

2025-2026

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MEDECINE GENERALE

EVALUATION DES CAPACITES FONCTIONNELLES DES PATIENTS ATTEINTS DE PATHOLOGIES NEUROLOGIQUES CHRONIQUES

ETUDE DESCRIPTIVE DES PRATIQUES DES
MEDECINS GENERALISTES DES PAYS DE LA

BUDAN de RUSSE Apolline

Née le 31 août 1996 à Limoges (87)

Sous la direction du Docteur ALI Pauline

Membres du jury

M. le Professeur DINOMAS Mickaël | Président
Mme. le Docteur ALI Pauline | Directrice
M. le Docteur PEUROIS Matthieu | Membre
M. le Docteur DEMAS Josselin | Membre

Soutenue publiquement le :
19 février 2026



**FACULTÉ
DE SANTÉ**

UNIVERSITÉ D'ANGERS

ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

Je, soussignée Apolline Budan de Russé
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le 15/01/2026

Charte d'utilisation de l'IA générative

Je soussignée Apolline Budan de Russé
Déclare avoir pris connaissance et accepte de respecter la Charte d'utilisation de l'IA générative pour
la rédaction des rapports, thèses d'exercice et mémoires d'étude.
Je m'engage à utiliser ces outils conformément aux règles et recommandations énoncées dans la
charte.

Angers le 15/01/2026

Signature



SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS
(Mise à jour 06/10/2025)

Doyen de la Faculté : Pr Cédric ANNWEILER
Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Sébastien FAURE
Directeur du département de médecine : Pr Vincent DUBEE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	Médecine
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
CODRON Philippe	NEUROLOGIE	Médecine
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
DINOMAS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Matthieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILLET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HUNAUT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine

JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KAZOUR François	PSYCHIATRIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie
LACOURREYE Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE	Pharmacie
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LASOCKI Sigismund	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAI Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LIBOUBAN Héléne	HISTOLOGIE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VENERELOGIE	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine
MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
ORVAIN Corentin	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
PAISANT Anita	RADIOLOGIE	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RIOU Jérémie	BIostatistique	Pharmacie
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIostatistiques	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

AMMI Myriam	CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE	Médecine
BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIostatistiques	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BENALLEGUE Nail	PEDIATRIE	Médecine
BERNARD Florian	ANATOMIE	Médecine
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine

BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BOUCHER Sophie	ORL	Médecine
BRILLAND Benoit	NEPHROLOGIE	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
BRUGUIERE Antoine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHABRUN Floris	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CHAO DE LA BARCA Juan-Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHOPIN Matthieu	MEDECINE GENERALE	Médecine
CORVAISIER Mathieu	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
DEMAS Josselin	SCIENCES DE LA READAPTATION	Médecine
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
FADEL Marc	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GHALI Maria	MEDECINE GENERALE	Médecine
GUELFJ Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HADJ MAHMOUD Dorra	IMMUNOLOGIE	Pharma
HAMEL Jean-François	BIostatistiques, Informatique Médicale	Médicale
HAMON Cédric	MEDECINE GENERALE	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HERSANT Jeanne	MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUSTEAU Grégoire	PNEUMOLOGIE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LEFEUVRE Caroline	BACTERIOLOGIE ; VIROLOGIE	Médecine
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LE ROUX Gaël	TOXICOLOGIE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIES Héléne	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PEUROIS Matthieu	MEDECINE GENERALE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
PIRAUX Arthur	OFFICINE	Pharmacie
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
SUTEAU Valentine	ENDOCRINOLOGIE ; DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
TEXIER-LEGENDE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

ATER		
BARAKAT Fatima	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
ATCHADE Constantin	GALENIQUE	Pharmacie
ECER		
HASAN Mahmoud	GALENIQUE	Pharmacie
PRCE		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
COYNE Ashley	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Héléne	ANGLAIS	Santé
PAST-MAST		
AUBRUCHET Héléne	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
BEAUVAIS Vincent	OFFICINE	Pharmacie
BRAUD Cathie	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	PHARMACIE INDUSTRIELLE	Pharmacie
CHAMPAGNE Romain	MEECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	Médecine

DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
LAVIGNE Christian	MEDECINE INTERNE	Médecine
LE FLOCH Maxime	GERIATRIE	Médecine
MARSAN-POIROUX Sylvie	COMMUNICATION	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
PEREZ-GRANDIERE Lucia	MALADIES INFECTIEUSES	Médecine
PICCOLI Giorgina	NEPHROLOGIE	Médecine
POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
TORREGGIANI Massimo	NEPHROLOGIE	Médecine
PLP		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine
AHU		
ROBIN Julien	DISPOSITIFS MEDICAUX	Pharmacie

Directeur du département de médecine : Pr Vincent DUBEE

REMERCIEMENTS

Au Docteur Pauline ALI,

Merci d'avoir accepté sans hésiter de diriger ma thèse et d'y avoir porté de l'intérêt avec enthousiasme! Merci pour ta disponibilité, tes conseils et nos discussions autour de la MPR.

Aux membres du Jury,

Au **Professeur Mickaël DINOMAS**, merci tout d'abord d'avoir accueilli avec joie ma demande pour effectuer un stage hors filière aux Capucins et d'avoir œuvré pour que cela soit possible. J'ai pu découvrir et apprécier cette spécialité. Merci d'avoir accepté de présider mon jury de Thèse.

Au **Docteur Matthieu PEUROIS** et à **Monsieur Josselin DEMAS**, merci de porter de l'intérêt à mon travail de thèse et de faire porter la voix des médecins généralistes et du corps paramédical.

A l'équipe soignante des Capucins,

Merci de m'avoir accueillie et de m'avoir partagé vos connaissances. Je garde un très bon souvenir de ce stage.

A tous **mes maîtres de stages** des différents cabinets, merci pour votre patiente, votre bienveillance et votre désir de transmettre.

Aux équipes soignantes de mes stages du **Centre Hospitalier de Cholet**, merci de m'avoir enseigné les joies du travail en équipe.

A ma famille,

A **mes parents**, pour votre soutien sans failles pendant toutes ces années, pour la fierté que je vois transparaître dans vos yeux, mais surtout pour toutes ces belles valeurs et la foi que vous m'avez transmises, qui font de moi la personne et le médecin que je suis aujourd'hui. Merci de croire en moi.

A tous **mes frères et sœurs, Eulalie, Théophile, Philomène, Olivier et Hippolyte**, merci pour cette belle fraternité qui nous unit, merci pour tous ces événements de vie partagés, pour ces liens si précieux.

A **Nico et Emilie**, merci de vous intéresser à mon parcours, merci de ce que vous apportez à notre famille. A **Calixte et Mayou**, merci pour votre joie et vos rires.

A **mes grands-mères, Millou et Bonne-Ma**, merci d'avoir toujours suivi mon parcours et d'avoir cru en moi. Merci pour ces beaux exemples de vie que vous me donnez.

A mes Amis de lycée,

MM, Hélo et Alex, merci d'être de si bons amis depuis si longtemps, merci d'avoir suivi toutes mes péripéties et merci pour ces bons souvenirs et les prochains à venir. MM, merci pour toutes nos discussions, merci de m'aider à chaque dilemme, pour ton sens du service. Tu me connais si bien ! Hélo, merci pour ton dynamisme à toutes épreuves, d'être toujours partante pour tout ! Alex, merci pour ta simplicité et ton humour qui me fera toujours rire ! **Max**, merci pour nos débats parfois mouvementés et pour ta franchise. **Marion**, je suis très heureuse d'avoir croisé ton chemin grâce à MM, merci pour ta douceur.

A tous ceux avec qui j'ai pu partager mon quotidien,

Ma première colocation avec **MM et Irène**. Merci pour cette vie si simple et pleine de rebondissements. Irène, merci de m'avoir toujours rassurée et encouragée pendant toutes ces années de médecine, merci pour ta fidèle amitié.

A **Marie-Flore et Paul** de m'avoir accueillie chaleureusement dans votre maison pendant un an.

A **tous mes colocs Lazare**, merci pour cette belle aventure, pour la richesse de nos échanges, la profondeur de nos amitiés et pour ce goût du vivre ensemble malgré nos différences qui m'a tellement appris.

A **Lulu**, pour m'avoir accueillie dans la coloc du Love et pour avoir été une oreille attentive.

A **Fix**, merci pour tous nos débats et remises en questions de la vie. A **Gab**, pour ton humour et ta bonne humeur de toujours et à tous **les Lallemand** pour m'avoir adoptée dans votre famille.

