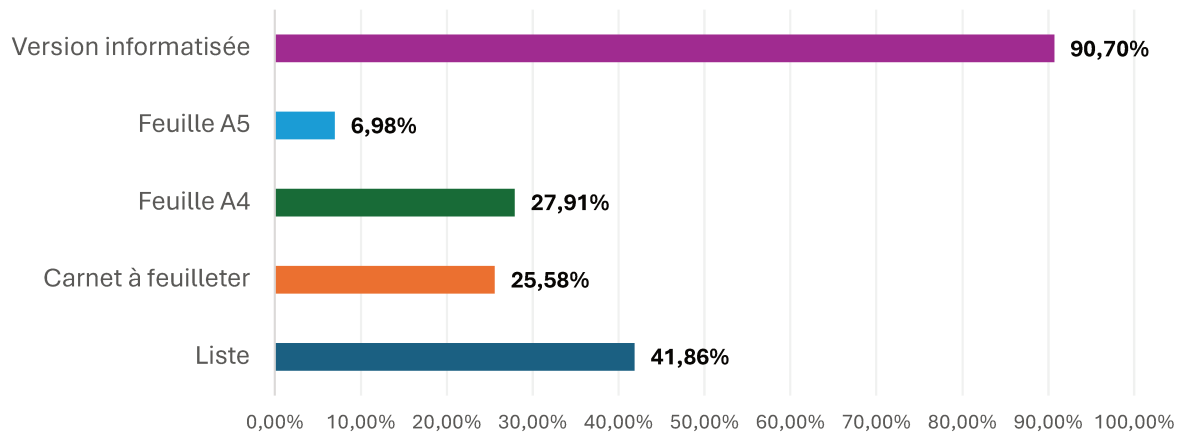
a) Intérêt de cet outil



À la question : seriez-vous intéressé par la réalisation d'un outil d'aide à la consultation, 97,67 % des médecins généralistes interrogés ont répondu favorablement.

b) Format de l'outil

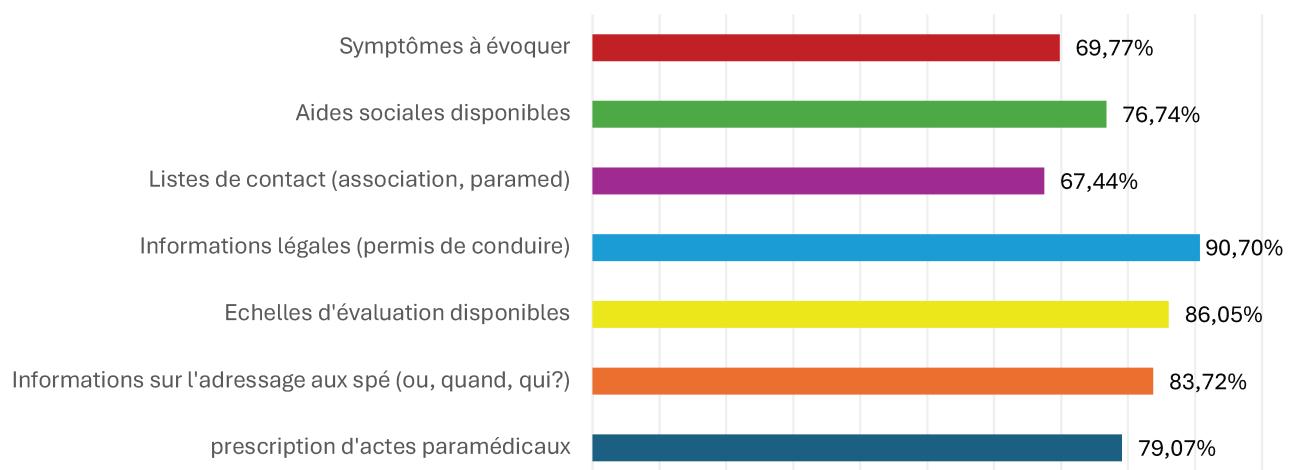
Graphique 15 : format de l'outil



Concernant le format de l'outil, 90,70 % des répondants souhaitaient un format numérique, de préférence en format A4 (27,91 %) et sous forme de liste (41,86 %).

c) Informations à faire apparaître

Graphique 16 : informations nécessaires



Il apparait donc important pour les médecins généralistes interrogés, de faire figurer sur cet outil plusieurs type d'informations : tout d'abord les différents symptômes à évoquer (69,77 % des répondants souhaitent voir apparaitre cet item), ils souhaitent également des informations sur les actes paramédicaux et leur prescription (79,07 %), sur l'adressage aux spécialistes (83,72 %), ainsi que sur les informations légales, notamment concernant le permis de conduire (90,70 %). Par ailleurs 86,05 % des répondants souhaitent voir apparaitre les différentes échelles d'évaluation disponibles, 76,74 % aimeraient un encart sur les aides sociales et enfin 67,44 % souhaitent une liste de contact concernant les paramédicaux disponibles, les associations etc.

IV. Discussion

1) Résultats principaux et comparaison à la littérature

a) Généralités

Notre étude a permis de mettre en évidence des disparités concernant l'évaluation de certains symptômes du post AVC (graphique 1). De manière générale, les données recueillies mettent en évidence une évaluation orientée prioritairement vers les symptômes à fort impact fonctionnel ou psychoaffectif tels que la nécessité de séances d'orthophonie, la présence d'un syndrome dépressif, la recherche de troubles cognitifs ou de troubles de la déglutition et l'évaluation de l'autonomie. Nos résultats témoignent d'une attention moindre portée à certains symptômes tels que les troubles génito-urinaires, les troubles visuels et la spasticité. Ces symptômes ont pourtant une place importante chez les patients interrogés notamment en termes de qualité de vie (30), (29), (26).

Il existe peu d'études portant sur les attentes des patients et des médecins généralistes dans le domaine de la prise en charge du post-AVC.

L'une d'entre elles, en accord avec nos résultats, montre que les médecins généralistes perçoivent globalement de manière pertinente les difficultés rencontrées par les patients dans la plupart des aspects de leur vie quotidienne après un AVC. Toutefois, certains aspects restent sous-explorés : il s'agit notamment du domaine de la sexualité et des relations sociales. Cela passe par l'exploration d'autres symptômes qui sont également peu abordés et pourtant décrits comme importants pour les patients, tels que la fatigue ou la fatigabilité. (41).

b) Les freins décrits par les médecins généralistes

Les principaux freins rapportés par les médecins généralistes dans notre étude concernent principalement le manque de formation et la nécessité d'outils standardisés adaptés à la pratique en soins primaires, traduisant une difficulté à objectiver certains symptômes et contribuant à leur sous-estimation. Le manque de temps constitue également un obstacle majeur, notamment pour la recherche de symptômes tels que la fatigue, les troubles cognitifs ou le syndrome dépressif.

Ces observations sont cohérentes avec la littérature, en effet une revue de la littérature récente de 2023, sur la mise en œuvre des recommandations post-AVC, qui a pour objectif d'identifier les freins et les facilitateurs à la bonne pratique de ces recommandations retrouve des résultats similaires. Les principaux obstacles identifiés sont : le manque de temps et de ressources, une formation insuffisante, l'absence de protocoles et un manque de collaboration interdisciplinaire.

Bien que notre étude n'ait pas exploré les facilitateurs, la littérature souligne que la formation continue, l'implication des patients et de leurs familles dans la rééducation, ainsi qu'une communication efficace entre les équipes, favorisent l'application optimale des recommandations (48).

c) L'évaluation des besoins en formation

Concernant notre critère de jugement principal (graphique 13), nous avons mis en évidence un souhait de formation complémentaire important chez les médecins généralistes notamment sur les items les plus difficilement évaluables c'est-à-dire : les douleurs neuropathiques, la fatigue et la fatigabilité, la spasticité, les troubles

génito-urinaires et les troubles visuels. Très peu de médecins généralistes se sentaient assez formés et sans besoin de formation complémentaire. Les symptômes pour lesquels les médecins généralistes se sentent le plus à l'aise et n'expriment pas de besoin de formation complémentaire sont le syndrome dépressif, les troubles cognitifs et les troubles du sommeil, correspondant également aux symptômes les plus fréquemment évalués comme décrit dans le graphique 1.

L'absence quasi-totale de médecins se déclarant « non intéressés » par une formation complémentaire traduit une volonté d'amélioration des pratiques, qui passe notamment par le souhait de la création d'un outil d'aide à la consultation.

Ce souhait de formation complémentaire et d'amélioration des connaissances est en adéquation avec les différentes études et thèses portant sur le développement professionnel continu (49), (50).

Le besoin en formation concernant la prise en charge du post AVC, en plus d'être souhaité par les médecins généralistes, est nécessaire. Certaines études montrent que les recommandations ne sont pas toujours correctement respectées notamment sur le recours aux spécialistes ou aux paramédicaux tels que les neurologues, les médecins MPR, les orthophonistes (40).

Enfin, les dernières recommandations de l'HAS positionnent le médecin traitant au cœur de la prise en charge du retour à domicile ; il a un rôle central de coordinateur des soins. Ses responsabilités incluent notamment :

- La réalisation du bilan étiologique, ou la synthétisation des résultats si les examens ont été réalisés en milieu hospitalier.

- Vérifier la bonne tenue de la consultation post AVC avec un neurologue ou un MPR
- Solliciter de l'aide externe : services sociaux, neurologie, MPR
- Réaliser l'éducation thérapeutique
- Évaluer les symptômes fonctionnels et la nécessité de rééducation ; le cas échéant adresser aux paramédicaux adéquats : kinésithérapeute, ergothérapeute, neuropsychologue, psychomotricien, enseignant en APA, orthophoniste
- Répondre aux questions sur la reprise automobile et la reprise du travail

(51), (52).

d) Création d'un outil d'aide à la consultation

La grande majorité des médecins interrogés était favorable à la création d'un outil d'aide à la consultation, et la plupart souhaitaient cet outil soit disponible en version informatisée.

En effet, le médecin généraliste reste un des premiers acteurs de la prise en charge du post AVC, plusieurs études ont mis en évidence l'hétérogénéité de la prise en charge avec un risque de sous-évaluation notamment pour les patient ayant subi un AVC léger (39),(40).

De plus, plusieurs travaux montrent que l'informatisation des recommandations favorise une meilleure application de celles-ci, ainsi qu'une utilisation plus aisée (53) ,(54),(55).

2) Les recommandations actuelles concernant le post-AVC

Ce chapitre a pour objectif de faire le point sur les différentes recommandations afin de réaliser notre outil d'aide à la consultation.

a) Les douleurs post AVC

Les douleurs du post AVC sont fréquentes et sous diagnostiquées. Il s'agit la plupart du temps de douleurs d'allure neuropathiques.

Leur dépistage se fait notamment par l'échelle DN4 un questionnaire français, validé par plusieurs études et par la HAS (56). Ce questionnaire est rapide, comportant quatre questions : si le score est supérieur à 4/10 le test est positif. Il peut être facilement utilisé en médecine générale (Annexe 5)

Concernant les traitements pharmacologiques : selon les recommandations de la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD) (57)

En première intention :

- il convient d'utiliser les antidépresseurs inhibiteurs mixte de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA) avec la duloxetine ou la venlafaxine
- l'utilisation de la gabapentine est également recommandée ;
- mais aussi l'utilisation d'antidépresseurs tricycliques tel que l'amitriptyline.

En deuxième intention :

- on retrouve la PREGABALINE (qui présente plus d'effets indésirables que les traitements précédents)
- Utilisation possible du TRAMADOL.

- Enfin il est possible de réaliser des associations de traitement par exemple : association d'antidépresseurs (duloxetine) et de prégabaline
- Les thérapies cognitivo-comportementale sont également recommandées en deuxième intention.

En troisième intention :

- La stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS), la stimulation médullaire, uniquement en centre spécialisé.
- Les opioïdes forts tels que la morphine ou l'oxycodone. Ces traitements doivent être proposés en toute dernière intention, en l'absence d'autres alternatives.

Il faut retenir que les douleurs neuropathiques post AVC sont difficiles à traiter et nécessitent parfois une combinaison entre prise en charge pharmacologique et non pharmacologique (58), (59).

b) La fatigue ou la fatigabilité

La fatigue et la fatigabilité dans le post AVC sont des symptômes fréquents et pourtant sous diagnostiqués par les médecins généralistes, seulement 14% des médecins interrogés déclarent l'évaluer dans notre étude, c'est le symptôme pour lequel nos médecins interrogés se disent le plus en besoin de formation (76,7 %, graphique 13). La fatigue et la fatigabilité sont sous-évaluées notamment par manque d'échelles disponibles, par manque de connaissance et également par manque de prise en charge disponible.

La physiopathologie reste mal connue malgré plusieurs hypothèses : excitabilité corticale diminuée, atteinte de certains réseaux neuronaux, inflammation et réponse immunitaire (60).

Une étude récente (2024) propose 20 recommandations concernant la fatigue post AVC, voici les plus pertinentes (61):

- Chaque patient ayant subi un AVC quel que soit la sévérité doit être questionné sur l'état de fatigue. Il convient également de rechercher les causes de fatigue secondaires (apnée du sommeil par exemple).
- Afin de « mesurer » la fatigue, intérêt d'utiliser la Fatigue Severity Scale 7. Questionnaire utilisé et recommandé également au Canada (62). Cette échelle est disponible en français dans sa version 9 questions (Annexe 6). Plus le score est élevé, plus la fatigue est importante.
- Concernant la prise en charge : il faut valider ce symptôme et expliquer aux patients que la moitié des patients ayant subi un AVC ressentent ce même symptôme. La première recommandation est l'éducation sur l'hygiène de sommeil. L'exercice physique a prouvé son efficacité et doit être encouragé notamment par le biais de l'activité physique adaptée (APA).

La psychothérapie peut être envisagée comme un des traitements de la fatigue. Enfin, plus récemment quelques études suggèrent l'introduction du MODAFINIL comme traitement médicamenteux de la fatigue. Il a prouvé son efficacité et une étude de phase 3 devrait être réalisée dans les prochaines années (63).

c) Les troubles de déglutition, l'orthophonie

Les troubles de déglutition sont peu fréquents après un AVC léger (13 à 20% selon les études), mais peuvent avoir des complications graves comme une augmentation en fréquence des pneumopathies d'inhalation, de la dénutrition et donc de la mortalité.

Les troubles de déglutition sont la plupart du temps recherchés dès la phase aiguë ou subaiguë de l'AVC, c'est-à-dire en hospitalisation. Ils sont plus fréquents chez les personnes âgées, dénutris, ayant des comorbidités tels que le diabète, mais aussi des troubles cognitifs, ainsi que chez les patients ayant subi un AVC bilatéral ou avec score NIHSS élevée (23), (64).