A mes Amis de Médecine depuis mes jeunes années étudiantes,

Malou et Chachou, merci d'avoir partagé ces festivités étudiantes, je suis heureuse

REMERCIEMENTS

Alex et Alienor, merci pour votre air taquin et votre endurance à la fête. **Danette**, merci pour ton sens de l'accueil et ton écoute et **NoNo**, merci pour ta joie de vivre et ton humour.
Elisa, Clothilde, merci d'avoir partagé cet externat ensemble et de l'avoir rendu plus doux.

A mes amis d'Angers et de l'internat, **Armelle, Agathe, Baudouin, Benoit, Anne-Gab, Rozenn** merci pour ces nombreux apéros angevins, pour nos amitiés si simples et profondes à la fois, qui me donne cette impression d'être à ma place à Angers.
A Quentin, merci pour l'évidence de notre amitié et pour nos partages de foi.

PLAN

SERMENT D'HIPPOCRATE

LISTE DES ABREVIATIONS

INTRODUCTION

MÉTHODES

RÉSULTATS

- 1. Caractéristiques de la population étudiée**
- 2. Caractéristiques de la patientèle de la population étudiée**
- 3. Evaluation de l'autonomie**
- 4. Connaissance et utilisation de la CIF**
- 5. Prise en charge résultante**
- 6. Freins et leviers d'amélioration de l'évaluation fonctionnelle**

DISCUSSION

- 1. Evaluation de l'autonomie par les médecins généralistes**
- 2. Limites de l'évaluation et outils existants**
- 3. Prise en charge des limitations fonctionnelles et recours aux professionnels paramédicaux**
- 4. Articulation avec les services d'insertion professionnelle et maintien dans l'emploi**
- 5. Apport de l'étude**
- 6. Limites et perspectives**

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIÈRES

ANNEXE

Introduction:

La prise en charge des pathologies neurologiques chroniques de l'adulte constitue un enjeu majeur de santé publique en France, en raison de leur prévalence croissante et de leurs répercussions fonctionnelles sur l'autonomie des patients. Le médecin généraliste, est souvent le premier maillon de la chaîne, et peut identifier un retentissement de la pathologie neurologique sur l'autonomie et réagir afin de compenser ou de limiter ce handicap. Des outils permettant une évaluation standardisée du handicap telle que la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), ont été développées mais restent peu utilisées.

Cette étude avait pour objectif principal d'analyser les modalités d'évaluation des capacités fonctionnelles des patients adultes atteints de pathologies neurologiques chroniques par les médecins généralistes des Pays de la Loire. Les objectifs secondaires étaient d'explorer les modalités de prise en charge consécutives à l'identification d'une limitation fonctionnelle, ainsi que les freins et leviers à une évaluation et une prise en charge optimales.

Méthode:

Il s'agit d'une étude prospective observationnelle quantitative et descriptive. Un questionnaire standardisé en ligne a été adressé aux médecins généralistes des Pays de la Loire. Ce questionnaire reprenait les principales composantes évaluant les capacités fonctionnelles telles que décrites par la CIF.

Résultats:

68 réponses complètes ont été recueillies. Les médecins généralistes évaluaient l'autonomie de leur patient en se basant sur l'interrogatoire et l'examen clinique. Ainsi, les principales déficiences engendrées par les pathologies neurologiques étaient recherchées hormis les déficits sensitifs, la spasticité, les limitations du champ visuel, les mouvements anormaux et les troubles vésico-sphinctériens. En ce qui concerne les limitations d'activité, les capacités d'apprentissage et d'application des connaissances étaient peu évaluées, ainsi que l'impact sur la vie sociale.

Lorsqu'une perte d'autonomie était identifiée, les médecins orientaient principalement les patients vers des professionnels paramédicaux (kinésithérapeutes, orthophonistes, infirmiers, psychologues) et mettaient en place des aides humaines. Les principaux freins identifiés étaient la complexité des situations cliniques, le manque de temps en consultation et les difficultés d'accès aux ressources et aux spécialistes. Les leviers proposés incluaient le renforcement des réseaux de coordination interprofessionnelle et la mise à disposition d'outils simples d'aide à l'évaluation fonctionnelle.

Conclusion:

Cette étude met en évidence une évaluation essentiellement clinique et non standardisée des capacités fonctionnelles par les médecins généralistes en ambulatoire. Le développement d'outils d'évaluation simples, notamment informatisés, pourrait améliorer l'identification du handicap et optimiser la prise en charge des patients atteints de pathologies neurologiques chroniques en

INTRODUCTION

La prise en charge des pathologies chroniques d'origine neurologique des sujets adultes représente un défi majeur en France devant l'augmentation de leur prévalence et les conséquences qu'elles entraînent, notamment fonctionnelles. Les pathologies neurologiques chroniques correspondent à toute affection d'origine acquise, neurodégénératives ou inflammatoires, du système nerveux central ou périphérique.

Les chiffres de l'assurance maladie de 2022, comptent environ 570 000 personnes reconnues atteintes d'un AVC invalidant et déclarées en ALD pour ce motif, environ 452 000 sont porteuses de formes graves d'affections neurologiques et musculaires (dont myopathie) et d'épilepsie grave et environ 446 000 sont déclarées atteintes de la maladie d'Alzheimer et autres démences (1). On compte également environ 170 000 personnes affectées de la maladie de Parkinson, 116 000 personnes atteintes de la Sclérose en Plaques et enfin 40 000 porteuses d'une lésion médullaire (1). Ces chiffres permettent de se rendre compte que les patients ayant une affection neurologique chronique sont nombreux (d'autant plus que ces chiffres concernent uniquement les personnes déclarées en ALD). Selon un article de la revue de Santé publique, la prévalence de l'AVC en 2022, est estimée à 1 086 795 cas (2). Par conséquent, les médecins généralistes sont inexorablement confrontés à la prise en charge de ce profil de patient.

La prise en charge du handicap, l'augmentation de la morbi-mortalité, l'institutionnalisation font partie des dépenses de santé publique en lien avec les pathologies neurologiques. En France, la Sclérose en plaques (SEP) correspond à la première affection neurologique chez les adultes et la première cause de handicap dans cette même tranche d'âge (3). En ce qui concerne, la maladie de Parkinson, une étude de Walton *et al.* (2015) décrit l'impact de la progression de la maladie sur les activités de la vie quotidienne, avec des données démontrant qu'environ 50 % des patients peuvent devenir partiellement ou totalement dépendants après plusieurs années d'évolution de la maladie (4). Selon l'Inserm, les AVC représentent la première cause de handicap moteur acquis et la deuxième cause de démence (après la maladie d'Alzheimer). Il est également mentionné que 75 % des patients garderont des séquelles neurologiques (5).

Outre les troubles sensitivo-moteurs évidents, et les troubles cognitifs connus, d'autres déficiences moins évaluées ont un impact fonctionnel chez les patients neurologiques chroniques. En effet, les troubles vésico-sphinctériens et génito-sexuels sont très fréquents et retrouvés dès les premières poussées de Sclérose en plaques (6). Les troubles urinaires en particulier sont présents dans environ 10 à 90 % des cas et engendrent une altération de la qualité de vie voire même des complications (infection, lithiases, etc.) augmentant la morbi-mortalité. La revue de littérature, tirée de *Progrès en Urologie*, conclut qu'une approche multidisciplinaire intégrant des spécialistes adaptés favorise une prise en charge précoce du handicap (6). Il est également démontré que la mise en

place d'activité physique adaptée de manière précoce a un effet bénéfique sur l'évolution de cette maladie (3).

On peut citer un autre exemple de déficience sous-estimée et pourtant fréquent : la spasticité. C'est une composante du syndrome pyramidal affectant environ 30 à 80 % des patients atteints d'AVC. La spasticité peut être responsable d'une réduction des amplitudes articulaires des membres, engendrer des douleurs, et par conséquent, impacter l'autonomie du patient (marche, utilisation du membre supérieur spastique, douleurs) (7). Celle-ci apparaît en général entre le premier et le troisième mois post-lésion mais peut évoluer et atteindre une fréquence maximale jusqu'au sixième mois post-AVC (43 %). Ceci implique l'importance d'une évaluation de la spasticité à distance de l'AVC. Le médecin généraliste est parfois le seul praticien à pouvoir réévaluer le patient à distance, ce qui dans certains cas peut le mener à demander un avis spécialisé en rééducation fonctionnelle pour une prise en charge adéquate.

Cela démontre l'importance d'avoir une connaissance globale des capacités fonctionnelles de ces patients, afin de mettre en place des premières stratégies d'adaptation et de rééducation, ou de savoir orienter vers un spécialiste lorsque c'est nécessaire. L'objectif étant de maintenir une autonomie et une qualité de vie optimale pour le patient, et de diminuer les coûts de santé publique.

La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) est un outil mis en place en complément de la Classification internationale des maladies (CIM), afin de répondre au modèle bio-psycho-

social. Elle offre une représentation précise et exhaustive d'un patient. Elle vise à décrire le fonctionnement des personnes en prenant en compte les aspects contextuels et environnementaux, et a été adaptée par l'OMS en 2001 (8). Elle définit quatre dimensions qui peuvent demander des actions spécifiques visant à améliorer l'état des patients :

- les dysfonctionnements organiques (déficit sensitif, moteur ou cognitif),
- l'atteinte de la structure anatomique,
- la limitation d'activité des tâches de la vie quotidienne,
- la restriction de participation qui renvoie au rôle social de la personne, à son implication dans la vie réelle, sur sa vie personnelle, familiale, professionnelle et sa vie sociale (exemple: ne pas pouvoir exercer une activité professionnelle).

Cette échelle peut servir de base solide pour explorer globalement le fonctionnement et le handicap présenté par un patient avec une affection neurologique chronique. Or, du fait de la complexité de son codage, elle est difficile d'accès et peu utilisée par les médecins (hors en Médecine physique et réadaptation). Des modes d'emploi et des formations en ligne sont disponibles afin d'expliquer son fonctionnement mais il n'est pas facile de comprendre à qui ces outils sont destinés (9,10).

La plupart des patients en situation de handicap, quelle qu'en soit la cause, ont un suivi auprès de leur médecin généraliste. Ainsi, les médecins généralistes sont le premier relais dans le parcours de soins des patients atteints de pathologies neurologiques chroniques ou bien le coordinateur des soins, une fois

le diagnostic réalisé. Ils sont donc au cœur de la prise en charge globale du patient. Les patients avec handicap neurologique peuvent être suivis par des médecins spécialistes, notamment les neurologues, pour l'exploration étiologique de la maladie et le suivi médicamenteux de celle-ci. Les médecins de Médecine physique et de réadaptation (MPR) peuvent aussi intervenir lorsqu'une problématique fonctionnelle complexe est identifiée mais il semble important de savoir quand les solliciter et comment articuler ensemble la prise en charge de ces patients.

De plus, il n'existe que peu de données sur la manière dont les généralistes évaluent les capacités fonctionnelles de ces patients et les outils ressources qu'ils utilisent. La littérature retrouve peu d'études quantitatives décrivant l'évaluation de l'autonomie en médecine générale chez les patients neurologiques. Or, les médecins généralistes interviennent forcément dans la coordination et l'adressage auprès de spécialistes pour ces patients, au long cours (11). Ils peuvent également faire appel à des professionnels paramédicaux (kinésithérapeute, orthophoniste, IDE, psychologue, ergothérapeute, etc.) ou encore d'autres professionnels pouvant faire partie intégrante de la rééducation (enseignant en activité physique adaptée (EAPA), psychomotricien, etc.).

L'objectif principal de cette étude est donc d'effectuer un état des lieux sur la manière dont les médecins généralistes évaluent les capacités fonctionnelles de leurs patients adultes atteints de pathologies neurologiques chroniques et les prises en charge qui en découlent. Utilisent-ils des évaluations standardisées, reprenant des dimensions de la CIF, qui permettent d'évaluer l'impact fonctionnel de la maladie sur le patient ? Si des difficultés sont identifiées, quelle

stratégie de prise en charge est initiée ensuite ? Vers quels professionnels le médecin généraliste oriente-il son patient ?

De par cette enquête, l'objectif est également d'identifier les freins qui entraveraient à une bonne évaluation de l'autonomie des patients neurologiques mais également d'identifier des leviers permettant une optimisation de cette évaluation et des modalités d'adressage par la suite.

MÉTHODES

L'étude actuelle est prospective observationnelle quantitative et descriptive. La population étudiée est celle des médecins généralistes des Pays de la Loire installés en libéral ou au sein d'autres structures.

Les critères d'inclusion des personnes interrogées étaient donc les suivants:

- Médecin généraliste installé ou remplaçant, travaillant en libéral ou dans d'autres structures (hospitalières ou autres) dans la région Pays de La Loire (départements 44, 49, 53, 72 et 85).

Les critères d'exclusion étaient les suivants:

- Médecin généraliste remplaçant ou installé, exerçant dans un autre département que ceux cités ci-dessus.

La population de médecins généralistes incluse doit être représentative de la population actuelle de médecins généralistes en région Pays-de-La-Loire. D'après le rapport de l'ORS en 2023, l'effectif des médecins généralistes est de 5 512 dont 2 363 en Loire-Atlantique (soit 43 %), 1 316 en Maine-et-Loire (soit 24 %), 338 en Mayenne (soit 6 %), 645 en Sarthe (soit 12 %) et 850 en Vendée (soit 15 %). Parmi ces 5 512 médecins généralistes, 3 703 ont une pratique libérale. De plus, en 2023, 51 % des médecins sont des femmes (12). Nous avons prévu un échantillon correspondant à 3 % des médecins généralistes des Pays-de-la-Loire, soit 111 réponses prévues.

L'objectif principal de l'étude était de quantifier et de mesurer de quelle manière les médecins généralistes évaluaient le retentissement fonctionnel et l'autonomie de leurs patients atteints de pathologies neurologiques chroniques.

Les analyses secondaires portaient sur : les stratégies de prise en charge d'une limitation de l'autonomie par les médecins généraliste, l'identification des freins qui entravaient les médecins généralistes à une bonne évaluation de l'autonomie de leur patients neurologiques mais également des leviers permettant une optimisation de cette évaluation et des modalités d'adressage.

Dans cette étude, le terme « patient atteint de pathologie neurologique chronique » renvoyait à un patient adulte, atteints d'une pathologie affectant le système nerveux central ou périphérique d'origine inflammatoire (telle que la Sclérose en Plaques), ou d'origine neurodégénérative (telle que la maladie de Parkinson, la maladie d'Alzheimer) ou de pathologies d'origine acquise (telles que les AVC).

La population cible a été recrutée via l'adressage d'un questionnaire standardisé. Il a été réalisé sur la base des domaines de la CIF (13). Le questionnaire complet figure en annexe de ce document. Les réponses pouvaient être des réponses fermées à choix multiples, des échelles de Likert, ou des réponses ouvertes où le participant pouvait évoquer une autre idée ou bien détailler sa réponse en quelques mots. Le questionnaire a été testé auprès de quelques confrères internes avant d'être diffusé plus largement. Les réponses étaient anonymes.

Ce questionnaire se composait en cinq parties.

- La première partie traitait des éléments démographiques concernant les médecins généralistes répondant au questionnaire.
- La deuxième partie relevait des données de la patientèle, notamment porteuses de pathologie neurologiques chroniques.
- La troisième partie s'intéressait à l'évaluation des capacités fonctionnelles par les médecins généralistes.
- La quatrième partie évaluait les connaissances et l'utilisation de la CIF par les médecins généralistes.
- Enfin la cinquième partie recherchait auprès des médecins généralistes quels pouvaient être les freins et leviers d'amélioration de l'évaluation fonctionnelle.

Le projet de recherche a été soumis au comité d'éthique du CHU d'Angers et a obtenu un avis favorable. Ce questionnaire a été diffusé par le biais du logiciel de formulaires en ligne Limesurvey, à partir de fin avril 2025 puis clôturé en octobre 2025. Il a été décidé de diffuser le questionnaire en ligne via le logiciel Limesurvey en raison des avantages suivants :

- une simplicité de diffusion et de réponse pour les médecins généralistes,
- un recueil automatique des données via Limesurvey et une facilité de gestion des données,
- un accès à une version complète du site gratuitement par le biais de la faculté d'Angers,
- une protection optimale des données,

- la possibilité de créer des réponses à choix multiples et la bonne retranscription des résultats pour une meilleure analyse.