Les dernières recommandations suggèrent que tous les patients doivent bénéficier de la recherche des troubles de déglutition dès la phase aiguë mais que cette recherche doit être répétée. Pour se faire le « Water swallow test » ou test de déglutition à l'eau peut être réalisé (*Il consiste à faire boire un peu d'eau au patient et surveiller ses réactions, la survenue d'une toux, d'un étouffement, d'une modification de la voix*) (65).

C'est un symptôme plutôt bien évalué dans notre étude (79,09 % concernant les troubles de déglutition et 86,05% concernant la nécessité de séance d'orthophonie ; graphique 1)

Les recommandations concernant la prise en charge sont :

En première ligne :

- Ajustement de la texture des aliments en fonction de la symptomatologie avec rencontre avec un(e) diététicien(ne) pour premièrement éduquer le patient sur les textures alimentaires et pour prévenir une éventuelle dénutrition, ou améliorer les prises alimentaires si une dénutrition est retrouvée.
- Consultation avec une orthophoniste permettant la réalisation d'exercice afin de récupérer une capacité de déglutition la plus normale possible.
- Encourager les soins dentaires et buccaux

En seconde ligne : l'acupuncture peut être proposée avec un niveau de preuve modéré.

Pour le futur :

- Quelques études suggèrent la possibilité d'un traitement médical par inhibiteur de l'angiotensine (qui augmente la toux) ou par agent dopaminergique. Ces études sont au stade d'essai clinique.
- La neurostimulation présente un potentiel prometteur dans les essais mais elle n'est pas intégrée dans les recommandations devant le faible niveau de preuve des études actuelles.

(65), (66), (21)

d) Les troubles cognitifs

Les troubles cognitifs sont fréquemment retrouvés chez les patients ayant subi un AVC. Il existe pourtant peu d'articles et peu de recommandations concernant la prise en charge de ces derniers. Il en résulte une prise en charge hétérogène des patients.

Dans notre étude c'est un symptôme bien évalué (graphique 1), le manque de temps est souvent cité comme justification à la non-évaluation (graphique 6).

L'Organisation Européenne du Traitement de l'AVC (European Stroke Organisation ESO) et l'Académie Européenne de Neurologie (European Academy of Neurology EAN) ont émis des recommandations. Il en sort plusieurs points intéressants pour le médecin généraliste.

Concernant l'évaluation diagnostique, il existe deux outils fréquemment recommandés : le MoCA et le MMSE (Annexe 7 et 8), le MoCA présente une meilleure sensibilité, notamment en cas d'AVC léger. L'Oxford Cognitive Screen est un outil développé récemment spécifiquement pour la recherche des troubles cognitifs post AVC, il permet de détecter les lacunes du patient dans un domaine particulier (le langage, la mémoire, l'attention, les praxies, les fonctions numériques), il n'existe pas de traduction française officielle et il n'a pas prouvé sa supériorité.

Concernant la prise en charge des troubles cognitifs :

- Aucun traitement médicamenteux n'a prouvé formellement son efficacité (ni les inhibiteurs du cholinestérase, ni la mémantine)
- La rééducation cognitive présente des effets positifs prometteurs pour la prise en charge des troubles cognitifs post-AVC. Cette dernière doit être individualisée afin de s'intégrer dans un projet de soin global du patient.
- L'activité physique a démontré une légère amélioration des troubles dans différentes études.

- La prise en charge des facteurs de risque cardio vasculaire notamment de l'hypertension pourrait améliorer l'évaluation cognitive, cette recommandation reste toutefois discutée dans la littérature.

(67),(68),(69),(70)

e) La spasticité

C'est un symptôme fréquent du post AVC, qui peut évoluer défavorablement. Les membres supérieurs sont le plus souvent touchés.

La définition est non consensuelle, selon la SOMFER : c'est « une exagération vitesse dépendante du reflexe myotatique, entraînant une contraction trop importante d'un muscle » (71).

Les études montrent que certains patients n'accèdent pas à la consultation pluridisciplinaire, soit par choix personnel, soit en raison d'un dysfonctionnement du système de convocation. Ces patients ont alors peu de contacts avec un médecin de médecine physique et de réadaptation (MPR) ou avec un neurologue. Dans ce contexte, le médecin généraliste joue un rôle essentiel : il doit veiller à dépister ce symptôme fréquent même dans l'AVC léger, et l'orienter vers un spécialiste lorsque cela s'avère nécessaire (40). Cependant seulement 53,49 % des médecins interrogés dans notre étude recherchent la spasticité (graphique 1), et en effet, 69,70 % d'entre eux déclarent avoir besoin d'être formés (graphique 13).

Sur le plan diagnostique, les outils recommandés sont : l'échelle modifiée d'Ashworth et l'échelle de Tardieu (Annexe 9 et 10). Elles dépendent cependant de l'expérience de l'examineur.

Concernant la prise en charge :

- La kinésithérapie simple reste le traitement de première intention (étirements, positionnement, exercices) en complément avec d'autres thérapeutiques elle permet une amélioration de la symptomatologie, elle peut être associée à des orthèses de positionnement. C'est la prise en charge la plus fréquente en MG, notamment dans le cadre de l'AVC léger.
- L'injection de toxine botulique est une des thérapeutiques les plus utilisées, elle est réalisée par les MPR ou les neurologues.
- Il est conseillé toutefois de diriger le patient vers un neurologue et/ou un médecin MPR assez rapidement afin de permettre une bonne prise en charge.

Les thérapeutiques citées ci-après sont surtout utilisées dans le cadre de spasticité réfractaire donc plutôt chez des patients ayant subi un AVC sévère :

- Le baclofène intrathécale constitue une alternative aux traitements dans les cas de spasticité sévère uniquement.
- Les thérapeutiques orales sont utilisées en cas de spasticité invalidantes mais possèdent de nombreux effets secondaires, il s'agit du baclofène qui trouve sa place dans des contexte de spasticité sévère et multilocalisé ou lorsque l'injection de toxine botulique n'est pas possible.
- La stimulation cérébrale non invasive est en cours d'évaluation, elle est réalisée uniquement en centre de référence (25),(24),(72)

f) Le syndrome dépressif

Dans notre étude, le syndrome dépressif est globalement bien évalué par les médecins généralistes (graphique 1). Cette évaluation a une importance particulière, car la dépression post-AVC influence directement le parcours de récupération. Elle peut notamment entraîner une perte de motivation vis-à-vis de la rééducation et s'associer à une diminution de la participation active du patient. De plus, le syndrome dépressif est fréquemment intriqué avec les troubles cognitifs ce qui renforce son impact sur la qualité de vie et la récupération fonctionnelle.

Plusieurs échelles d'évaluation existent, les plus recommandés dans la littérature sont l'échelle PHQ9 et l'échelle de Hamilton (Annexe 11 et 12) (73).

Concernant la prise en charge

- Le traitement de première intention reste la psychothérapie sous toutes ses formes (thérapie cognitivo-comportementale, interpersonnelle) notamment dans les cas légers à modérés.
- Le traitement pharmacologique est souvent nécessaire mais pas obligatoire en première ligne. Il est recommandé d'utiliser en première intention des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine. La durée de traitement est d'au moins 6 à 12 mois.
- Tout syndrome dépressif ne nécessite pas forcément l'introduction d'un traitement médicamenteux, si les symptômes sont légers à modérés, le traitement peut être différé à condition d'une évaluation fréquente.
- L'activité physique est également recommandée et associée à une diminution de l'apparition d'un syndrome dépressif en post AVC. (74), (75)

g) Les troubles visuels

Les troubles visuels sont fréquents en post AVC et peu dépistés dans notre étude (graphique 1), notamment par manque de temps, de formation, d'outils d'évaluation (graphique 9). Le besoin en formation est élevé pour ce symptôme (graphique 13).

Il est recommandé d'effectuer un dépistage visuel systématique chez les patients ayant subi un AVC, cependant il existe peu d'outils validés en médecine générale. Ce dépistage doit se faire chez un spécialiste en ophtalmologie. Certaines recommandations insistent sur un dépistage précoce à 3 ou 4 jours de l'AVC.

La détection de ces troubles est d'autant plus difficile que les patients ont tendance à minimiser ce symptôme ou dans les cas d'héminégligence, à ne pas le reconnaître.

Il serait intéressant d'évaluer des outils de dépistage réalisable en médecine générale.

En résumé, il convient d'évaluer sur un mode déclaratif les troubles visuels en médecine générale, et il faut adresser rapidement le patient pour un examen ophtalmologique complet au moindre doute (76),(77), (78).

h) L'autonomie

L'autonomie ou la perte d'autonomie plutôt bien évaluée (graphique 1) dans notre étude. La difficulté d'évaluation réside dans les nombreuses échelles disponibles.

Les échelles les plus utilisées et les plus recommandées dans la littérature restent l'échelle de BARTHEL et la mesure d'indépendance fonctionnelle (Annexe 2, (76)).

La perte d'autonomie est un sujet vaste, ne faisant pas l'objet de recommandations précises. Cependant le niveau d'autonomie est facilement évaluable en consultation, de manière déclarative.

La prise en charge de la perte d'autonomie est vaste, elle comprend la rééducation physique avec la kinésithérapie, l'exercice adapté, mais aussi la mise en place d'aides sociales. Cela se fait par différents biais notamment la réalisation d'un dossier MDPH mais aussi l'orientation vers une assistante sociale pour la mise en place d'aides au domicile par exemple. Certaines associations permettent également de trouver des solutions pour les patients mais aussi leurs aidants, c'est le cas de France AVC, qui ont des antennes dans plusieurs villes de France.

(79), (80), (81)

i) Les troubles du sommeil

Les troubles du sommeil sont fréquents chez les patients en post AVC en comparaison à la population générale. Dans notre étude, ils sont assez bien évalués (60,47 %, graphique 1).

Plusieurs symptômes ont été étudiés, il s'agit :

- De l'insomnie ou de l'hypersomnie
- Du syndrome des jambes sans repos
- Des mouvements périodiques des membres inférieurs
- Du SAOS

(82), (83)

Certaines études ont montré de moins bons résultats concernant la réhabilitation post AVC lorsque qu'il existe des troubles du sommeil, ainsi qu'un sur risque de récurrence (84), (85).

À ce jour, aucun outil de dépistage n'a véritablement démontré son efficacité dans la littérature. Les outils de dépistage les plus fréquemment utilisés sont l'Échelle de somnolence d'Epworth, l'échelle STOP-BANG et le questionnaire de Berlin, ce sont des échelles principalement utilisées pour le dépistage du syndrome d'apnées du sommeil mais non spécifique au post-AVC. Ces échelles, disponibles en version française (cf. Annexe 13,14 et 15), constituent des alternatives pratiques mais imparfaites.

L'usage de ces questionnaires permet d'identifier les patients présentant une probabilité élevée de troubles du sommeil chez qui la prescription d'exams complémentaires est nécessaire. Les exams de référence sont la polygraphie et la polysomnographie mais leur accessibilité reste limitée dans la pratique courante. (86), (87), (88)

La prise en charge diffère selon les problématiques objectivées :

- Concernant le SAOS : la prise en charge est spécifique avec notamment introduction d'un appareil de pression positive continue
- Pour l'insomnie ou l'hypersomnie : l'hygiène de vie reste le traitement principal. Ainsi que les thérapies cognitivo-comportementales qui ont montré un bénéfice. Les traitements médicamenteux sont les mêmes que pour les troubles du sommeil mais doivent être limités, la mélatonine peut être

utilisée en première intention. Les autres traitements sont les traitements hypnotiques habituels (benzodiazépine, somnifère)

- Le traitement du syndrome des jambes sans repos passe par une bonne hygiène de vie, il faut éliminer toute carence notamment en fer, les agonistes dopaminergiques ou les antiépileptiques tels que la gabapentine sont recommandés.

(89), (90)

j) Les troubles génito-urinaires

Ils sont peu évalués par les MG, seulement 27,91 % d'entre eux déclarent rechercher ces symptômes et 65,10 % des médecins interrogés déclarent un besoin en formation.

L'incontinence est le premier symptôme évoqué, les urgenturies, la nycturie sont également fréquents, la rétention urinaire est plus rare. Les troubles urinaires sont également favorisés par la pose de sonde urinaire souvent nécessaire à la phase aiguë de l'AVC.

Il n'existe pas de test ayant prouvé son efficacité accessible en médecine générale concernant le dépistage des troubles urinaires. Il peut se faire par un journal de miction. Mais l'examen de référence reste le bilan urodynamique réalisé par un urologue.

Concernant la prise en charge : il existe peu de traitement médicamenteux :

- En première intention, on préconise les mictions programmées, la rééducation pelvienne, ainsi que les mesures hygiéno-diététiques telles que la lutte contre la constipation et la bonne hydratation.
- Ensuite pour les troubles de vidange notamment, on préconise l'auto-sondage ou l'hétéro sondage (plutôt pour des patients ayant subi un AVC sévère)
- Concernant les traitements médicamenteux les anticholinergiques peuvent être utilisés ; ainsi que les alpha-bloquants
- En dernière intention la neurostimulation cutanée, par stimulation au niveau du mollet peut être une solution afin d'inhiber les vessies hyperactives.

(91),(92),(93)

Sur le plan de la dysfonction sexuelle, ce symptôme reste un sujet tabou pour les médecins généralistes alors que l'incidence est élevée chez les hommes comme chez les femmes. Dans notre étude, 72% des MG n'évaluent pas ce symptôme, surtout par manque de formation, d'échelles disponible et par absence de perception de la demande des patients, alors que, la plupart des patients déclarent vouloir recevoir des informations sur ce sujet et aimerait que le MG aborde la question (94).

Il s'agit notamment de symptômes physiques tels que la dysfonction érectile ou d'autres symptômes plus complexes alliant le physique et le psychique comme le manque de libido, la mauvaise image de soi. Ces symptômes sont fréquemment intriqués avec d'autres tel que la perte d'autonomie ou la dépression.

Le dépistage peut se faire par l'utilisation d'échelles standardisées comme l'IIEF5 (International Index of Erectile Function, Annexe 15), l'échelle ASEX (Echelle des

expériences sexuelles d'Arizona, Annexe 16), FSFI (Female Sexual Function Index, (95)).

La prise en charge passe surtout par la thérapie sexuelle qui allie physiothérapie et conseil psychologique (96). Aucun traitement médicamenteux n'est recommandé. (97),(31),(98),(99)

Toutes ces recommandations sont résumées dans notre outil d'aide à la consultation en annexe 18.

3) Forces et limites de l'étude

a) Les forces

Notre étude présente plusieurs forces. En effet, il existe peu d'études sur le sujet, notamment du point de vue des médecins généralistes et de leurs attentes.

Concernant les thèses, Docteur PETIT DRUETTA est la seule ayant réalisé un travail de thèse similaire en région Rhône Alpes en 2014 (100) .

Ce travail a également permis de créer un outil d'aide à la consultation, ce qui en fait un travail unique et intéressant puisque cet outil pourra servir directement les médecins généralistes.

Le recueil de données a été réalisé entre 2024 et 2025 ce qui en fait un travail récent, au plus proche des recommandations actuelles.

La population ciblée était vaste du fait de notre mode de recrutement et de tous horizons (médecins jeunes et moins jeunes, remplaçant ou installés, dans différentes zones d'activités).

L'utilisation d'un auto-questionnaire anonyme diminue un potentiel biais de déclaration.

b) Les limites

Notre étude présente plusieurs limites qu'il convient de citer.

Nous avons reçu peu de réponses à notre questionnaire, ce qui peut entraîner un biais de sélection et d'auto-sélection, ce qui signifie que les médecins ayant répondu peuvent être plus sensibles à notre problématique. Du fait de la diffusion du questionnaire sur les réseaux sociaux, de l'absence de liste définie, le taux de participation n'était pas calculable.

L'échantillon n'était pas représentatif de la population générale, ce qui peut s'expliquer par un faible taux de réponse et par le biais d'auto-sélection. On retrouve un échantillon majoritairement plus jeune et féminin que la population générale pouvant s'expliquer par le fait que les jeunes médecins généralistes ont davantage tendance à répondre aux questionnaires de thèse, notamment via les réseaux sociaux que les médecins généralistes plus âgés. Ce biais aurait pu être atténué par l'envoi de questionnaires papier.

Notre questionnaire était également relativement long, ce qui a pu décourager certains médecins, en particulier dans le contexte actuel de manque de temps.

4) Perspectives

Cette étude offre un état des lieux actuel des connaissances sur la prise en charge du post AVC. Elle met en évidence des domaines insuffisamment explorés notamment dans le cadre des troubles cognitifs, des troubles visuels ou des troubles génito-urinaires qui restent peu étudiés malgré leur fréquence et leur impact sur la qualité de vie.

Les recherches s'orientent désormais vers une prise en charge globale des séquelles du post-AVC, notamment concernant la spasticité, la fatigue ou les troubles cognitifs.

Ce travail a permis d'élaborer un outil d'aide à la consultation qui permettra de faciliter le dépistage et le suivi des patient ayant subi un AVC, sans pour autant remplacer les consultations post AVC. Cet outil pourrait faire l'objet d'une évaluation afin de mesurer son efficacité et d'améliorer les modalités d'utilisation.

V. Conclusion

Le post-AVC constitue un domaine vaste, et notre étude s'est concentrée sur l'aspect neuro-rééducatif de la prise en charge. L'objectif principal était d'évaluer le besoin en formation des médecins généralistes sur ce sujet.

Nos résultats mettent en évidence un besoin de formation constant chez ces professionnels, qui, étant donné leur rôle central, demeurent des acteurs clés du post-AVC, notamment à travers la consultation, l'orientation des patients et l'accompagnement dans l'amélioration des symptômes. Dans le contexte actuel, marqué par la pénurie de médecins, le délai moyen avant une consultation post-AVC, généralement de 3 à 6 mois, tend malheureusement à s'allonger, ce qui renforce la pertinence de notre travail.

Nous avons également observé que certains symptômes du post-AVC sont peu évalués par les médecins généralistes, en raison de contraintes de temps, d'une perception limitée de la demande ou d'un manque de connaissances spécifiques. Pour répondre à ce besoin, nous avons développé un outil d'aide à la consultation, dont l'utilité et l'efficacité devront être évaluées dans le cadre d'une étude ultérieure.

Notre travail a également permis de faire le point sur les recommandations actuelles concernant les symptômes clés du post-AVC, synthétisées dans notre outil d'aide à la consultation.

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. Béjot Y, Touzé E, Jacquin A, Giroud M, Mas JL. Épidémiologie des accidents vasculaires cérébraux. *médecine/sciences.* 1 août 2009;25(8-9):727-32.
3. Inserm [Internet]. [cité 19 oct 2023]. Accident vasculaire cérébral (AVC) · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/accident-vasculaire-cerebral-avc/>
4. Comprendre l'AVC et l'AIT [Internet]. [cité 26 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/sante/themes/accident-vasculaire-cerebral-avc/avc-comprendre>
5. Feigin VL, Abate MD, Abate YH, ElHafeez SA, Abd-Allah F, Abdelalim A, et al. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Neurol.* 1 oct 2024;23(10):973-1003.
6. Diener HC, Hankey GJ. Primary and Secondary Prevention of Ischemic Stroke and Cerebral Hemorrhage: JACC Focus Seminar. *J Am Coll Cardiol.* 21 avr 2020;75(15):1804-18.
7. Johnson CO, Nguyen M, Roth GA, Nichols E, Alam T, Abate D, et al. Global, regional, and national burden of stroke, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol.* 1 mai 2019;18(5):439-58.
8. Potter TBH, Tannous J, Vahidy FS. A Contemporary Review of Epidemiology, Risk Factors, Etiology, and Outcomes of Premature Stroke. *Curr Atheroscler Rep.* 2022;24(12):939-48.
9. Giroud M. Comparaison des taux d'accidents vasculaires cérébraux entre les femmes et les hommes : apports des Registres de Dijon, Brest et Lille, 2008-2012.
10. Parcours_MPR_AVC_site.pdf [Internet]. [cité 18 oct 2023]. Disponible sur: https://www.sofmer.com/download/Parcours_MPR_AVC_site.pdf
11. 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.
12. Chapitre 16 : Échelles utilisées en situation d'urgence | www.cen-neurologie.fr [Internet]. [cité 13 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.cen-neurologie.fr/premier-cycle/les-fondamentaux-de-la-pathologie-neurologique/la-semiologie-neurologique-et-ses-bases-anatomofonctionnelles/chapitre-16-echelles-utilisees-en-situation-durgence>
13. Wilson JTL, Hareendran A, Grant M, Baird T, Schulz UGR, Muir KW, et al. Improving the assessment of outcomes in stroke: use of a structured interview to assign grades on the modified Rankin Scale. *Stroke.* sept 2002;33(9):2243-6.
14. 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.
15. Zhan J, Zhang P, Wen H, Wang Y, Yan X, Zhan L, et al. Global prevalence estimates of poststroke fatigue: A systematic review and meta-analysis. *Int J Stroke Off J Int Stroke Soc.* oct 2023;18(9):1040-50.

16. 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.
17. El Hussein N, Katzan IL, Rost NS, Blake ML, Byun E, Pendlebury ST, et al. Cognitive Impairment After Ischemic and Hemorrhagic Stroke: A Scientific Statement From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke.* juin 2023;54(6):e272-91.
18. Lekoubou A, Nguyen C, Kwon M, Nyalundja AD, Agrawal A. Post-stroke Everything. *Curr Neurol Neurosci Rep.* nov 2023;23(11):785-800.
19. Towfighi A, Ovbiagele B, El Hussein N, Hackett ML, Jorge RE, Kissela BM, et al. Poststroke Depression: A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke.* févr 2017;48(2):e30-43.
20. Kim J, Kim Y, Yang KI, Kim DE, Kim SA. The Relationship Between Sleep Disturbance and Functional Status in Mild Stroke Patients. *Ann Rehabil Med.* août 2015;39(4):545-52.
21. Jones CA, Colletti CM, Ding MC. Post-stroke Dysphagia: Recent Insights and Unanswered Questions. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2 nov 2020;20(12):61.
22. Dysphagia and disability in minor strokes – An institutional study - *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases* [Internet]. [cité 20 sept 2025]. Disponible sur: [https://www.strokejournal.org/article/S1052-3057\(20\)30488-2/abstract?](https://www.strokejournal.org/article/S1052-3057(20)30488-2/abstract?)
23. Żdanowicz A, Sobkowiak H, Gawrysiak M, Wiszniewska M. Swallowing Disorders in Ischemic Stroke: A Retrospective Analysis of Dysphagia Severity Differences Based on Hemisphere Damage and Patient Age. *J Clin Med.* janv 2025;14(3):900.
24. Suputtitada A, Chatromyen S, Chen CPC, Simpson DM. Best Practice Guidelines for the Management of Patients with Post-Stroke Spasticity: A Modified Scoping Review. *Toxins.* 10 févr 2024;16(2):98.
25. Bavikatte G, Subramanian G, Ashford S, Allison R, Hicklin D. Early Identification, Intervention and Management of Post-stroke Spasticity: Expert Consensus Recommendations. *J Cent Nerv Syst Dis.* 20 sept 2021;13:11795735211036576.
26. Sand KM, Wilhelmsen G, Naess H, Midelfart A, Thomassen L, Hoff JM. Vision problems in ischaemic stroke patients: effects on life quality and disability. *Eur J Neurol.* janv 2016;23 Suppl 1:1-7.
27. Hanna KL, Hepworth LR, Rowe F. Screening methods for post-stroke visual impairment: a systematic review. *Disabil Rehabil.* déc 2017;39(25):2531-43.
28. RECOMMANDATION-25.01.2016.pdf [Internet]. [cité 28 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.cometefrance.com/wp-content/uploads/2016/06/RECOMMANDATION-25.01.2016.pdf>
29. Agapiou E, Pyrgelis ES, Mavridis IN, Meliou M, Wimalachandra WSB. Bladder dysfunction following stroke: An updated review on diagnosis and management. *Bladder.* 23 août 2024;11(1):e21200005.
30. Na Y, Htwe M, Rehman CA, Palmer T, Munshi S. Sexual dysfunction after stroke-A biopsychosocial perspective. *Int J Clin Pract.* juill 2020;74(7):e13496.
31. Calabrò RS. Post-stroke Sexual Dysfunction in Men: Epidemiology, Diagnostic Work-up, and Treatment. *Innov Clin Neurosci.* 2022;19(7-9):12-6.
32. AVC_-_rapport_final_-_vf.pdf [Internet]. [cité 11 janv 2025]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/AVC_-_rapport_final_-_vf.pdf

33. Schnitzler A. 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 / IMPACT OF THE STROKE PLAN ON THE MANAGEMENT OF ACUTE ISCHEMIC STROKE IN FRANCE: TRENDS OF ASSESSMENT INDICATORS OF THE FRENCH NATIONAL AUTHORITY FOR HEALTH FROM 2011 TO 2016.
34. Nathalie P. Parcours AVC chez l'adulte. 2023;
35. Nestrigue C, Com-Ruelle L, Bricard D. . Analyse séquentielle et déterminants des parcours de soins en phase post-aiguë d'un Accident vasculaire cérébral (AVC). 2019;
36. Gabet A. ÉVOLUTION DE L'ADMISSION EN SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION DES PATIENTS HOSPITALISÉS POUR ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL EN FRANCE, 2010-2014 / TRENDS IN FOLLOW-UP CARE AND REHABILITATION ADMISSION AMONG PATIENTS HOSPITALIZED FOR STROKE IN FRANCE FROM 2010 TO 2014.
37. Prado, le service de retour à domicile [Internet]. [cité 26 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/lille-douai/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado>
38. Annexes_Évaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2014-2017 de la CNAMTS – Gestion du risque.pdf [Internet]. [cité 8 févr 2025]. Disponible sur: <https://igas.gouv.fr/>
39. Pelissier J. The management of stroke patients. Conference of experts with a public hearing. Mulhouse (France), 22 October 2008. Ann Phys Rehabil Med. 1 mars 2010;53(2):124-47.
40. Santos E, Broussy S, Lesaine E, Saillour F, Rouanet F, Dehail P, et al. Post-stroke follow-up: Time to organize. Rev Neurol (Paris). 2019;175(1-2):59-64.
41. Babin N, Theux G, Sibon I, Dehail P, Prouteau A, Bélio C, et al. Patient and general practitioner perceptions of post-stroke difficulties may not always agree. Ann Phys Rehabil Med. avr 2017;60(2):117-9.
42. O'Callaghan G, Fahy M, O'Meara S, Lindblom S, von Koch L, Langhorne P, et al. Experiences and preferences of people with stroke and caregivers, around supports provided at the transition from hospital to home: a qualitative descriptive study. BMC Neurol. 22 juill 2024;24(1):251.
43. Daviet JC, Compagnat M, Bernikier D, Salle JY. Réadaptation après accident vasculaire cérébral : retour et maintien à domicile, vie quotidienne. Bull Académie Natl Médecine. 1 mai 2022;206(5):616-22.
44. Rémunération : Le dispositif du médecin traitant | ameli.fr | Médecin [Internet]. [cité 25 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/lille-douai/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/dispositif-medecin-traitant>
45. Bilan des consultations labellisées post-AVC chez les patients sortant à domicile après un séjour en UNV [Internet]. [cité 23 juill 2023]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2021/2021LILUM430.pdf
46. « D'un hôpital de séjours vers un hôpital de parcours : étude descriptive du parcours de soins de l'AVC au Centre Hospitalier Saint Philibert en 2019 » [Internet]. [cité 14 sept 2023]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2021/2021LILUM529.pdf
47. Aquino MRJ (Ryc), Mullis R, Moore C, Kreit E, Lim L, McKevitt C, et al. "It's Difficult, There's No Formula": Qualitative Study of Stroke Related Communication Between Primary and Secondary Healthcare Professionals. Int J Integr Care. 20(4):11.