Différents moyens de diffusion du lien donnant accès au questionnaire ont été mis à profit, et ce, principalement par courrier électronique. Différents organismes ont été contactés. Tout d'abord, le Conseil départemental de l'ordre des médecins, notamment le CDOM 72 pour le département de la Sarthe, le CDOM 53 pour le département de la Mayenne, le CDM 44 pour la Loire Atlantique, le CDOMV pour le département de Vendée. Un formulaire a été transmis auprès de l'Union régionale des médecins libéraux (URML) des Pays de La Loire, qu'ils ont pu relayer sur leur plateforme. Un email a été adressé à la Faculté de santé d'Angers, qui a pu le transmettre aux différents maîtres de stage universitaire et médecins en lien avec l'université d'Angers, et des flyers contenant un QR code renvoyant au questionnaire ont été distribués dans plusieurs structures de soins. Le questionnaire a également été diffusé sur un groupe de remplacements de Maine-et-Loire, via Facebook® ou des contacts personnels et en lien avec les stages de l'auteure principale.

Tous les résultats ont été recueillis via le logiciel Limesurvey puis exportés dans un document Microsoft Excel (Microsoft Corp., Redmond, États-Unis). Toutes les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel jamovi, version 2.6.44.0 et le logiciel Excel. Il a été réalisé une analyse descriptive de la population. La plupart des résultats ont fait l'objet d'une analyse quantitative, exceptées quelques questions qui demandaient une réponse qualitative. Ces réponses ont donc été analysées de manière qualitative.

RÉSULTATS

L'étude a permis d'obtenir un total de 91 réponses entre juin 2025 et octobre 2025, dont 68 réponses complètes et 23 incomplètes. Uniquement les réponses complètes ont été analysées. En effet, la majorité des réponses incomplètes traitaient principalement des questions en rapport avec les caractéristiques démographiques de la population étudiée, ce qui pouvait compromettre l'interprétation des résultats.

1. Caractéristiques de la population étudiée

La figure 1 montre que parmi les 68 réponses complètes, 61,8 % (N=42) des médecins étaient des femmes et 38,2 % étaient des hommes (N=26).

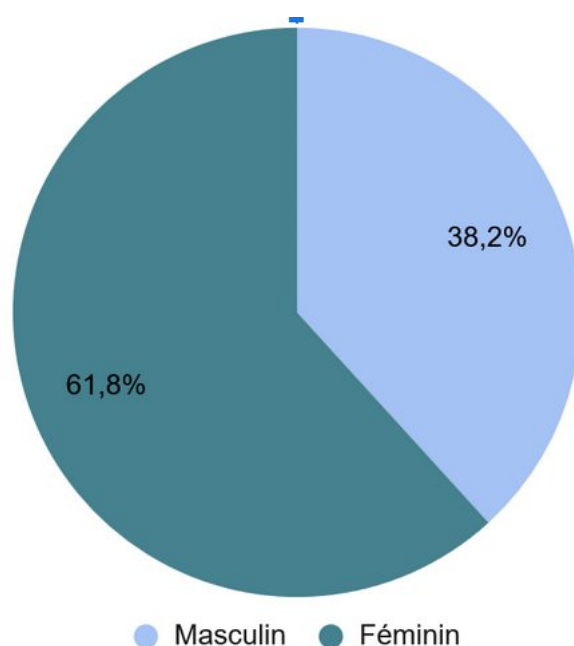


Figure 1 : Graphique représentant la répartition des répondants par sexe. (Sexe masculin représenté en bleu clair et féminin en bleu canard).

Concernant l'âge, 1,5 % des répondants (N=1) avait moins de 30 ans, 42,6 % (N=29) avaient entre 30 et 39 ans, 35,3 % (N=24) avaient entre 40 et 49 ans, 13,2 % (N= 9) avaient entre 50 et 59 ans et enfin 7,4 % (N=5) avaient entre 60 ans et plus. La répartition selon l'âge est représentée par la figure 2.

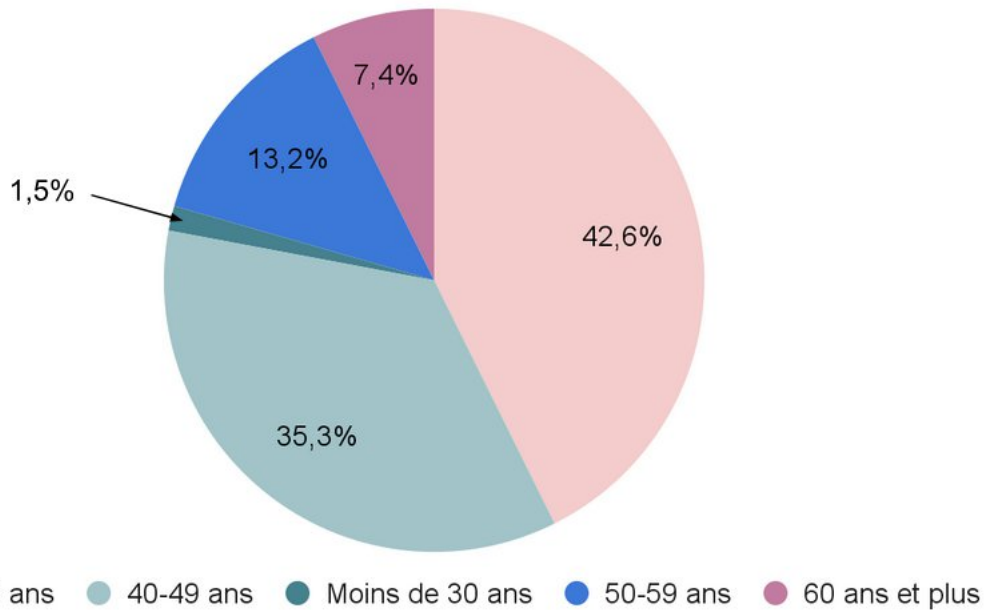


Figure 2 : Graphique représentant la répartition des répondants en fonction de l'âge (âgés de moins de 30 ans représentés en vert foncé, âgés entre 30 et 39 ans représentés en rose clair, âgés entre 40 et 49 ans représentés en vert clair, âgés entre 50 et 59 ans représentés en bleu et enfin âgés de plus de 60 ans représentés en rose foncé.)

Concernant les années d'expérience des répondants, 20,6 % (N=14) des réponses concernaient des praticiens avec plus de vingt ans d'expérience (à compter de la fin de l'internat). Les médecins qui avaient entre onze et vingt ans d'expérience, représentaient 32,4 % (N=22), 30,9 % (N=21) avaient entre cinq et dix ans d'expérience. Et enfin, 16,2 % (N=11) des participants avaient moins de cinq ans d'expérience. La répartition selon les années d'expérience est représentée dans la figure 3.

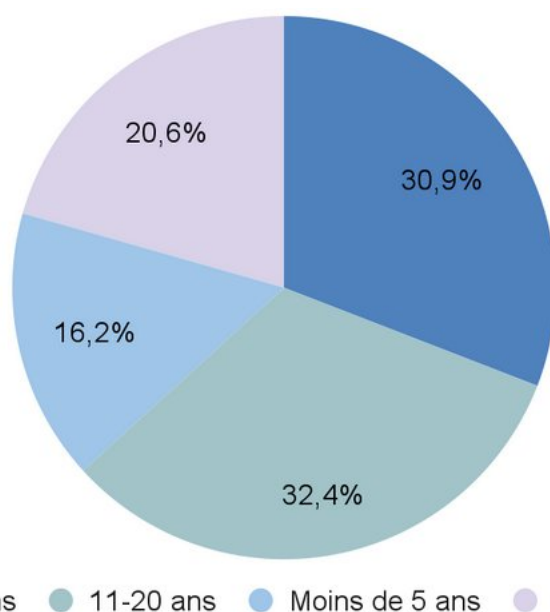
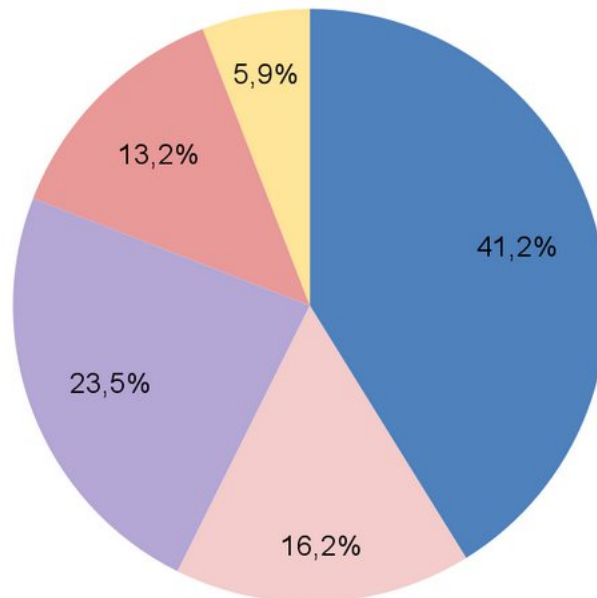


Figure 3 : Graphique représentant les répondants en fonction de leurs années d'expérience. (Années d'expérience à moins de cinq ans représentés en bleu clair, années d'expérience entre cinq et dix ans représentés en bleu foncé, années d'expérience entre onze et vingt ans représentés en vert clair et enfin plus de vingt ans d'expérience représentés en gris clair.)