48. Cormican A, Hirani SP, McKeown E. Healthcare professionals' perceived barriers and facilitators of implementing clinical practice guidelines for stroke rehabilitation: A systematic review. *Clin Rehabil.* 1 mai 2023;37(5):701-12.
49. Foucaud J, Balcou-Debussche M, Moquet MJ. La formation continue des médecins en éducation à la santé et en éducation du patient. 1 janv 2011;
50. 2017LIL2M503.pdf [Internet]. [cité 17 sept 2025]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2017/2017LIL2M503.pdf
51. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 2 nov 2025]. Accident vasculaire cérébral : améliorer le parcours de santé et la prise en charge des patients. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3702555/fr/accident-vasculaire-cerebral-ameliorer-le-parcours-de-sante-et-la-prise-en-charge-des-patients
52. avc_parcours_coordination_medecin_traitant.pdf [Internet]. [cité 2 nov 2025]. Disponible sur: https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/202510/dir2/avc_parcours_coordination_medecin_traitant.pdf
53. Méndez Boo L, Coma E, Medina M, Hermosilla E, Iglesias M, Olmos C, et al. Effectiveness of computerized point-of-care reminders on adherence with multiple clinical recommendations by primary health care providers: protocol for a cluster-randomized controlled trial. *SpringerPlus.* 7 sept 2016;5(1):1505.
54. Damiani G, Pinnarelli L, Colosimo SC, Almiento R, Sicuro L, Galasso R, et al. The effectiveness of computerized clinical guidelines in the process of care: a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 4 janv 2010;10(1):2.
55. Gillois P, Jaulent MC, Kohler F, Chatellier G. Application à une population témoin de trois versions de Re- commandations de Pratique Clinique du domaine cardio- vasculaire. 2005;
56. Madani SP, Bagherzadeh Cham M, Sajadi S, Mansouri K, Samadaeian N, Zare N. Assessing the Validity and Reliability of the DN4 Neuropathic Pain Questionnaire: A Systematic Review. *Ann Mil Health Sci Res [Internet].* 15 mars 2025 [cité 19 sept 2025];23(1). Disponible sur: <https://brieflands.com/articles/amhsr-154462>
57. Moisset X, Bouhassira D, Couturier JA, Alchaar H, Conradi S, Delmotte MH, et al. Traitements pharmacologiques et non pharmacologiques de la douleur neuropathique : une synthèse des recommandations françaises. *Douleur Analgésie.* juin 2020;33(2):101-12.
58. Choi HR, Aktas A, Bottros MM. Pharmacotherapy to Manage Central Post-Stroke Pain. *CNS Drugs.* févr 2021;35(2):151-60.
59. Treister AK, Hatch MN, Cramer SC, Chang EY. Demystifying Poststroke Pain: From Etiology to Treatment. *PM R.* janv 2017;9(1):63-75.
60. Markus HS. Post-stroke fatigue. *Int J Stroke.* 1 oct 2023;18(9):1026-8.
61. English C, Simpson DB, Billinger SA, Churilov L, Coupland KG, Drummond A, et al. A roadmap for research in post-stroke fatigue: Consensus-based core recommendations from the third Stroke Recovery and Rehabilitation Roundtable. *Int J Stroke.* 1 févr 2024;19(2):133-44.
62. Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada [Internet]. [cité 19 sept 2025]. 7. Fatigue après un AVC. Disponible sur: <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/fr-ca/recommandations/prise-en-charge-des-transitions-dans-les-soins-de-lavc/fatigue-apres-un-avc/>
63. Bivard A, Lillicrap T, Krishnamurthy V, Holliday E, Attia J, Pagram H, et al. MIDAS (Modafinil in Debilitating Fatigue After Stroke). *Stroke.* mai 2017;48(5):1293-8.

64. Wang L, Qiao J, Sun F, Wei X, Dou Z. Demographic and clinical factors associated with recovery of poststroke dysphagia: A meta-analysis. *Brain Behav.* 2023;13(6):e3033.
65. Dzielwas R, Michou E, Trapl-Grundschober M, Lal A, Arsava EM, Bath PM, et al. European Stroke Organisation and European Society for Swallowing Disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia. *Eur Stroke J* [Internet]. 13 oct 2021 [cité 20 sept 2025]; Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/23969873211039721>
66. Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada [Internet]. [cité 20 sept 2025]. 7. Évaluation et prise en charge de la dysphagie et de la malnutrition après un AVC. Disponible sur: <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/fr-ca/recommandations/readaptation/evaluation-et-prise-en-charge-de-la-dysphagie-et-de-la-malnutrition-apres-un-avc/>
67. Quinn TJ, Richard E, Teuschl Y, Gattringer T, Hafdi M, O'Brien JT, et al. European Stroke Organisation and European Academy of Neurology joint guidelines on post-stroke cognitive impairment. *Eur Stroke J.* 1 sept 2021;6(3):l-XXXVIII.
68. Quinn TJ, Elliott E, Langhorne P. Cognitive and Mood Assessment Tools for Use in Stroke. *Stroke* [Internet]. févr 2018 [cité 22 sept 2025]; Disponible sur: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STROKEAHA.117.016994>
69. Lanctôt KL, Lindsay MP, Smith EE, Sahlas DJ, Foley N, Gubitz G, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Mood, Cognition and Fatigue following Stroke, 6th edition update 2019. *Int J Stroke.* 1 août 2020;15(6):668-88.
70. Billinger SA, Arena R, Bernhardt J, Eng JJ, Franklin BA, Johnson CM, et al. Physical Activity and Exercise Recommendations for Stroke Survivors. *Stroke* [Internet]. août 2014 [cité 22 sept 2025]; Disponible sur: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000022>
71. Allart E, Mazevet D, Idée S, Constant Boyer F, Bonan I. Adjunct therapies after botulinum toxin injections in spastic adults: Systematic review and SOFMER recommendations. *Ann Phys Rehabil Med.* mars 2022;65(2):101544.
72. https://www.researchgate.net/publication/251294935_Strategies_de_traitement_de_la_spasticite_chez_l%27hemiplegique_apres_AVC [Internet]. [cité 22 sept 2025]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/251294935_Strategies_de_traitement_de_la_spasticite_chez_l%27hemiplegique_apres_AVC
73. Liu F, Gong L, Zhao H, Li Y li, Yan Z, Mu J. Validity of evaluation scales for post-stroke depression: a systematic review and meta-analysis. *BMC Neurol.* 15 août 2024;24(1):286.
74. Zhang Y, Li G, Zheng W, Xu Z, Lv Y, Liu X, et al. Effects of Exercise on Post-Stroke Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Life.* févr 2025;15(2):285.
75. Lanctôt KL, Lindsay MP, Smith EE, Sahlas DJ, Foley N, Gubitz G, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Mood, Cognition and Fatigue following Stroke, 6th edition update 2019. *Int J Stroke.* 1 août 2020;15(6):668-88.
76. Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada [Internet]. [cité 24 sept 2025]. 8. Réadaptation en cas de troubles de la perception visuelle. Disponible sur: <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/fr-ca/recommandations/readaptation/readaptation-associée-a-un-trouble-de-la-perception-visuelle/>
77. Hanna KL, Hepworth LR, Rowe F. Screening methods for post-stroke visual impairment: a systematic review. *Disabil Rehabil.* déc 2017;39(25):2531-43.

78. Rowe FJ, Hepworth LR, Begoña Coco-Martin M, Gillebert CR, Leal-Vega L, Palmowski-Wolfe A, et al. European Stroke Organisation (ESO) guideline on visual impairment in stroke. *Eur Stroke J*. 22 mai 2025;23969873251314693.
79. 5b3b232651514.pdf [Internet]. [cité 24 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.franceavc.com/uploads/files/5b3b232651514>
80. Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle (MIF) – Strokengine [Internet]. [cité 24 sept 2025]. Disponible sur: <https://strokengine.ca/fr/assessments/mesure-de-lindependance-fonctionnelle-mif/>
81. Caronni A, Scarano S. Generalisability of the Barthel Index and the Functional Independence Measure: robustness of disability measures to Differential Item Functioning. *Disabil Rehabil*. avr 2025;47(8):2134-45.
82. Baylan S, Griffiths S, Grant N, Broomfield NM, Evans JJ, Gardani M. Incidence and prevalence of post-stroke insomnia: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev*. févr 2020;49:101222.
83. Hasan F, Gordon C, Wu D, Huang HC, Yuliana LT, Susatia B, et al. Dynamic Prevalence of Sleep Disorders Following Stroke or Transient Ischemic Attack. *Stroke*. févr 2021;52(2):655-63.
84. Iddagoda MT, Inderjeeth CA, Chan K, Raymond WD. Post-stroke sleep disturbances and rehabilitation outcomes: a prospective cohort study. *Intern Med J*. févr 2020;50(2):208-13.
85. Sleep disorders as both risk factors for, and a consequence of, stroke: A narrative review - Lukas Mayer-Suess, Abubaker Ibrahim, Kurt Moelgg, Matteo Cesari, Michael Knoflach, Birgit Högl, Ambra Stefani, Stefan Kiechl, Anna Heidbreder, 2024 [Internet]. [cité 26 sept 2025]. Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/17474930231212349>
86. Takala M, Puustinen J, Rauhala E, Holm A. Pre-screening of sleep-disordered breathing after stroke: A systematic review. *Brain Behav*. 1 déc 2018;8(12):e01146.
87. Petrie BK, Sturzoiu T, Shulman J, Abbas S, Masoud H, Romero JR, et al. Questionnaire and Portable Sleep Test Screening of Sleep Disordered Breathing in Acute Stroke and TIA. *J Clin Med*. 13 août 2021;10(16):3568.
88. Dekkers MPJ, Horvath CM, Woerz VS, Bernasconi C, Duss SB, Schmidt MH, et al. Performance of questionnaires to predict sleep-disordered breathing in acute stroke patients. *J Sleep Res*. août 2025;34(4):e14416.
89. Rissardo JP, Khalil I, Taha M, Chen J, Sayad R, Fornari Caprara AL. Sleep Disorders and Stroke: Pathophysiological Links, Clinical Implications, and Management Strategies. *Med Sci*. sept 2025;13(3):113.
90. Fleming MK, Smejka T, Macey E, Luengo-Fernandez R, Henry AL, Robinson B, et al. Improving sleep after stroke: A randomised controlled trial of digital cognitive behavioural therapy for insomnia. *J Sleep Res*. 1 avr 2024;33(2):e13971.
91. Gordon C, Davidson CE, Roffe C, Clegg A, Booth J, Lightbody CE, et al. Evaluating methods of detecting and determining the type of urinary incontinence in adults after stroke: A systematic review. *Neurol Urodyn*. 2024;43(2):364-81.
92. Agapiou E, Pyrgelis ES, Mavridis IN, Meliou M, Wimalachandra WSB. Bladder dysfunction following stroke: An updated review on diagnosis and management. *Bladder*. 23 août 2024;11(1):e21200005.
93. Urofrance | Priorisation des situations à risque en neuro-urologie : recommandations par méthode Delphi de l'Association française d'urologie (AFU), l'Association francophone internationale

des groupes d'animation de la paraplégie (AFIGAP), le Groupe de neuro-urologie de langue française (GENULF), la Société française de médecine physique et de réadaptation (SOFMER) et la Société interdisciplinaire francophone d'urodynamique et de pelvi-périnéologie (SIFUD-PP) - Urofrance [Internet]. [cité 2 nov 2025]. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/recommandation/priorisation-des-situations-a-risque-en-neuro-urologie-recommandations-par-methode-delphi-de-lassociation-francaise-durologie-afu-lassociation-francophone-internet/>

94. Na Y, Htwe M, Rehman CA, Palmer T, Munshi S. Sexual dysfunction after stroke-A biopsychosocial perspective. *Int J Clin Pract.* juill 2020;74(7):e13496.
95. Giuliano F. Les questionnaires recommandés en médecine sexuelle. *Prog En Urol.* juill 2013;23(9):811-21.
96. Vajrала KR, Potturi GS, Kumar S. Physiotherapy Outcomes on Sexual Dysfunction among Ischemic and Hemorrhagic Stroke Survivors. *Int J Med Allied Health Sci.* 7 juill 2021;1(01):24-8.
97. Latella D, Grimaldi A, Calabrò RS. Sexual Functioning and Sexual Health in Female Patients following Stroke: A Scoping Review with Implications for Rehabilitation. *J Pers Med.* mars 2024;14(3):267.
98. Schneider D, Comley-White N. Sexual Function and Quality of Life in Individuals Post Stroke. *Physiother Res Int J Res Clin Phys Ther.* janv 2025;30(1):e70004.
99. Dusenbury W, Palm Johansen P, Mosack V, Steinke EE. Determinants of sexual function and dysfunction in men and women with stroke: A systematic review. *Int J Clin Pract.* juill 2017;71(7).
100. Nathalie PD. SUIVI EN MEDECINE GENERALE DES PATIENTS AYANT PRESENTE UN AVC ENQUETE DE PRATIQUE EN REGION RHONE ALPES ET ELABORATION DE SUPPORTS D AIDE AU SUIVI.

VII. Annexes

Annexe 1 : score NIHSS : <https://hopitaux-paris->

[sud.aphp.fr/wpcontent/blogs.dir/212/files/2018/10/echelle_nihss.pdf](https://hopitaux-paris-sud.aphp.fr/wpcontent/blogs.dir/212/files/2018/10/echelle_nihss.pdf)

NIHSS

Date :

Examineur :

1A – Niveau de conscience .....	.....
0 = vigilance normale, réponses aisées	
1 = non vigilant, mais réveillable par stimulation mineure pour répondre et exécuter des consignes	
2 = non vigilant, requiert des stimulations répétées pour rester éveillé ou obtenir un mouvement non stéréotypé	
3 = mouvements stéréotypés, réponds de façon réflexe ou totalement aréactif.	
1B- Réponse à 2 questions (exemples: Quel âge avez-vous?; Où habitez vous?; Quel mois sommes nous?).....	.....
0= réponds correctement aux 2 questions ;	
1 = ne réponds correctement qu'à une seule question	
2= ne réponds correctement à aucune des questions (stupeur ou aphasie = 2)	
1C- Réponse à 2 ordres (ex : ouvrir et fermer les yeux ; serrer le poing ; lever la main) .....	.....
0 = exécute les 2 ordres correctement	
1 = exécute un seul ordre correctement sur les 2	
2 = n'exécute aucune tâche	
2- Motricité oculaire (seuls les mouvements horizontaux sont évalués) .....	.....
0 = normal	
1 = paralysie partielle, limitation du regard (sur un œil ou les 2); sans déviation forcée ni paralysie complète	
2 = déviation tonique ou paralysie totale du regard (non surmontée par les réflexes oculo-céphaliques)	
3- Champ visuel .....	.....
0 = normal	
1 = quadrantanopsie (ou extinction visuelle ou hémianopsie partielle)	
2 = hémianopsie totale	
3 = double hémianopsie, incluant cécité corticale	
4- Paralysie faciale .....	.....
0 = mobilité normale et symétrique	
1 = paralysie mineure (pli naso-génien affaissé / sourire asymétrique)	
2 = paralysie faciale centrale totale (paralysie totale ou presque de la partie inférieure de la face)	
3 = PF complète (territoire inférieure et supérieure) ou bilatérale	
5- Motricité du membre supérieur (à 45° en décubitus).....	.....
0 = pas de chute (> 10 secondes)	
1 = discrète chute, incomplète, avant 10 secondes, sans heurter le lit	
2 = effort contre pesanteur possible mais le bras ne peut tenir (/ atteindre) la position et chute sur le lit avant 10 sec	
3 = ébauche de mouvement, absence d'effort possible contre gravité	
4 = absence de mouvement	
x= mb amputé, articulation douloureuse ou bloquée	5b - MSG.....
	5a - MSD.....
6- Motricité du membre inférieur (tendu à 30° pendant 5 secondes).....	.....
0 = pas de chute (> 5 secondes)	
1 = discrète chute, incomplète, avant 5 secondes, sans heurter le plan du lit	
2 = effort contre pesanteur possible, mais le MI ne peut tenir (/ atteindre) la position et chute sur le lit avant 5 sec	
3 = ébauche de mouvement, absence d'effort contre gravité	
4 = absence de mouvement	
x= mb amputé, articulation douloureuse ou bloquée	6a - MID.....
	6b - MIG.....
7- Ataxie des membres (yeux ouverts ; n'est comptabilisée que si hors de proportion par rapport au déficit moteur)...	.....
0 = absence (ou non testable)	
1 = existe pour un membre	
2 = existe pour 2 membres	
8- Sensibilité (sensibilité à la piqûre ou réaction de retrait après stimulus nociceptif) .....	.....
0 = normale	
1 = déficit discret / modéré (le patient sent que la piqûre est atténuée ou abolie, mais il a conscience d'être touché)	
2 = anesthésie (il n'a pas conscience d'être touché)	
9- Langage (nommer un objet, décrire une image) .....	.....
0 = normal	
1 = aphasie discrète à modérée (perte de fluence / compréhension diminuée(s) sans limitation des idées exprimées)	
2 = communication impossible (expression fragmentée; nécessite des efforts de la part de l'examineur pour déduire)	
3 = mutisme, aphasie globale (aucun langage utile ni compréhension du langage oral possible)	
10- Dysarthrie .....	.....
0 = articulation normale	
1 = dysarthrie discrète ou modérée (bute sur certains mots, mais reste compréhensible)	
2 = sévère (inintelligible en absence (ou disproportionnée) avec une éventuelle aphasie)	
11- Extinction ou négligence.....	.....
0 = absence d'anomalie	
1 = extinction/négligence visuelle, tactile ou spatiale à la stimulation bilatérale simultanée	
2 = hémiparésie/extinction à plus d'une modalité sensorielle; ne reconnaît pas main/ s'oriente vers un seul ¼ espace	