Concernant le lieu d'exercice, 13,2 % (N=9) des répondants exerçaient en Loire-Atlantique, 41,2% (N=28) exerçaient en Maine-et-Loire, 23,5 % (N=16) étaient en Mayenne, 16,2 % (N= 11) étaient basés en Sarthe et enfin 5,9 % (N= 4) exerçaient en Vendée. La répartition géographique est représentée dans la figure 4.



● Maine et Loire ● Sarthe ● Mayenne ● Loire-Atlantique ● Vendée

Figure 4 : Graphique représentant la répartition des répondants en fonction de leur département d'exercice. (Les médecins exerçants en Maine-et-Loire sont représentés en bleu foncé, ceux exerçants en Sarthe sont représentés en rose clair, ceux exerçants en Mayenne sont représentés en violet, ceux exerçants en Loire-Atlantique sont représentés en rouge, ceux exerçants en Vendée sont représentés en jaune.)

Concernant le milieu d'exercice, 52,9 % (N=36) exerçaient en milieu rural (<10 000 habitants), 22,1 % (N=15) exerçaient en semi-rural (10 000-50 000 habitants) ; enfin 25 % (N=17) travaillaient en milieu urbain (>50 000 habitants). La répartition en fonction du milieu géographique est représentée par la figure 5.

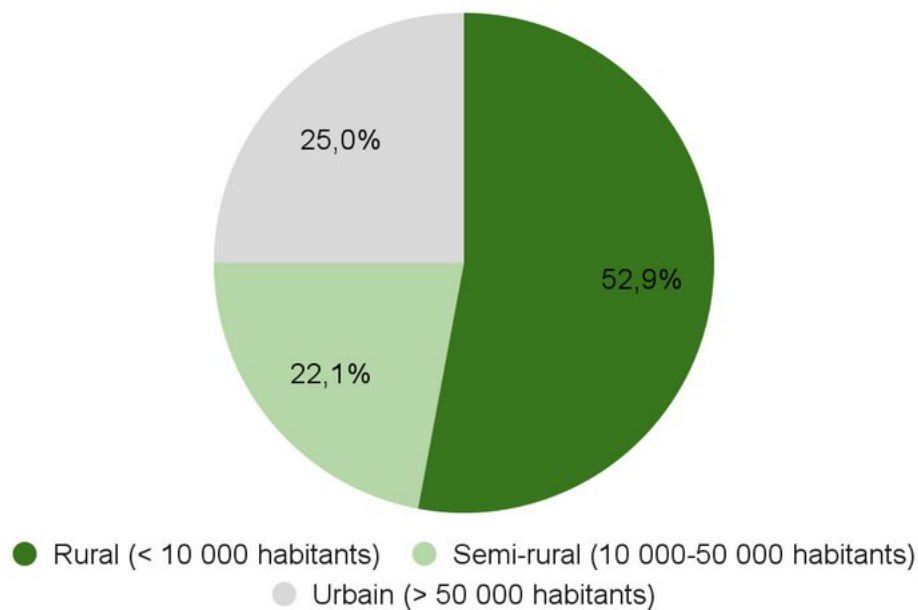


Figure 5 : Graphique représentant la répartition des répondants en fonction du milieu géographique d'exercice. (Les médecins exerçants en milieu rural sont représentés en vert foncé, ceux exerçants en milieu semi rural sont représentés en vert clair et ceux exerçants en milieu urbain sont représentés en gris.)

Au sujet des structure de soins, 50 % (N=34) travaillaient en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP), 41,2 % (N=28) travaillaient en cabinet de groupe (> ou = à deux médecins), 5,9 % (N=4) travaillaient dans des structures « autres » ; et enfin 2,9 % (N=2) travaillaient en milieu hospitalier. Dans les lieux d'exercices « autres » on retrouvait deux praticiens exerçant dans des centres de santé, un ayant une activité mixte en MSP et en hôpital et un lieu d'exercice non renseigné. La répartition en fonction des modes d'exercice est représentée par la figure 6.

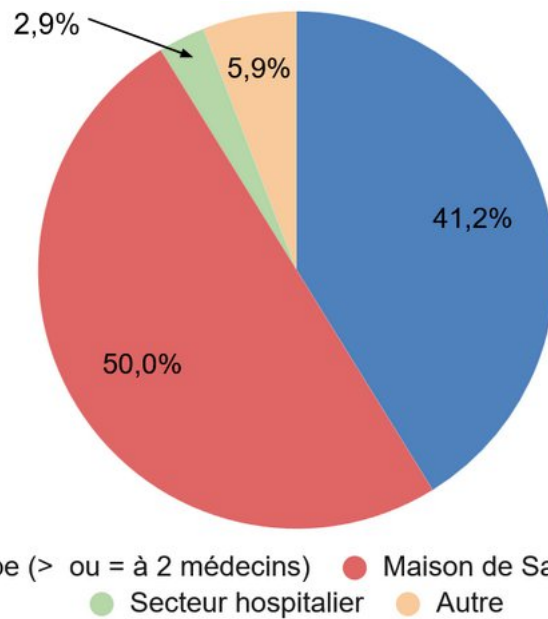


Figure 6 : Graphique représentant la répartition des répondants en fonction du mode d'exercice. (Les médecins exerçants en cabinet de groupe sont représentés en bleu, ceux exerçants en Maison de Santé pluriprofessionnelle sont représentés en rouge, ceux exerçants en secteur hospitalier sont représentés en vert et enfin ceux ayant un autre mode d'exercice sont représentés en jaune.)

2. Caractéristiques de la patientèle de la population étudiée

La majorité des répondants déclaraient prendre fréquemment en charge des patients atteints d'AVC (95,6 %, N=65), de démences (94,1 %, N=64), de traumatismes crâniens (88,2 %, N=60) et de maladie de Parkinson (76,5 %, N=52). En revanche, la prise en charge fréquente de patients atteints de Sclérose en Plaques était moins rapportée (33,8 %, N=23). Les blessés médullaires (7,35 %, N=5) et les patients atteints de tumeurs cérébrales (5,9 %, N=4) étaient rarement pris en charge. Trois répondants avaient également mentionné d'autres pathologies neurologiques, notamment d'autres maladies neurodégénératives (dont la maladie de Friedreich) et la Sclérose Latérale Amyotrophique (Tableau I).

Tableau I : Répartition des pathologies neurologiques chroniques considérées comme fréquemment rencontrées par les médecins généralistes de l'étude.

Pathologie neurologique rencontrée	Fréquence
Accident Vasculaire Cérébral	95,6 % (N=65)
Démence et apparentés	94,1 % (N=64)
Traumatisé crânien	88,2 % (N=60)
Maladie de Parkinson	76,5 % (N=52)
Sclérose en Plaques	33,8 %(N=23)
Lésion médullaire (dont Syringomyélie)	7,35 % (N=5)
Tumeur cérébrale	5,9 % (N=4)
Autre maladie neurodégénérative (comme la maladie de Friedreich ou autres pathologies dégénératives non étiquetées)	1,5 % (N=1)
Sclérose Latérale Amyotrophique	1,5 % (N=1)

Il a ensuite été demandé aux médecins généralistes de l'échantillon, combien ils avaient vu, en consultation lors du dernier mois, de patients atteints

de pathologie neurologique dans leur cabinet. Ces résultats ont été regroupés dans le tableau II.

Tableau II : Répartition des répondants en fonction du nombre de patients neurologiques vus dans le mois.

Nombre de patients neurologiques vus dans le mois	Fréquence
Moins de 10	17,7 % (N=12)
10	27,9 % (N=19)
10-20	14,8 % (N= 10)
20	19,1 % (N=13)
20-100	19,1 % (N=13)
Pas de réponse	1,5 % (N=1)

3. Evaluation de l'autonomie

Parmi les participants à l'étude, 58,8 % (N=40) évaluaient "souvent" l'autonomie de leur patient atteints de pathologies neurologiques chroniques; 23,5 % (N=16) évaluaient "parfois" l'autonomie de ce type de patientèle et enfin 17,5 % (N=12) l'évaluaient de manière "systématique". Cette répartition est représentée par la figure 7.