Score NIHSS total :

Annexe 2 : Indice de Barthel disponible sur : <https://physiotherapytest.com>

Index de Barthel			
<u>Evaluation :</u> Initiale ☐ Intermédiaire ☐ Finale ☐ DATE : _____ <u>Renseignements socio-administratifs :</u> Nom _____ Prénom _____			
Item	Description	Score	
1. Alimentation	Indépendant. Capable de se servir des instruments nécessaires. Prend ses repas en un temps raisonnable	10	
	Besoin d'aide par exemple pour coupe	5	
2. Bain	Possible sans aide	5	
3. Continence rectale	Aucun accident	10	
	Accidents occasionnels	5	
4. Continence urinaire	Aucun accident	10	
	Accidents occasionnels	5	
5. Déplacements	N'a pas besoin de fauteuil roulant. Indépendant pour une distance de 50m, éventuellement avec des cannes	15	
	Peut faire 50 m avec aide	10	
	Indépendant pour 50 m dans une chaise roulante, si incapable de marche	5	
6. Escaliers	Indépendant. Peut se servir de cannes.	10	
	A besoin d'aide ou de surveillance	5	
7. Habillement	Indépendant. Attache ses chaussures. Attache sais boutons. Met ses bretelles	10	
	A besoin d'aide, mais fait au moins la moitié de la tâche dans un temps raisonnable	5	
8. Soins personnels	Se lave le visage, se coiffe, se brosse les dents, se rase. Peut brancher un rasoir électrique	5	
9. Toilettes	Indépendant. Se sert seul du papier hygiénique, chasse d'eau	10	
	A besoin d'aide pour l'équilibre, pour ajuster ses vêtements et se servir du papier hygiénique	5	
10. Transfert du lit au fauteuil	Indépendant, y compris pour faire fonctionner une chaise roulante.	15	
	Surveillance ou aide minime.	10	
	Capable de s'asseoir, mais a besoin d'une aide maximum pour le transfert	5	
Score TOTAL (max=100) : _____			

Annexe 3 : questionnaire

LineSurvey - Thèse : les attentes des médecins généralistes dans la prise en charge du post AVC.	12/03/2024 19:25	LineSurvey - Thèse : les attentes des médecins généralistes dans la prise en charge du post AVC.	12/03/2024 19:25
Thèse : les attentes des médecins généralistes dans la prise en charge du post AVC. Bonjour, je m'appelle Axelle Fournel, je suis médecin généraliste. Je réalise ma thèse sur les attentes des médecins généralistes sur la prise en charge neuro-rééducative du post AVC précoce des patients ayant subi un AVC dit "léger". Cette thèse a pour objectif de créer un outil d'aide à la consultation dans le but d'améliorer la prise en charge neuro-rééducative de ces patients. Qu'est ce qu'un AVC "léger"? Cette définition n'est pas claire, cependant la Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation (SOFMER) propose de regrouper sous cette définition regroupés les patients n'ayant qu'une seule déficience, qui gardent une autonomie de marche, avec un NIHSS < 5 et donc les patients qui ne sont pas passer par un SSR à leur sortie d'hospitalisation. Je vous propose de participer à cette étude en répondant à ce questionnaire. Pour cela il suffit d'être médecin généraliste, vous pouvez être installé(e) ou remplaçant. Il ne vous prendra que quelques minutes. Ce questionnaire est anonyme, il ne sera donc pas possible d'exercer ses droits d'accès aux données, droit de retrait ou droit de modification. Les réponses ne seront pas conservées au delà de la soutenance de la thèse. Il y a 45 questions dans ce questionnaire. A propos de vous		Vous êtes : * Veillez sélectionner une réponse ci-dessous. Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes : ☐ Un homme ☐ Une femme Vous êtes : * Cochez tout ce qui s'applique. Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent : ☐ Installé(e) ☐ Remplaçant(e) ☐ Thésé(e) ☐ Non thésé(e) ☐ Aucun	
Vous exercez en milieu : * Veillez sélectionner une réponse ci-dessous. Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes : ☐ rural ☐ urbain ☐ semi-urbain ☐ Autre Lors de vos études, avez vous déjà réalisé un stage : * Cochez tout ce qui s'applique. Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent : ☐ en neurologie ☐ en MPR ☐ les deux ☐ aucun		Vous avez : * Veillez sélectionner une réponse ci-dessous. Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes : ☐ Moins de 30 ans ☐ Entre 30 et 39 ans ☐ Entre 40 et 49 ans ☐ Entre 50 et 59 ans ☐ Entre 60 et 69 ans ☐ 70 et plus Quelle est la taille de votre patientèle "médecin traitant" déclaré ? * Veillez sélectionner une réponse ci-dessous. Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes : ☐ Je suis remplaçant(e) ☐ Autre	
Vous exercez/remplacez dans un cabinet : * Veillez sélectionner une réponse ci-dessous. Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes : ☐ Seul(e) ☐ En cabinet de groupe ☐ En MSP ☐ Autre Quel est le nombre de patients ayant fait un AVC dans votre patientèle ? Veillez écrire votre réponse ici : Concernant votre pratique Lors des premières consultations après un AVC qu'on pourrait qualifier de léger (Selon la SOMFER : les patients n'ayant qu'une seule déficience, qui gardent une autonomie de marche, avec un NIHSS < 5. Soit les patients au domicile avec pas ou peu de séquelles, qui ne sont pas passer par un SSR à leur sortie d'hospitalisation), et concernant le suivi neuro-rééducatif		Vous évaluez les douleurs, y compris les douleurs neuropathiques * Veillez sélectionner une réponse ci-dessous. Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes : ☐ Pas du tout d'accord ☐ Plutôt pas d'accord ☐ Indifférent ☐ Plutôt d'accord ☐ Totalemment d'accord Si vous avez répondu "pas du tout d'accord", "plutôt pas d'accord", et "indifférent" à la question précédente, quelles sont les raisons qui expliquent votre choix ? * Cochez tout ce qui s'applique. Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent : ☐ Je ne connais pas le sujet ☐ Je ne me sens pas assez formé(e) sur le sujet ☐ Je manque de temps de consultation ☐ Je ne perçois pas cette demande chez mes patients ☐ Je ne connais pas d'outil d'évaluation spécifique à ce sujet ☐ Non concerné(e) ☐ Autre:	

Comment évalueriez vous votre besoin d'informations sur ce sujet : *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Je me sens très bien formé(e) et je n'ai pas besoin d'informations sur ce sujet
- ☐ Je me sens plutôt bien formé(e) mais j'aimerais des informations supplémentaires sur ce sujet
- ☐ Je me sens peu formé(e) et j'aimerais des informations complémentaires
- ☐ Je ne me sens pas du tout formé(e) sur ce sujet et j'ai besoin d'informations
- ☐ Je ne suis pas intéressé(e) par des informations complémentaires sur ce sujet

Vous évaluez la fatigue, la fatiguabilité *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Plutôt pas d'accord
- ☐ Indifférent
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Totalelement d'accord

Comment évalueriez-vous votre besoin d'informations sur ce sujet (nécessité de formations et/ou informations sur les échelles d'évaluation disponibles et/ou d'informations sur la prise en charge) :

*

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Je me sens très bien formé(e) et je n'ai pas besoin d'informations sur ce sujet
- ☐ Je me sens plutôt bien formé(e) mais j'aimerais des informations supplémentaires sur ce sujet
- ☐ Je me sens peu formé(e) et j'aimerais des informations complémentaires
- ☐ Je ne me sens pas du tout formé(e) sur ce sujet et j'ai besoin d'informations
- ☐ Je ne suis pas intéressé(e) par des informations complémentaires sur ce sujet
- ☐ Autre:

Vous recherchez les troubles de déglutition : *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Plutôt pas d'accord
- ☐ Indifférent
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Totalelement d'accord

Si vous avez répondu "pas du tout d'accord", "plutôt pas d'accord", et "indifférent" à la question précédente, quelles sont les raisons qui expliquent votre choix ?

*

Cochez tout ce qui s'applique.

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Je ne connais pas le sujet
- ☐ Je ne me sens pas assez formé(e) sur le sujet
- ☐ Je manque de temps de consultation
- ☐ Je ne perçois pas cette demande chez mes patients
- ☐ Je ne connais pas d'outil d'évaluation spécifique à ce sujet
- ☐ Non concerné(e)

☐ Autre:

Si vous avez répondu "pas du tout d'accord", "plutôt pas d'accord", et "indifférent" à la question précédente, quelles sont les raisons qui expliquent votre choix ?

*

Cochez tout ce qui s'applique.

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Je ne connais pas le sujet
- ☐ Je ne me sens pas assez formé(e) sur le sujet
- ☐ Je manque de temps de consultation
- ☐ Je ne perçois pas cette demande chez mes patients
- ☐ Je ne connais pas d'outil d'évaluation spécifique à ce sujet
- ☐ Non concerné(e)

Comment évalueriez-vous votre besoin d'informations sur ce sujet (nécessité de formation et/ou informations sur les échelles d'évaluation disponibles et/ou d'informations sur la prise en charge) :

*

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Je me sens très bien formé(e) et je n'ai pas besoin d'informations sur ce sujet
- ☐ Je me sens plutôt bien formé(e) mais j'aimerais des informations supplémentaires sur ce sujet
- ☐ Je me sens peu formé(e) et j'aimerais des informations complémentaires
- ☐ Je ne me sens pas du tout formé(e) sur ce sujet et j'ai besoin d'informations
- ☐ Je ne suis pas intéressé(e) par des informations complémentaires sur ce sujet
- ☐ Autre:

Vous évaluez la nécessité de séances d'orthophonie chez votre patient : *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Plutôt pas d'accord
- ☐ Indifférent
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Totalelement d'accord

Si vous avez répondu "pas du tout d'accord", "plutôt pas d'accord", et "indifférent" à la question précédente, quelles sont les raisons qui expliquent votre choix ?

*

Cochez tout ce qui s'applique.

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Je ne connais pas le sujet
- ☐ Je ne me sens pas assez formé(e) sur le sujet
- ☐ Je manque de temps de consultation
- ☐ Je ne perçois pas cette demande chez mes patients
- ☐ Je ne connais pas d'outil d'évaluation spécifique à ce sujet
- ☐ Je manque de référents locaux
- ☐ Non concerné(e)

☐ Autre:

Comment évalueriez-vous votre besoin d'informations sur ce sujet (nécessité de formation et/ou informations sur les échelles d'évaluation disponibles et/ou informations sur la prise en charge) :

*

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Je me sens très bien formé(e) et je n'ai pas besoin d'informations sur ce sujet
- ☐ Je me sens plutôt bien formé(e) mais j'aimerais des informations supplémentaires sur ce sujet
- ☐ Je me sens peu formé(e) et j'aimerais des informations complémentaires
- ☐ Je ne me sens pas du tout formé(e) sur ce sujet et j'ai besoin d'informations
- ☐ Je ne suis pas intéressé(e) par des informations complémentaires sur ce sujet

Vous recherchez une spasticité : *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Plutôt pas d'accord
- ☐ Indifférent
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Totale d'accord

Si vous avez répondu "pas du tout d'accord", "plutôt pas d'accord", et "indifférent" à la question précédente, quelles sont les raisons qui expliquent votre choix ?

*

Cochez tout ce qui s'applique.

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Je ne connais pas le sujet
- ☐ Je ne me sens pas assez formé(e) sur le sujet
- ☐ Je manque de temps de consultation
- ☐ Je ne perçois pas cette demande chez mes patients
- ☐ Je ne connais pas d'outil d'évaluation spécifique à ce sujet
- ☐ Je manque de référents locaux si je dois adresser mon patient
- ☐ Non concerné(e)

☐ Autre:

Comment évalueriez-vous votre besoin d'informations sur ce sujet (nécessité de formation et/ou informations sur les échelles d'évaluation disponibles et/ou informations sur la prise en charge) :

*

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Je me sens très bien formé(e) et je n'ai pas besoin d'informations sur ce sujet
- ☐ Je me sens plutôt bien formé(e) mais j'aimerais des informations supplémentaires sur ce sujet
- ☐ Je me sens peu formé(e) et j'aimerais des informations complémentaires
- ☐ Je ne me sens pas du tout formé(e) sur ce sujet et j'ai besoin d'informations
- ☐ Je ne suis pas intéressé(e) par des informations complémentaires sur ce sujet

Vous recherchez la présence d'un syndrome dépressif : *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Plutôt pas d'accord
- ☐ Indifférent
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Totale d'accord

Si vous avez répondu "pas du tout d'accord", "plutôt pas d'accord", et "indifférent" à la question précédente, quelles sont les raisons qui expliquent votre choix ?

*

Cochez tout ce qui s'applique.

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Je ne connais pas le sujet
- ☐ Je ne me sens pas assez formé(e) sur le sujet
- ☐ Je manque de temps de consultation
- ☐ Je ne perçois pas cette demande chez mes patients
- ☐ Je ne connais pas d'outil d'évaluation spécifique à ce sujet
- ☐ Je manque de référents locaux si je dois adresser mon patient
- ☐ Non concerné(e)

☐ Autre:

Comment évalueriez-vous votre besoin d'informations sur ce sujet (nécessité de formation et/ou informations sur les échelles d'évaluation disponibles et/ou informations sur la prise en charge) :

*

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Je me sens très bien formé(e) et je n'ai pas besoin d'informations sur ce sujet
- ☐ Je me sens plutôt bien formé(e) mais j'aimerais des informations supplémentaires sur ce sujet
- ☐ Je me sens peu formé(e) et j'aimerais des informations complémentaires
- ☐ Je ne me sens pas du tout formé(e) sur ce sujet et j'ai besoin d'informations
- ☐ Je ne suis pas intéressé(e) par des informations complémentaires sur ce sujet

Vous recherchez la présence de troubles cognitifs : *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Plutôt pas d'accord
- ☐ Indifférent
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Totale d'accord

Si vous avez répondu "pas du tout d'accord", "plutôt pas d'accord", et "indifférent" à la question précédente, quelles sont les raisons qui expliquent votre choix ?

*

Cochez tout ce qui s'applique.

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Je ne connais pas le sujet
- ☐ Je ne me sens pas assez formé(e) sur le sujet
- ☐ Je manque de temps de consultation
- ☐ Je ne perçois pas cette demande chez mes patients
- ☐ Je ne connais pas d'outil d'évaluation spécifique à ce sujet
- ☐ Je manque de référents locaux si je dois adresser mon patient
- ☐ Non concerné(e)

☐ Autre:

Comment évalueriez-vous votre besoin d'informations sur ce sujet (nécessité de formation et/ou informations sur les échelles d'évaluation disponibles et/ou informations sur la prise en charge) :

*

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.
Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Je me sens très bien formé(e) et je n'ai pas besoin d'informations sur ce sujet
☐ Je me sens plutôt bien formé(e) mais j'aimerais des informations supplémentaires sur ce sujet
☐ Je me sens peu formé(e) et j'aimerais des informations complémentaires
☐ Je ne me sens pas du tout formé(e) sur ce sujet et j'ai besoin d'informations
☐ Je ne suis pas intéressé(e) par des informations complémentaires sur ce sujet

Vous évaluez le niveau d'autonomie de votre patient :

*

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.
Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Pas du tout d'accord
☐ Plutôt pas d'accord
☐ Indifférent
☐ Plutôt d'accord
☐ Totalement d'accord

Comment évalueriez-vous votre besoin d'informations sur ce sujet (nécessité de formation et/ou informations sur les échelles d'évaluation disponibles et/ou informations sur la prise en charge) :

*

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.
Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Je me sens très bien formé(e) et je n'ai pas besoin d'informations sur ce sujet
☐ Je me sens plutôt bien formé(e) mais j'aimerais des informations supplémentaires sur ce sujet
☐ Je me sens peu formé(e) et j'aimerais des informations complémentaires
☐ Je ne me sens pas du tout formé(e) sur ce sujet et j'ai besoin d'informations
☐ Je ne suis pas intéressé(e) par des informations complémentaires sur ce sujet

Vous recherchez la présence de trouble du sommeil :

*

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.
Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Pas du tout d'accord
☐ Plutôt pas d'accord
☐ Indifférent
☐ Plutôt d'accord
☐ Totalement d'accord

Si vous avez répondu "pas du tout d'accord", "plutôt pas d'accord", et "indifférent" à la question précédente, quelles sont les raisons qui expliquent votre choix ?

*

Cochez tout ce qui s'applique.
Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Je ne connais pas le sujet
☐ Je ne me sens pas assez formé(e) sur le sujet
☐ Je manque de temps de consultation
☐ Je ne perçois pas cette demande chez mes patients
☐ Je ne connais pas d'outil d'évaluation spécifique à ce sujet
☐ Je manque de référents locaux si je dois adresser mon patient
☐ Non concerné(e)

☐ Autre:

Si vous avez répondu "pas du tout d'accord", "plutôt pas d'accord", et "indifférent" à la question précédente, quelles sont les raisons qui expliquent votre choix ?

*

Cochez tout ce qui s'applique.
Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Je ne connais pas le sujet
☐ Je ne me sens pas assez formé(e) sur le sujet
☐ Je manque de temps de consultation
☐ Je ne perçois pas cette demande chez mes patients
☐ Je ne connais pas d'outil d'évaluation spécifique à ce sujet
☐ Je manque de référents locaux si je dois adresser mon patient
☐ Non concerné(e)

☐ Autre:

Limesurvey - Thème : les attentes des médecins généralistes dans la prise en charge du post ATC.

T20202024 T6720

Comment évalueriez-vous votre besoin d'informations sur ce sujet (nécessité de formation et/ou informations sur les échelles d'évaluation disponibles et/ou informations sur la prise en charge) :

*

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.
Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Je me sens très bien formé(e) et je n'ai pas besoin d'informations sur ce sujet
☐ Je me sens plutôt bien formé(e) mais j'aimerais des informations supplémentaires sur ce sujet
☐ Je me sens peu formé(e) et j'aimerais des informations complémentaires
☐ Je ne me sens pas du tout formé(e) sur ce sujet et j'ai besoin d'informations
☐ Je ne suis pas intéressé(e) par des informations complémentaires sur ce sujet

Vous évaluez la présence ou non de troubles génito-urinaires :

*

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.
Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Pas du tout d'accord
☐ Plutôt pas d'accord
☐ Indifférent
☐ Plutôt d'accord
☐ Totalement d'accord

Limesurvey - Thème : les attentes des médecins généralistes dans la prise en charge du post ATC.

Si vous avez répondu "pas du tout d'accord", "plutôt pas d'accord", et "indifférent" à la question précédente, quelles sont les raisons qui expliquent votre choix ?

*

Cochez tout ce qui s'applique.
Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Je ne connais pas le sujet
☐ Je ne me sens pas assez formé(e) sur le sujet
☐ Je manque de temps de consultation
☐ Je ne perçois pas cette demande chez mes patients
☐ Je ne connais pas d'outil d'évaluation spécifique à ce sujet
☐ Je manque de référents locaux si je dois adresser mon patient
☐ Non concerné(e)

☐ Autre:

Comment évalueriez-vous votre besoin d'informations sur ce sujet (nécessité de formation et/ou informations sur les échelles d'évaluation disponibles et/ou informations sur la prise en charge) :

*

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Je me sens très bien formé(e) et je n'ai pas besoin d'informations sur ce sujet
- ☐ Je me sens plutôt bien formé(e) mais j'aimerais des informations supplémentaires sur ce sujet
- ☐ Je me sens peu formé(e) et j'aimerais des informations complémentaires
- ☐ Je ne me sens pas du tout formé(e) sur ce sujet et j'ai besoin d'informations
- ☐ Je ne suis pas intéressé(e) par des informations complémentaires sur ce sujet

Vous recherchez la présence de troubles visuels chez votre patient *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Plutôt pas d'accord
- ☐ Indifférent
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Totalement d'accord

Si vous avez répondu "pas du tout d'accord", "plutôt pas d'accord", et "indifférent" à la question précédente, quelles sont les raisons qui expliquent votre choix ?

*

Cochez tout ce qui s'applique.

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Je ne connais pas le sujet
- ☐ Je ne me sens pas assez formé(e) sur le sujet
- ☐ Je manque de temps de consultation
- ☐ Je ne perçois pas cette demande chez mes patients
- ☐ Je ne connais pas d'outil d'évaluation spécifique à ce sujet
- ☐ Je manque de référents locaux si je dois adresser mon patient
- ☐ Non concerné(e)

☐ Autre:

Comment évalueriez-vous votre besoin d'informations sur ce sujet (nécessité de formation et/ou informations sur les échelles d'évaluation disponibles et/ou informations sur la prise en charge) :

*

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Je me sens très bien formé(e) et je n'ai pas besoin d'informations sur ce sujet
- ☐ Je me sens plutôt bien formé(e) mais j'aimerais des informations supplémentaires sur ce sujet
- ☐ Je me sens peu formé(e) et j'aimerais des informations complémentaires
- ☐ Je ne me sens pas du tout formé(e) sur ce sujet et j'ai besoin d'informations
- ☐ Je ne suis pas intéressé(e) par des informations complémentaires sur ce sujet

Comment évalueriez vous votre besoin d'information concernant la reprise de la conduite automobile et validité du permis de conduire ? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Je me sens très bien formé(e) et je n'ai pas besoin d'informations sur ce sujet
- ☐ Je me sens plutôt bien formé(e) mais j'aimerais des informations supplémentaires sur ce sujet
- ☐ Je me sens peu formé(e) et j'aimerais des informations complémentaires
- ☐ Je ne me sens pas du tout formé(e) sur ce sujet et j'ai besoin d'informations
- ☐ Je ne suis pas intéressé(e) par des informations complémentaires sur ce sujet

Concernant la création d'un outil d'aide à la consultation

C'est bientôt fini! Mais avant, quelques questions sur le but de cette thèse : la création d'un outil d'aide à la consultation

Seriez vous intéressé par un outil d'aide à la consultation qui reprendrait les éléments importants afin d'évaluer au mieux les patients ? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, sous quelle forme ? *

Cochez tout ce qui s'applique.

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Sous forme de liste
- ☐ Sous forme d'un petit carnet à feuillet
- ☐ Sur une seule feuille format A4
- ☐ Sur une seule feuille format A5
- ☐ Avec une version informatisée

☐ Autre:

Quelles informations devraient y figurer selon vous ? *

Cochez tout ce qui s'applique.

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Informations sur la prescription d'actes paramédicaux (kinésithérapie, orthophonie, ergothérapeute)
- ☐ Informations sur ou et quand adresser à d'autres spécialistes (neurologue, MPR)
- ☐ Rappel sur les échelles d'évaluations disponibles (pour les douleurs neuropathiques, sur l'autonomie...)
- ☐ Informations légales (permis de conduire notamment)
- ☐ Liste de contact(s) dans le nord pas de calais
- ☐ Informations sur les différentes aides sociales disponibles
- ☐ Liste des thèmes à évoquer lors de la consultation

☐ Autre:

Merci pour votre aide précieuse.

Si vous êtes intéressé(e)s par les résultats et/ou la fiche d'aide n'hésitez pas à me contacter.

Envoyer votre questionnaire.

Merci d'avoir complété ce questionnaire.

Annexe 4 : DPO



RÉCÉPISSÉ ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) : Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative : Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Traitement exonéré

Intitulé : L'évaluation des attentes des médecins généralistes dans la prise en charge du post AVC chez les patients ayant subi un AVC léger, étude quantitative dans le Nord Pas de Calais

Responsable chargé de la mise en œuvre : M. Stéphane SINGIER
Interlocuteur (s) : Mme Axelle FOURNEL

Votre traitement est exonéré de déclaration relative au règlement général sur la protection des données dans la mesure où vous respectez les consignes suivantes :

- Vous informez les personnes par une mention d'information au début du questionnaire.
- Vous respectez la confidentialité en utilisant un serveur Limesurvey mis à votre disposition par l'Université de Lille via le lien <https://enquetes.univ-lille.fr/> (en cliquant sur "Réaliser une enquête anonyme" puis "demander une ouverture d'enquête").
- Vous garantes que seul vous et votre directeur de thèse pourrez accéder aux données.
- Vous supprimez l'enquête en ligne à l'issue de la soutenance.

Fait à Lille,
Le 6 mai 2024

Jean-Luc TESSIER
Délégué à la Protection des Données

Direction Données personnelles et archives
42 rue Paul Dore
59000 Lille
dpo@univ-lille.fr | www.univ-lille.fr

Annexe 5 : échelle DN4 disponible sur : <https://www.sfetd-douleur.org>

Questionnaire DN4

Un outil simple pour rechercher les douleurs neuropathiques

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, le patient doit répondre à chaque item des 4 questions ci dessous par « oui » ou « non ».

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
1. Brûlure	☐	☐
2. Sensation de froid douloureux	☐	☐
3. Décharges électriques	☐	☐

QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	Oui	Non
4. Fourmillements	☐	☐
5. Picotements	☐	☐
6. Engourdissements	☐	☐
7. Démangeaisons	☐	☐

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	☐	☐
9. Hypoesthésie à la piqure	☐	☐

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	Oui	Non
10. Le frottement	☐	☐

OUI = 1 point

NON = 0 point

Score du Patient : /10

MODE D'EMPLOI

Lorsque le praticien suspecte une douleur neuropathique, le questionnaire DN4 est utile comme outil de diagnostic.

Ce questionnaire se répartit en 4 questions représentant 10 items à cocher :

- ✓ Le praticien interroge lui-même le patient et remplit le questionnaire
- ✓ A chaque item, il doit apporter une réponse « oui » ou « non »
- ✓ A la fin du questionnaire, le praticien comptabilise les réponses, 1 pour chaque « oui » et 0 pour chaque « non ».
- ✓ La somme obtenue donne le Score du Patient, noté sur 10.

Si le score du patient est égal ou supérieur à 4/10, le test est positif (sensibilité à 82,9 % ; spécificité à 89,9 %)

D'après Bouhassira D et al. Pain 2004 ; 108 (3) : 248-57

Echelle téléchargée sur le site www.sfetd-douleur.org



Annexe 6 : Fatigue severity Scale disponible sur https://sfsep.org/wp-content/uploads/documents/SFSEP_FSS.pdf

Fatigue Severity Scale

Dans la semaine qui vient de s'écouler, pour chacune des propositions, cochez un seul

score :
1 : Cette affirmation ne me correspond pas (dans la semaine qui vient de s'écouler)

7 : Cette affirmation me correspond tout à fait (dans la semaine qui vient de s'écouler)

Ne me correspond pas $\longrightarrow$ Me correspond tout à fait

Durant la semaine dernière j'ai trouvé que:		SCORE						
		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7
FS51	Je me sens moins motivé du fait de la fatigue	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7
FS52	L'exercice physique est pour moi source de fatigue	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7
FS53	Je suis facilement fatigué(e)	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7
FS54	La fatigue interfère avec mon activité physique	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7
FS55	La fatigue est souvent un problème pour moi	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7
FS56	Ma fatigue m'empêche de réaliser des tâches physiques soutenues et prolongées	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7
FS57	La fatigue interfère avec mes facultés pour la réalisation de certaines activités et responsabilités	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7
FS58	La fatigue fait partie des mes 3 symptômes les plus gênants	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7
FS59	La fatigue interfère avec mon travail, ma famille ou ma vie sociale	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7

SCORE GLOBAL : moyenne des 9 questions

Annexe 7 : MoCA disponible sur www.mocatest.org

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MoCA®) Version 8.3 Français				NOM: _____ Scolarité: _____		Date de naissance: _____ Sexe: _____		Date: _____	
VISUOSPATIAL / EXÉCUTIF				Copier le lit		Dessiner une HORLOGE (Dix heures et cinq minutes) (3 points)		POINTS	
								_____ / 5	
DÉNOMINATION				Contour		Chiffres		Aiguilles	
								_____ / 3	
MÉMOIRE				Lire la liste de mots, le sujet doit la répéter. Faire 2 essais même si le 1 ^{er} essai est réussi. Faire un rappel après 5 minutes.		JAMBE COTON ÉCOLE TOMATE BLANC		PAS DE POINT	
ATTENTION				Lire la série de chiffres (1 chiffre/sec.). Le sujet doit la répéter dans le même ordre. [] 2 4 8 1 5 Le sujet doit la répéter à l'envers. [] 4 2 7		1 ^{er} essai 2 ^e essai		_____ / 2	
Lire la série de lettres. Le patient doit taper de la main à chaque lettre A. Pas de points si ≥ 2 erreurs.				[] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B		_____ / 1		_____ / 3	
Soustraire série de 7 à partir de 60. [] 53 [] 46 [] 39 [] 32 [] 25				4 ou 5 soustractions correctes: 3 pts, 2 ou 3 correctes: 2 pts, 1 correcte: 1 pt, 0 correcte: 0 pt		_____ / 3		_____ / 3	
LANGAGE				Répéter: L'enfant a promené son chien dans le parc après minuit. [] L'artiste a terminé sa toile au bon moment pour l'exposition. []		_____ / 2		_____ / 2	
Fluidité du langage. Nommer un maximum de mots commençant par la lettre «T» en 1 min. [] (N 11 mots)				_____ / 1		_____ / 1		_____ / 1	
ABSTRACTION				Similitude entre ex: banane - orange = fruit [] marteau - tournevis [] allumette - lampe		_____ / 2		_____ / 2	
RAPPEL (MIS) Doit se souvenir des mots SANS INDICE				JAMBE COTON ÉCOLE TOMATE		BLANC		Points pour rappel SANS INDICE seulement	
Memory Index Score (MIS)				X1 X2 X3		MIS = _____ / 15		_____ / 5	
ORIENTATION				[] Date [] Mois [] Année [] Jour [] Endroit [] Ville		_____ / 6		_____ / 6	
© Z. Nasreddine MD				www.mocatest.org		(Normal ≥ 26/30)		TOTAL	
Administré par: _____				Ajouter 1 point si scolarité ≤ 12 ans		MIS = _____ / 15		_____ / 30	

Annexe 8 : MMSE , disponible sur www.sgca.fr

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (M.M.S.E)

Date : Évalué(e) par :

Niveau socio-culturel :

ORIENTATION

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?