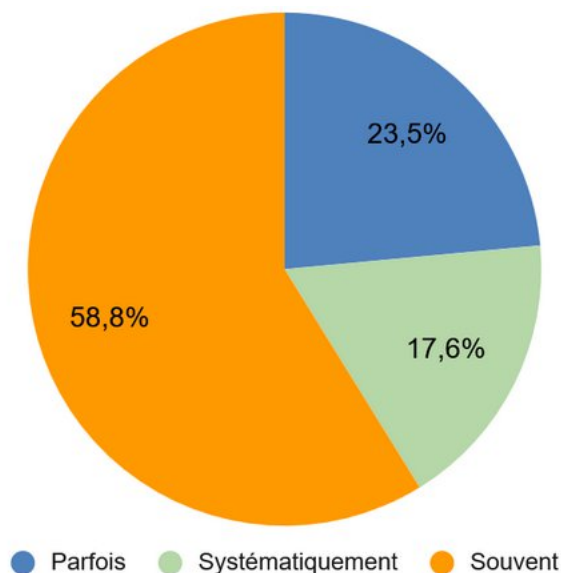


Figure 7 : Répartition des répondants en fonction de la fréquence d'évaluation de l'autonomie. (Les répondants évaluant "parfois" l'autonomie de leurs patients atteints de pathologies neurologiques sont représentés en bleu, ceux l'évaluant "systématiquement" sont représentés en vert et enfin ceux l'évaluant "souvent" sont représentés en orange.)

Les principales raisons conduisant les médecins généralistes à évaluer l'autonomie fonctionnelle des patients étaient la demande du patient ou de son entourage en cas de diminution perçue de l'autonomie (66,2 %, N=45) et la nécessité de remplir un certificat de demande à la maison départementale des personnes Handicapées ou MDPH (64,7 %, N=44). L'élaboration d'un dossier ViaTrajectoire constituait également un motif fréquent (44,1 %, N=30). À l'inverse, l'initiation ou la prolongation d'un arrêt de travail (4,4 %, N=3) et la demande d'un autre professionnel de santé (2,9 %, N=2) étaient rarement à l'origine de cette évaluation. D'autres motifs plus ponctuels ont été rapportés, tels que les bilans réguliers, le suivi de pathologies évolutives, l'évaluation de l'adaptation du domicile ou des modifications de prise en charge spécialisée.

Concernant les modalités d'évaluation, l'examen clinique associé à l'interrogatoire était la méthode principalement utilisée (73,5 %, N=50). Les échelles standardisées étaient employées par 14,7 % des répondants (N=10),

tandis que 8,8 % (N=6) déclaraient ne pas utiliser de méthode systématique. Enfin, 2,9 % (N=2) rapportaient le recours à d'autres outils, notamment des interrogatoires personnalisés ou des échelles issues des dossiers de demande d'allocation personnalisée d'autonomie (APA), MDPH ou ViaTrajectoire. Les méthodes d'évaluation de l'autonomie sont présentées en figure 8.

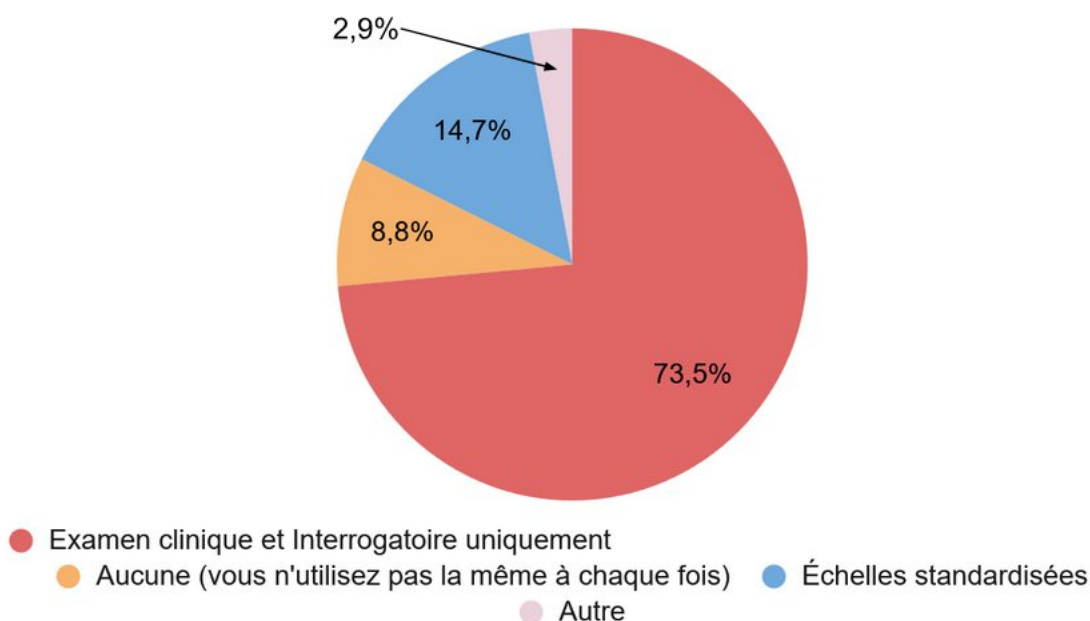


Figure 8 : Graphique représentant la répartition des répondants en fonction des méthodes d'évaluation de l'autonomie des patients neurologiques. (Les médecins évaluant l'autonomie via l'examen clinique et l'interrogatoire uniquement sont représentés en rouge, ceux l'évaluant par des échelles standardisées sont représentés en bleu, ceux l'évaluant avec aucune méthode spécifique (changeant de méthode à chaque fois) sont représentés en orange et enfin ceux l'évaluant par d'autres méthodes que les précédemment citées sont représentés en rose poudrée.)

Parmi les échelles utilisées, l'ADL (Activities of Daily Living) était la plus fréquemment employée (42,6 %, N=29). Les autres échelles étaient rarement utilisées, chacune par un seul répondant (1,5 %, N=1): CIF, index de Barthel, IADL, échelle de Rankin et échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale). D'autres outils génériques, notamment l'EGS (évaluation gériatrique standardisé) et la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique et Groupe Iso Ressources), étaient rapportés par 8,8 % des répondants (N=6). Plus de la

moitié des médecins déclaraient ne pas utiliser d'échelle standardisée (54,4 %, N=37). L'ensemble des échelles rapportées est présenté dans le tableau III.

Tableau III : Répartition des échelles d'évaluation en fonction de leur fréquence d'utilisation.

ADL : Activities of Daily Living ou Échelle de la vie quotidienne ; AGGIR : Autonomie Gérontologique et Groupe Iso Ressources ; EGS : Evaluation Gériatrique standardisée ; HAD : Hospital Anxiety and Depression Scale ; IADL: Instrumental Activities of Daily Living ; CIF : Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé.

Échelle utilisée	Fréquence
Aucune	54,4 % (N=37)
ADL (Échelle de la vie quotidienne)	42,6 % (N=29)
Grille AGGIR	7,3 % (N=5)
EGS	1,5 % (N=1)
Index de Barthel	1,5 % (N=1)
Echelle de Rankin	1,5 % (N=1)
HAD	1,5 % (N=1)
IADL	1,5 % (N=1)
CIF	1,5 % (N=1)

La plupart des médecins généralistes, soit 51,5 % (N=35) remplissaient plus d'un dossier MDPH par mois et 48,5 % (N=33) déclaraient en remplir un par mois.

4. Connaissance et utilisation de la CIF

Parmi les 68 participants, la majorité soit 82,4 % (N=56), ne connaissaient pas la CIF et seulement 5,9 % l'avaient déjà utilisée.

Les différents items de la CIF ont été repris individuellement afin d'identifier ceux pouvant être évalués par les médecins généralistes au cours de leur consultation sans recours systématique à une échelle formalisée. Ces réponses ont été synthétisées dans le tableau IV.

Dans un premier temps, les médecins généralistes étaient interrogés sur les déficiences qu'ils pouvaient identifier lors de leur examen clinique.

Dans un second temps, les médecins généralistes étaient questionnés sur les limitations d'activité qu'ils cherchaient auprès de leurs patients.

Dans un troisième temps, l'évaluation des restrictions de participation était quantifiée.

Enfin, les facteurs contextuels (facilitateurs ou obstacles), dont les facteurs environnementaux et les facteurs personnels ont été abordés.

Tableau IV : Répartition des différents items d'évaluation constituant la CIF (Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé) selon leur fréquence d'évaluation par les répondants de l'étude.