1. En quelle année sommes-nous ? ____ 4. Quel jour du mois ? ____

2. En quelle saison ? ____ 5. Quel jour de la semaine ? ____

3. En quel mois ? ____

Quel est le nom de l'Hôpital où nous sommes ? ____

Dans quelle ville se trouve-t-il ? ____

Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ? ____

Dans quelle province ou région est situé ce département ? ____

À quel étage sommes-nous ici ? ____

APPRENTISSAGE

Je vais vous dire 3 mots : je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les demanderai tout à l'heure.

11. Cigare / citron / fauteuil

12. Fleur ou clé ou tulipe

13. Porte / ballon / canard

ATTENTION ET CALCUL

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?

14. 93 ____ 15. 86 ____ 16. 79 ____ 17. 72 ____ 18. 65 ____

Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers : E D N O M.

RAPPEL

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?

19. Cigare / citron / fauteuil

20. Fleur ou clé ou tulipe

21. Porte / ballon / canard

LANGAGE

22. Quel est le nom de cet objet ? (Montrer un crayon) ____

23. Quel est le nom de cet objet ? (Montrer une montre) ____

24. Répétez : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »

25. Prenez cette feuille de papier avec la main droite.

26. Pliez-la en deux.

27. Et jetez-la par terre.

28. Faites ce qui est écrit : « FERMEZ LES YEUX »

29. Écrivez une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière.

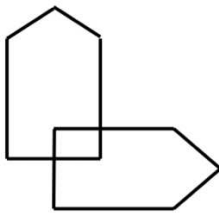
PRAXIES CONSTRUCTIVES

30. Voulez-vous recopier ce dessin.

SCORE TOTAL

Score (0 à 30) : ____

DESSIN A RECOPIER



Annexe 9 : Echelle modifiée d'Ashworth disponible sur : www.cofemer.fr

1.2.1 ***Échelle d'Ashworth modifiée*** (MAS : Modified Asworth Scale)

Préciser lors de la cotation, si l'on se réfère à la MAS (sur 4) c'est-à-dire de 0 à 4 : 0, 1, 1+, 2, 3, 4 ; ou à la MAS (sur 5) c'est-à-dire de 0 à 5 : 0, 1, 2, 3, 4, 5. Les 2 comportent 6 niveaux de cotation - par opposition à la première version d'Ashworth qui n'en comportait que 5 (0, 1, 2, 3, 4). L'une, MAS sur 5, permet la quantification alors que le niveau 1+ ne le permet pas.

MAS (sur 4)	MAS (sur 5)	Descriptif du niveau
0	0	Pas d'hypertonie
1	1	Légère hypertonie avec <i>stretch reflex</i> ou minime résistance en fin de course
1+	2	Hypertonie avec <i>stretch reflex</i> et résistance au cours de la première moitié de la course musculaire autorisée
2	3	Augmentation importante du tonus musculaire durant toute la course musculaire, mais le segment de membre reste facilement mobilisable
3	4	Augmentation considérable du tonus musculaire. Le mouvement passif est difficile
4	5	Hypertonie majeure. Mouvement passif impossible

Annexe 10 : échelle de Tardieu disponible sur : <https://strokengine.ca/fr/>

Échelle de Tardieu

Elle prend en compte les trois facteurs qui caractérisent la spasticité.

Angle en fonction de la vitesse de l'étirement passif (trois vitesses sont différenciées) :	degré
Av1 : angle à V1, vitesse lente qui permet d'apprécier à la mobilisation passive la réponse tonique à l'étirement <i>Vitesse inférieure à celle imposée par la pesanteur</i>	
Av2 : angle à V2, vitesse moyenne qui correspond à l'action de la pesanteur sur le segment <i>Vitesse égale à celle de la pesanteur</i>	
Av3 : angle à V3, vitesse rapide qui permet d'apprécier les réactions phasiques à l'étirement <i>Vitesse supérieure à celle de la pesanteur</i>	
L'angle d'apparition du réflexe myotatique qui est d'autant plus petit que la vitesse est plus rapide et la spasticité plus importante	degré
Noter l'angle articulaire d'apparition du réflexe (Av1 – Av3)	
L'intensité de la réponse qui est cotée de 0 à 4 :	Niveau
Muscle sain, pas de signe d'hypertonie <i>Pas de réflexe d'étirement</i>	0
Réaction myotatique visible ou palpable qui n'entrave pas la mobilisation passive <i>Contractions musculaires visibles ou palpables</i>	1
Arrêt un court instant (1 à 3 secondes) de la mobilisation passive par la réaction myotatique <i>Contraction avec ressaut</i>	2
Présence de secousses cloniques ou d'un arrêt plus long de la mobilisation (de l'ordre de 10 secondes) <i>Trépidations épuisables ou hypertonie marquée permettant une mobilisation aisée</i>	3
Spasticité invincible qui ne cède pas à l'étirement. La différenciation avec une rétraction ne peut être réalisée qu'à la suite d'examen plus approfondis (contrôle sous sommeil ou anesthésie générale) <i>Trépidations inépuisables ou hypertonie considérable avec mobilisation difficile</i>	4

Annexe 11 : Échelle PHQ9 disponible sur : www.phqscreeners.com

QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ DU PATIENT – 9 (PHQ-9)

Au cours des 2 dernières semaines, selon quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?
(Veuillez cocher (✓) votre réponse)

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	0	1	2	3
2. Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	0	1	2	3
3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop	0	1	2	3
4. Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie	0	1	2	3
5. Avoir peu d'appétit ou manger trop	0	1	2	3
6. Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu(e) soi-même	0	1	2	3
7. Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude	0	1	2	3
9. Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING: 0 + ____ + ____ + ____
=Total Score: ____

Si vous avez coché au moins un des problèmes évoqués, à quel point ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à vous entendre avec les autres difficile(s) ?

Pas du tout difficile(s)	Assez difficile(s)	Très difficile(s)	Extrêmement difficile(s)
☐	☐	☐	☐

Annexe 12 : Échelle d'Hamilton : disponible sur www.mgfrance.org

Le Test

1. Humeur dépressive:
La personne est-elle dans un état de tristesse, d'impuissance, d'auto dépréciation ?

☒ Non

☐ Oui. États affectifs signalés uniquement si on l'interroge (ex. pessimisme, sentiment d'être sans espoir)

☐ Oui. États signalés spontanément et de manière verbale ou sonore (ex. par des sanglots occasionnels).

☐ Oui. États communiqués de manière non verbale (ex. expression faciale, attitude, voix, tendance à sangloter).

☐ Oui. La personne ne communique **pratiquement** que ces états affectifs verbalement et non verbalement.

2. Sentiments de culpabilité de la personne

☒ N'a pas de sentiments de culpabilité

☐ S'adresse des reproches, et a l'impression d'avoir porté préjudice à des gens

☐ Idées de culpabilité et ruminations sur des erreurs passées ou des actions condamnables

☐ La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité

☐ Entend des voix qui l'accusent ou la dénoncent et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes

3. Suicide

☒ N'a pas d'idée suicidaire

☐ A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue

☐ Souhaite être mort ou équivalent : toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même.

☐ Idées ou geste de suicide

☐ Tentatives de suicide (coter toute tentative de suicide sérieuse)

4. Insomnie de début de nuit

☒ Pas de difficulté à s'endormir

☐ Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir

☐ Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir

5. Insomnie en milieu de nuit

☒ Pas de difficulté

☐ Se plaint d'être agité ou troublé pendant la nuit

☐ Se réveille pendant la nuit (coter toutes les fois où le patient se lève la nuit sauf si c'est pour aller aux toilettes)

6. Insomnie du matin

☒ Pas de difficulté

☐ Se réveille de très bonne heure mais se rendort

☐ Incapable de se rendormir s'il se lève

7. Travail et activités

☒ Pas de difficulté

☐ Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente

☐ Perte d'intérêt pour les activités professionnelles ou de détente, soit décrite directement par le malade soit indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations. (a l'impression de devoir se forcer)

☐ Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité

☐ A arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle.

8. Ralentissement (lenteur de la pensée et du langage, baisse de la faculté de concentration et de l'activité motrice)

☒ Pensée et langage normaux

☐ Léger ralentissement à l'entretien

☐ Ralentissement manifeste lors de l'entretien

☐ Entretien difficile

☐ Entretien impossible (état de stupeur)

9. Agitation

☒ Aucune

☐ Crispations, secousses musculaires

☐ Joue avec ses mains, ses cheveux...

☐ Bouge, ne peut rester assis tranquille

☐ Se tord les mains, se ronge les ongles, s'arrache les cheveux, se mord les lèvres

10. Anxiété psychique

☒ Aucune

☐ Symptômes légers - Tension subjective et irritabilité

☐ Symptômes modérés - Se fait du souci à propos de problèmes mineurs

☐ Symptômes sévères - Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage

☐ Symptômes très invalidants - Peurs exprimées sans que l'on pose de questions

11. Anxiété somatique (bouche sèche, troubles digestifs, palpitations, céphalées, pollakiurie, hyperventilation ...)

☒ Aucun de ces symptômes

☐ Symptômes légers

☐ Symptômes modérés

☐ Symptômes sévères

☐ Symptômes très invalidants frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle

12. Symptômes somatiques gastro-intestinaux

☒ Aucun symptôme

☐ Manque d'appétit, mais mange sans y être poussé

☐ A des difficultés à manger en l'absence d'incitations.

☐ Demande ou besoins de laxatifs, de médicaments intestinaux

13. Symptômes somatiques généraux

☒ Aucun

☐ Lourdeur dans les membres, le dos et la tête.

☐ Maux de dos, de tête, douleurs musculaires, perte d'énergie, fatigabilité.

☐ Un des symptômes apparaît clairement

14. Symptômes génitaux (perte de libido, troubles menstruels)

☒ Absents

☐ Légers

☐ Sévères

15. Hypochondrie

☒ Absente

☐ Attention concentrée sur son propre corps

☐ Préoccupations sur sa santé

☐ Convaincu d'être malade. Plaintes fréquentes et demandes d'aide...

☐ Idées délirantes hypochondriques

16. Perte de poids

A: D'après les renseignements apportés par le malade

☒ Pas de perte de poids

☐ Perte de poids probable

☐ Perte de poids certaine

B: Si le poids est mesuré quotidiennement par le personnel soignant

☒ Perte inférieure à 500g par semaine

☐ Perte supérieure à 500g par semaine

☐ Perte supérieure à 1 kg par semaine

17. Prise de conscience

☒ Reconnaît être déprimée et malade

☐ Reconnaît être malade

☐ mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, au besoin de repos...

☐ Nie être malade

Annexe 13 : Échelle d'epworth disponible sur : <https://www.info-somnolence.fr/>

**ÉCHELLE DE SOMNOLENCE D'EPWORTH (ESS)**

Date de passation du test : / /

Nom : Prénom : Date de Naissance : / /

Consignes de passation : Mesurez votre éventuelle somnolence dans la journée en affectant une note entre 0 et 3 pour les huit situations suivantes. Essayez de répondre le plus spontanément possible aux questions en vous basant sur ce que vous avez vécu ces derniers mois.

Situation	0 - Aucune chance de s'endormir ou de s'écrouler	1 - Faible chance de s'endormir	2 - Chance moyenne de s'endormir	3 - Forte chance de s'endormir
Assis(e) en lisant un livre ou le journal	☐	☐	☐	☐
En regardant la télévision	☐	☐	☐	☐
Assis(e), inactif(ve), dans un lieu public (cinéma, théâtre, salle d'attente, réunion...)	☐	☐	☐	☐
Passager(ère) d'une voiture ou d'un transport en commun roulant depuis plus d'une heure sans interruption	☐	☐	☐	☐
Allongé(e) après le repas de midi lorsque les circonstances le permettent	☐	☐	☐	☐
Assis(e) en parlant avec quelqu'un	☐	☐	☐	☐
Assis(e) après un déjeuner sans boisson alcoolisée	☐	☐	☐	☐
Dans une voiture alors que celle-ci est arrêtée depuis quelques minutes, à un feu rouge ou dans un embouteillage	☐	☐	☐	☐

Score : Additionnez les points de chaque réponse. **TOTAL =**

Interprétation des résultats :

Un score supérieur à 10 est en faveur d'une somnolence diurne excessive. Une exploration de la cause est conseillée.

N.B. : Un score inférieur ou égal à 10 n'exclut pas la présence d'une somnolence ou la nécessité d'une consultation médicale.

Apportez ce questionnaire complété à votre médecin pour discuter des résultats.

Scannez le QR code pour télécharger ou consulter au format PDF l'info-somnolence.fr



Source : Johns, M. et. (1995). A new method for measuring daytime sleepiness: The Epworth sleepiness scale. Sleep, 18(5), 404-410. <https://doi.org/10.1093/sleep/18.5.404>

Annexe 14 : Échelle STOP BANG disponible sur : www.stopbang.ca

Questionnaire STOP-Bang actualisé– Version française

Souffrez-vous d'apnée du sommeil ?

Répondez aux questions suivantes pour connaître votre risque.

Ronflement (**S**norring)

- 1) **Ronflez-vous fort** (assez pour qu'on vous entende à travers une porte fermée ou pour que la personne couchée à vos côtés vous donne un coup de coude parce que vous ronflez) ?

Oui Non

Fatigue (**T**ired)

Vous sentez-vous souvent **fatigué, exténué** ou **somnolent** pendant la journée (ex. : Avez-vous tendance à vous endormir au volant ou en parlant) ?

Oui Non

Observation de la respiration (**O**bserved)

Quelqu'un vous a-t-il déjà **vu cesser de respirer, vous étouffer** ou **haleter** pendant votre sommeil ?

Oui Non

Pression artérielle (**P**ressure)

Souffrez-vous d'**hypertension artérielle** traitée ou non ?

Oui Non

IMC (**B**ody mass index)

Votre **indice de masse corporelle (IMC)** dépasse-t-il 35 ?

Calculez votre IMC :

IMC = poids(kg)/taille²(m)

☐ Oui ☐ Non

Âge

Avez-vous plus de 50 ans ?

☐ Oui ☐ Non

Tour de cou (**N**eck size) (mesuré près de la pomme d'Adam)

Votre tour de cou mesure-t-il 40 cm (16 po) ou plus ?

Oui Non

Sexe (**G**ender)

Êtes-vous un homme ?

Oui Non

Critères d'interprétation

Pour la population générale

Vous avez répondu oui à au plus 2 questions : faible risque d'apnée obstructive du sommeil

Vous avez répondu oui à 3 ou 4 questions : risque intermédiaire d'apnée obstructive du sommeil

Vous avez répondu oui :

à de 5 à 8 questions ;

ou à au moins 2 questions STOP et vous êtes un homme ;

ou à au moins 2 questions STOP et votre IMC dépasse 35 ;

ou à au moins 2 questions STOP et votre tour de cou dépasse 40 cm (16 po).

Annexe 15 : Questionnaire de Berlin, disponible sur : www.reseau-morphee.fr

Catégorie 1

1. Est-ce que vous ronflez ?

☐ oui
☐ non
☐ je ne sais pas

Si vous ronflez ?

2. Votre ronflement est-il ?

☐ Légèrement plus bruyant que votre respiration
☐ aussi bruyant que votre voix lorsque vous parlez
☐ plus bruyant que votre voix lorsque vous parlez
☐ très bruyant, on vous entend dans les chambres voisines

3. Combien de fois ronflez-vous ?

☐ Presque toutes les nuits
☐ 3 à 4 nuits par semaine
☐ 1 à 2 nuits par semaine
☐ 1 à 2 nuits par mois
☐ jamais ou presque aucune nuit

4. Votre ronflement a-t-il déjà dérangé quelqu'un d'autre ?

☐ oui
☐ non

5. A-t-on déjà remarqué que vous cessiez de respirer durant votre sommeil ?

☐ Presque toutes les nuits
☐ 3 à 4 nuits par semaine
☐ 1 à 2 nuits par semaine
☐ 1 à 2 nuits par mois
☐ jamais ou presque aucune nuit

Catégorie 2

6. Combien de fois vous arrive-t-il de vous sentir fatigué ou las après votre nuit de sommeil ?

☐ Presque tous les matins
☐ 3 à 4 matins par semaine
☐ 1 à 2 matins par semaine
☐ 1 à 2 matins par mois
☐ jamais ou presque jamais

7. Vous sentez-vous fatigué, las ou peu en forme durant votre période d'éveil ?

☐ Presque toutes les jours
☐ 3 à 4 jours par semaine
☐ 1 à 2 jours par semaine
☐ 1 à 2 jours par mois
☐ jamais ou presque jamais

8. Vous est-il arrivé de vous assoupir ou de vous endormir au volant de votre véhicule ?

☐ oui
☐ non

Si oui, à quelle fréquence cela vous arrive-t-il ?

☐ Presque tous les jours
☐ 3 à 4 jours par semaine
☐ 1 à 2 jours par semaine
☐ 1 à 2 jours par mois
☐ jamais ou presque jamais

Catégorie 3

9. Souffrez-vous d'hypertension artérielle ?

☐ oui
☐ non
☐ je ne sais pas

INDICE IMC =

(voir tableau)

Évaluation des Questions :

n'importe quelle réponse à l'intérieur d'un cadre est une réponse positive

Évaluation des Catégories :

La catégorie 1 est positive avec au moins 2 réponses positives aux questions 1 à 5

La catégorie 2 est positive avec au moins 2 réponses positives aux questions 6 à 8

La catégorie 3 est positive avec au moins 1 réponse positive et/ou un IMC > 30

Résultat final

Au moins 2 catégories positives indiquent une forte probabilité d'apnée du sommeil

Annexe 16 : score IIEF5 disponible sur : www.urofrance.fr

SCORE IIEF5

Ce questionnaire permet d'évaluer votre fonction sexuelle au cours des 6 derniers mois :

Au cours des six derniers mois :

I. A quel point étiez-vous sûr de pouvoir avoir une érection et de la maintenir ?

1. Pas sûr du tout
2. Pas très sûr
3. Moyennement sûr
4. Sûr
5. Très sûr

II. Lorsque vous avez eu des érections à la suite de stimulations sexuelles, avec quelle fréquence votre pénis a-t-il été suffisamment rigide (dur) pour permettre la pénétration ?

0. Je n'ai pas été stimulé sexuellement
1. Presque jamais ou jamais
2. Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
3. Quelquefois (environ la moitié du temps)
4. La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
5. Presque tout le temps ou tout le temps

III. Lorsque vous avez essayé d'avoir des rapports sexuels, avec quelle fréquence avez-vous pu rester en érection après avoir pénétré votre partenaire ?

0. Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels
1. Presque jamais ou jamais
2. Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
3. Quelquefois (environ la moitié du temps)
4. La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
5. Presque tout le temps ou tout le temps

IV. Pendant vos rapports sexuels, à quel point vous a-t-il été difficile de rester en érection jusqu'à la fin de ces rapports ?

0. Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels
1. Extrêmement difficile
2. Très difficile
3. Difficile
4. Un peu difficile
5. Pas difficile

V. Lorsque vous avez essayé d'avoir des rapports sexuels, avec quelle fréquence en avez-vous été satisfait ?

0. Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels
1. Presque jamais ou jamais
2. Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
3. Quelquefois (environ la moitié du temps)
4. La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
5. Presque tout le temps ou tout le temps

Interprétation :

Trouble de l'érection sévère (score de 5 à 10), modéré (11 à 15), léger (16 à 20), fonction érectile normale (21 à 25) et non interprétable (1 à 4).

Annexe 17 : Échelle des expériences sexuelles d'Arizona, disponible sur : https://labo-couple.recherche.usherbrooke.ca/wp-content/uploads/2014/01/ASEX_Français.pdf

Échelle des expériences sexuelles d'Arizona

Pour chacun des items suivants, veuillez indiquer votre niveau **global** au cours de la dernière **année**.

1. Quelle est la force de votre libido (désir sexuel)?

1	2	3	4	5	6
Extrêmement forte	Très forte	Assez forte	Assez faible	Très faible	Pas de désir sexuel

2. À quel point est-il facile pour vous d'être excité(e) sexuellement?

1	2	3	4	5	6
Extrêmement facilement	Très facilement	Assez facilement	Assez difficilement	Très difficilement	Jamais excité

3. (H) Pouvez-vous facilement obtenir et maintenir une érection?

(F) La lubrification vaginale se produit-elle facilement lors des activités sexuelles?

1	2	3	4	5	6
Extrêmement facilement	Très facilement	Assez facilement	Assez difficilement	Très difficilement	Jamais

4. À quel point est-il facile pour vous d'atteindre l'orgasme?

1	2	3	4	5	6
Extrêmement facile	Très facile	Assez facile	Assez difficile	Très difficile	N'atteint jamais l'orgasme

5. Vos orgasmes sont-ils satisfaisants?

1	2	3	4	5	6
Extrêmement satisfaisant	Très satisfaisant	Assez satisfaisant	Assez insatisfaisant	Très insatisfaisant	Ne peut atteindre l'orgasme

6. Ressentez-vous de la douleur pendant les activités sexuelles?

1	2	3	4	5	6
Jamais	C'est arrivé une fois	À quelques occasions	Environ une fois sur deux	Souvent	Toujours

© Copyright 1997 by The Arizona Board of Regents for the University of Arizona. Traduit par Brassard et Bourassa (2012) avec la permission des auteurs.

Prise en charge du post-AVC EN MÉDECINE GÉNÉRALE 		
☒ Symptômes, dépistage, prise en charge		
Symptomatologie	Comment dépister ?	Quelle prise en charge ?
Douleurs neuropathiques	-Echelle DN4	> IRSNA (Duloxetine/Venlafaxine), Gabapentine, Amitriptyline > Pregabaline, Tramadol, Association d'antidépresseur, TCC, > Neuromodulation : rTMS, Stimulation médullaire, morphiniques > <u>Adressage</u> : neurologue ou MPR
Fatigue et fatigabilité	-Fatigue Severity Scale	> Education sur les règles hygiéno-diététiques ; Activité physique ; psychothérapie > <u>Adressage</u> : psychologue
Troubles de déglutition	-Test de déglutition à l'eau	> Ajustement de la texture des aliments ; séances d'orthophonie ; soins dentaires et buccaux > <u>Adressage</u> : diététicienne, orthophoniste, dentiste
Troubles cognitifs	-MoCA -MMSE	> Pas de traitement médicamenteux; remédiation cognitive; activité physique > <u>Adressage</u> : orthophoniste (remédiation cognitive), neuropsychologue (non remboursé en libéral)
Spasticité	-Echelle modifiée d'Ashworth -Echelle de Tardieu	> Kinésithérapie , Injection de toxine botulique > Baclofene intrathécale , Baclofene PO, stimulation cérébrale non invasive > <u>Adressage</u> : neurologue, MPR
Syndrome dépressif	-Echelle PHQ9 -Echelle d'Hamilton	> Thérapie; activité physique > Inhibiteur de la recapture de la sérotonine > <u>Adressage</u> : psychologue
Troubles visuels	-Peu d'outils valides en MG	> <u>Adressage</u> : ophtalmologue, orthoptiste
Autonomie	-Echelle de Barthel -Mesure d'indépendance fonctionnelle	> Rééducation physique : kinésithérapie, exercice adapté > <u>Adressage</u> : Ergothérapeute, assistante sociale, associations de patients
Trouble du sommeil	-Echelle de somnolence d'Epworth -Echelle STOP-BANG ; Questionnaire de Berlin -Polygraphie et polysomnographie	> SAOS : PPC > Insomnie/hypersomnie : hygiène de vie, thérapie > Limiter les traitements médicamenteux > <u>Adressage</u> : pneumologue
Troubles génito-urinaires	-Journal de miction ; bilan urodynamique -IIEF5 (<i>international index of erectile function</i>), ASEX (<i>experiences sexuelles d'Arizona</i>), FSFI (<i>Female sexual function index</i>)	> Mictions programmées, mesures hygiéno-diététiques (lutte contre la constipation), Auto ou hétéro sondage > anticholinergique, alpha bloquant > Neurostimulation > <u>Adressage</u> : urologue, psychologue



Et la conduite ?

Selon la HAS :

- **information** de tous les patients sur les risques et les conséquences
- **Repérage clinique** des affections pouvant impacter la conduite
- Délai de **15 jours** recommandé après un AVC léger
- **Consultation avec un médecin agréé** selon les dernières recommandations HAS



Pour aider les patients (et les MG!)

S'aider des paramédicaux :

- Kinésithérapeutes
- Infirmiers libéraux
- Orthophonistes
- Diététiciennes
- Assistantes sociales
- Ergothérapeutes
- Enseignants APA

> Peuvent être retrouvé sur l'**annuaire Améli** pour la plupart :
<https://annuaire.sante.ameli.fr>

Associations ou réseaux :

- Réseau TC AVC Haut de France :
<https://www.reseautcavc-hdf.org>
- France AVC :
<https://www.franceavc.com>
- La compagnie des aidants :
<https://lacompaniedesaidants.org>

NOTES

Mes notes personnelles

Résumé

AUTEURE : Nom : FOURNEL

Prénom : Axelle

Date de soutenance : 12/12/2025

Titre de la thèse : *Évaluation des attentes des médecins généralistes dans la prise en charge neuro rééducative du post AVC chez les patients ayant subi un AVC léger, étude quantitative dans le Nord Pas de Calais*

Thèse - Médecine - Lille 2025

Cadre de classement : Médecine générale

DES + FST/option : Médecine générale

Mots-clés : Médecine générale, post-AVC, rééducation, suivi médical

Résumé :

Introduction : En France, on dénombre un AVC toutes les quatre minutes. Il n'y a pas de définition consensuelle concernant l'AVC léger, ce qui entraîne des disparités de prise en charge dans le cadre du suivi. Le parcours de soin post AVC s'améliore grâce aux consultations post AVC créées en 2015. Cependant plusieurs études montrent que seul 53,2 % des patients consultent un neurologue et 6,3% un médecin MPR. Le MG reste au cœur de la prise en charge, avec une première consultation qui a lieu environ 15 jours après la sortie d'hospitalisation. Il existe également des différences entre les attentes des patients et celles des MG. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les attentes des MG dans la prise en charge neuro rééducative de l'AVC léger. Notre objectif secondaire était de créer une fiche d'aide à la consultation.

Matériel et Méthode : Étude observationnelle, descriptive, transversale et quantitative. Un questionnaire en trois parties a été diffusé de Mai 2024 à Mars 2025. Données exportées via Limesurvey. Analyse statistique faite avec le logiciel Excel.

Résultats : Nous avons mis en évidence des disparités dans l'évaluation des symptômes du post AVC : l'autonomie, les troubles de déglutition, les troubles thymiques et les troubles cognitifs sont fréquemment évalués tandis que les troubles génito-urinaires, la spasticité et les troubles visuels sont peu pris en compte par les médecins. Les principaux freins à l'évaluation de chaque symptôme sont le manque de formation, de temps, d'outils d'évaluation adaptés. Concernant notre critère de jugement principal, nous mettons en évidence une demande importante de formation complémentaire notamment concernant la fatigue (76,7% des répondants), la spasticité (69,7%), les troubles génito-urinaires (65,1 %), les douleurs neuropathiques (62,7 %) et les troubles visuels (72,09 %). Enfin, 97,67% des médecins souhaitaient un outil d'aide à la consultation.

Conclusion : Notre étude met en évidence un besoin de formation constant chez les médecins généralistes qui jouent un rôle central dans la prise en charge du post-AVC. Elle permet également la réalisation d'un outil d'aide à la consultation basé sur l'analyse des recommandations actuelles.

Composition du Jury :

Président : Pr ALLART Etienne

Assesseurs : Dr MOUNIER-VEHIER François, Dr BODEIN Isabelle

Directeur de thèse : Dr SINGIER Stéphane