Evaluation	Fréquence de l'évaluation			
	Systématiquement	Souvent	Parfois	Jamais
Déficiences				
Motrices	32,4% (N=22)	36,8% (N=25)	27,9% (N=19)	2,9% (N=2)
Spasticité	7,4% (N=5)	39,7% (N=27)	44,1% (N=30)	8,8% (N=6)
Troubles sensitifs	10,3% (N=7)	27,9%(N=19)	51,5% (N=35)	10,3% (N=7)
Mouvements anormaux	10,3% (N=7)	38,2% (N=26)	44,1% (N=30)	7,4% (N=5)
Douleurs nociceptives ou neuropathiques	35,3% (N=24)	45,6% (N=31)	19,1% (N=13)	0% (N=0)
Troubles cognitifs	30,9% (N=21)	58,8%(N=40)	10,3% (N=7)	0% (N=0)
Troubles du langage et de la sphère ORL	14,7% (N=10)	47,1% (N=32)	36,8% (N=25)	1,5% (N=1)
Troubles du comportement	25% (N=17)	52,9% (N=36)	20,6% (N=14)	1,5% (N=1)
Troubles pelvipérinéaux	7,4% (N=5)	48,5%(N=33)	41,2% (N=28)	2,9% (N=2)
Troubles du champ visuel et la perception	4,4% (N=3)	19,1% (N=13)	52,9% (N=36)	23,5% (N=16)
Limitation d'activités	Systématiquement	Souvent	Parfois	Jamais

Autonomie dans les déplacements	47,1% (N=32)	45,6% (N=31)	5,9% (N=4)	1,5% (N=1)
Mobilité hors du domicile	47,1% (N=32)	45,6% (N=31)	7,4% (N=5)	0% (N=0)
Autonomie dans les soins personnels	44,1% (N=30)	51,5% (N=35)	4,4% (N=3)	0% (N=0)
Autonomie dans l'alimentation	36,8% (N=25)	54,4% (N=37)	8,8% (N=6)	0% (N=0)
Communication et interactions sociales	26,5% (N=18)	47,1% (N=32)	25% (N=17)	1,5% (N=1)
Gestion des tâches administratives	22,1% (N=15)	47,1%(N=32)	29,4% (N=20)	1,5% (N=1)
Gestion des tâches ménagères	30,9% (N=21)	48,5%(N=33)	20,6% (N=14)	0% (N=0)
Apprentissage et application des connaissances	5,9% (N=4)	29,4% (N=20)	58,8% (N=40)	5,9% (N=4)
Restriction de participation	Systématiquement	Souvent	Parfois	Jamais
Vie professionnelle ou scolaire	26,5% (N=18)	42,6% (N=29)	26,5% (N=18)	4,4% (N=3)
Vie familiale	23,5% (N=16)	57,4% (N=39)	19,1% (N=13)	0% (N=0)
Vie sociale	10,3% (N=7)	42,6% (N=29)	39,7% (N=27)	7,4% (N=5)
Facteurs étudiés	Systématiquement	Souvent	Parfois	Jamais
Facteurs environnementaux	44,1% (N=30)	48,5% (N=33)	5,9% (N=4)	1,5% (N=1)
Facteurs personnels	14,7% (N=10)	54,4% (N=37)	27,9% (N=19)	2,9% (N=2)

5. Prise en charge résultante

Après la mise en évidence d'une baisse de l'autonomie, la grande majorité des médecins généralistes déclaraient orienter leurs patients vers des professionnels paramédicaux, notamment des kinésithérapeutes et des orthophonistes, dans 97,1 % des cas (N=66). La mise en place d'aides à domicile était rapportée par 92,6 % des répondants (N=63), tandis qu'une coordination avec les services sociaux ou médico-sociaux était réalisée par 88,2 % d'entre eux (N=60). L'adressage vers un spécialiste (neurologue, médecin en MPR ou autre) constituait une réponse pour 77,9 % des médecins (N=53), et la prescription d'aides techniques ou d'orthèses pour 75 % (N=51). Des solutions complémentaires étaient rapportées par 8,8 % des répondants (N=6), incluant notamment le recours aux associations de patients ou d'aidants, aux équipes d'appui (EAAR), aux infirmiers en pratique avancée, au dispositif d'appui à la coordination (DAC), aux ergothérapeutes du centre d'information et de conseils en aides techniques (CICAT) ou la constitution d'un dossier MDPH.

Concernant la fréquence d'orientation vers les différents intervenants (Tableau V), les kinésithérapeutes étaient les professionnels les plus sollicités, avec un recours systématique ou fréquent dans 97,1 % des cas (51,5 %, N=35 et 45,6 %, N=31). Les infirmiers étaient également largement sollicités, « systématiquement » ou « souvent » dans 83,8 % des cas (35,3 %, N=24 et 48,5 %, N=33). Les assistants sociaux étaient sollicités « systématiquement » ou « souvent » par 51,4 % des médecins (8,8 %, N=6 et 42,6 %, N=29), mais restaient majoritairement sollicités « parfois » (47,1 %, N=32). Les ergothérapeutes étaient la plupart du temps sollicités

« parfois » (51,5 %, N=35), avec une absence d'orientation rapportée dans 16,2 % des cas (N=11). Les psychomotriciens étaient rarement sollicités, 44,1 % des répondants déclarant ne « jamais » y recourir (N=30).

L'absence totale d'orientation vers un intervenant était rare, puisque 80,9 % des médecins déclaraient ne « jamais » se retrouver dans cette situation (N=55). Enfin, 38 % des répondants (N=26) rapportaient l'orientation vers d'autres professionnels, principalement des orthophonistes (13,2 %, N=9), des psychologues (8,8 %, N=6), des EAPA (5,9 %, N=4), des aides-soignants ou auxiliaires de vie à domicile (5,9 %, N=4), des neuropsychologues (1,5 %, N=1), ou encore la coordination de ces interventions via le DAC ou des structures similaires (4,4 %, N=3).

Tableau V : Répartition des différents acteurs sociaux et paramédicaux en fonction de leur fréquence d'adressage par les médecins généralistes de l'étude lorsqu'ils constataient une baisse de l'autonomie de leurs patients neurologiques.

La catégorie "Autres" comprenait les orthophonistes pour 13,2 % (N=9), les psychologues pour 8,8 % (N=6), les EAPA pour 5,88 % (N=4), les aides-soignants à domicile et auxiliaire de vie (via le CCAS, l'AMAD, l'ADMR ou d'autres associations) pour 5,88 % (N=4), les neuropsychologues dans 1,5% (N=1) et enfin la coordination de ces professionnels par le DAC ou d'autres organismes, et ce, dans 4,4% (N=3) des cas.

Intervenants	Fréquence d'adressage			
	Systématiquement	Souvent	Parfois	Jamais
Kinésithérapeute	51,5 % (N=35)	45,6 % (N=31)	2,9 % (N=2)	0 % (N=0)
Ergothérapeute	2,9 % (N=2)	29,4 % (N=20)	51,5 % (N=35)	16,2 % (N=11)
Assistant social	8,8 % (N=6)	42,6 % (N=29)	47,1 % (N=32)	1,5 % (N=1)
Infirmier	35,3 % (N=24)	48,5 % (N=33)	16,2 % (N=11)	0 % (N=0)
Psychomotricien	0 % (N=0)	4,4 % (N=3)	51,5 % (N=35)	44,1 % (N=30)
Autres	4,4 % (N=3)	7,4 % (N=5)	32,4 % (N=22)	55,9 % (N=38)
Aucun	1,5 % (N=1)	2,9 % (N=2)	14,7 % (N=10)	80,9 % (N=55)

6. Freins et leviers d'amélioration de l'évaluation fonctionnelle

Les médecins généralistes ont été interrogés sur les obstacles à une prise en charge optimale des limitations de l'autonomie. Le frein le plus fréquemment rapporté était la complexité des situations cliniques, citée par 50 % des répondants (N=34). Le manque de temps et la difficulté d'accès aux ressources ou aux spécialistes constituaient également des obstacles majeurs, chacun rapporté par 48,5 % des médecins (N=33). Le caractère multidisciplinaire de la

prise en charge était identifié comme un frein par 22,1 % des répondants (N=15). Plus rarement, le manque de formation était cité parmi les principaux obstacles par 10,3 % (N=7), et le manque d'outils adaptés par 2,9 % (N=2). Un répondant soulignait par ailleurs que ces difficultés étaient de l'ordre du "cas par cas".

Les médecins ont ensuite été interrogés sur les ressources susceptibles d'améliorer l'évaluation et la prise en charge de l'autonomie. Le développement de réseaux de coordination avec d'autres professionnels apparaissait comme le principal levier pour 64,7 % des répondants (N=44). Une application numérique ou plateforme d'aide à l'évaluation était jugée pertinente par 45,6 % (N=31), tandis qu'un guide pratique simplifié était validé par 41,2 % (N=28). Enfin, une formation spécifique aux outils d'évaluation (ADL, CIF, etc.) constituait une piste d'amélioration pour 36,8 % des médecins (N=25). D'autres besoins ont été évoqués, notamment l'augmentation des ressources humaines et matérielles, une meilleure disponibilité des spécialistes en rééducation sur l'ensemble du territoire, des consultations conjointes avec des professionnels paramédicaux et le développement de structures locales adaptées.

Enfin, les médecins ont été invités à décrire leurs points forts dans l'évaluation et la prise en charge de l'autonomie. Concernant l'évaluation, ils mettaient en avant la qualité d'écoute, le lien avec les aidants, la régularité du suivi et la possibilité d'aborder l'autonomie lors de consultations répétées, y compris lors de renouvellements de traitement. Les visites à domicile, notamment lorsqu'elles incluaient l'intervention d'ergothérapeutes, étaient également citées comme un atout majeur. L'expérience du suivi de patients

atteints de pathologies neurologiques ou en situation de handicap permettait, selon les répondants, d'identifier plus précocement les fragilités et d'anticiper une perte d'autonomie. Certains soulignaient toutefois l'importance de reconnaître les limites de la médecine générale et de savoir orienter vers des spécialistes (neurologues, médecins en MPR). La réalisation de dossiers administratifs pour recourir à des aides (MDPH, APA, ViaTrajectoire) était décrite comme une opportunité d'aborder de manière approfondie la question de l'autonomie. Enfin, plusieurs médecins rapportaient que la présence d'un assistant médical, d'une infirmière en pratique avancée ou l'inscription dans des réseaux locaux coordonnés (DAC, CLIC, ESP, IDE Azalée, hôpitaux locaux) facilitait une prise en charge pluriprofessionnelle. Un exemple concret de réunions de concertation pluridisciplinaire en présence du patient, de l'aidant et des équipes mobiles intervenant à domicile illustre cette organisation coordonnée.

DISCUSSION

L'objectif de cette étude était d'explorer comment les médecins généralistes évaluent les capacités fonctionnelles des patients atteints de pathologies neurologiques et quelles ressources humaines et techniques ils mobilisent pour la prise en charge de la perte d'autonomie. Les résultats montrent que la majorité des répondants évaluaient l'autonomie de leurs patients de manière systématique ou fréquente, le plus souvent à la demande du patient ou de son entourage. Cette évaluation reposait majoritairement sur l'examen clinique et l'interrogatoire, tandis que les échelles standardisées étaient peu utilisées. Parmi les participants, 82,4 % n'avaient pas connaissance de la CIF, pourtant conçue pour offrir une approche holistique des conséquences d'une maladie.

Malgré cette méconnaissance, l'analyse des pratiques révèle que la plupart des dimensions proposées par la CIF étaient abordées au cours de l'examen clinique, notamment les déficiences motrices, cognitives, comportementales et les limitations dans les activités de la vie quotidienne. Certaines dimensions étaient cependant moins systématiquement évaluées, comme les déficits sensitifs, la spasticité, les mouvements anormaux, les troubles vésico-sphinctériens ou encore les déficits du champ visuel et de la perception.

Lorsqu'une perte d'autonomie était identifiée, les médecins généralistes orientaient majoritairement leurs patients vers des professionnels paramédicaux (kinésithérapeutes, orthophonistes, infirmiers) ou mettaient en place des aides à domicile, montrant une tendance à la mobilisation rapide de ressources locales pour compenser les limitations observées. Les principaux obstacles identifiés à une évaluation et à une prise en charge optimales étaient la complexité des

situations cliniques, le manque de temps et la difficulté d'accès aux ressources et aux spécialistes. À l'inverse, les leviers les plus fréquemment cités pour améliorer ces pratiques étaient la mise en place de réseaux de coordination avec d'autres professionnels et le développement d'outils numériques ou plateformes d'aide à l'évaluation, qui pourraient faciliter l'approche globale de l'autonomie et renforcer la prise en charge pluridisciplinaire.

1. Evaluation de l'autonomie par les médecins généralistes

L'évaluation de l'autonomie des patients atteints de pathologies neurologiques reposait essentiellement sur l'interrogatoire et l'examen clinique, avec seulement 17,6 % des médecins généralistes qui l'effectuaient systématiquement et 58,8 % l'évaluant souvent. Les motifs principaux étaient la demande du patient ou de son entourage, ou encore le remplissage d'un dossier MDPH, ce qui souligne que l'initiative venait souvent du patient plutôt que du médecin. Cette observation met en évidence la nécessité de développer des leviers favorisant l'évaluation proactive de l'autonomie par le médecin généraliste, au-delà de la demande du patient ou des nécessités administratives.

Les médecins généralistes jouent un rôle central dans la coordination des soins et la continuité de la prise en charge. L'évaluation de l'autonomie s'inscrit donc naturellement dans ce rôle, comme le souligne la littérature : les patients en situation de handicap nécessitent l'implication du médecin généraliste dans les démarches administratives et la mise en place d'aides adaptées, ainsi que sa capacité à orienter vers des professionnels paramédicaux et sociaux (14). Le certificat médical MDPH représente un outil structurant qui permet de décrire précisément l'impact du handicap sur la vie quotidienne et de guider les mesures

compensatoires (15). Les cotations associées à certaines consultations (tests cognitifs, suivi post-hospitalisation, consultations ALD ou première demande MDPH) illustrent l'action pratique du médecin généraliste auprès des patients neurologiques (16).

2. Limites de l'évaluation et outils existants

Malgré l'importance de cette mission, très peu de médecins généralistes se servaient des échelles standardisées, et 82,4 % méconnaissaient la CIF, utilisée principalement par les neurologues ou médecins en MPR. L'évaluation se faisait donc de manière empirique, ce qui peut conduire à une sous-estimation de certaines déficiences. La spasticité n'était "jamais" évaluée dans 8,8 % des cas et "parfois" dans 44,1 % ; les troubles sensitifs ne l'étaient "jamais" dans 10,3 % des cas et "parfois" dans 51,5 % ; les mouvements anormaux ne l'étaient "jamais" dans 7,4 % des cas et "parfois" dans 44,1 % ; les troubles vésico-sphinctériens l'étaient "parfois" dans 41,2 % et les déficits visuels n'étaient "jamais" évalués dans 23,5 % et "parfois" dans 52,9 %. Les limitations d'activité et la participation sociale étaient également moins systématiquement évaluées, en particulier les capacités d'apprentissage (« parfois » pour 58,8 %) et la vie sociale (« parfois » pour 39,7 %). Ces capacités renvoient à des ressources cognitives complexes telles que lire, écrire, compter ou résoudre des problèmes. Elles pourraient s'évaluer de manière concrète au quotidien par exemple en demandant au patient s'il peut rendre la monnaie ou établir et suivre une lire de course.

Ces limites s'expliquaient par le caractère chronophage et technique de certaines évaluations, le manque de formation spécifique et la complexité des situations rencontrées. Les freins identifiés incluaient également le manque de temps et les difficultés d'accès aux ressources et spécialistes. Dans ce contexte, la CIF semble peu adaptée à l'usage courant en médecine générale, d'autant plus que les médecins généralistes ont besoin d'outils rapides et directement applicables dans le cadre libéral (17).

Des outils existent néanmoins, mais ils restent peu connus des médecins généralistes. Par exemple, le site HandiConnect propose des ressources pratiques pour guider l'évaluation de l'autonomie et la prise en charge des patients en situation de handicap neurologique. La sensibilisation à ces plateformes et la formation à leur utilisation pourraient représenter un levier important pour standardiser et faciliter l'évaluation (18).

3. Prise en charge des limitations fonctionnelles et recours aux professionnels paramédicaux

Une fois une perte d'autonomie identifiée, les médecins généralistes adressaient principalement leurs patients à des professionnels paramédicaux (kinésithérapeutes, orthophonistes, infirmiers) ou mettaient en place des aides à domicile, en élaborant parfois une coordination avec les services sociaux ou médico-sociaux. L'adressage vers des spécialistes ou la prescription d'aides techniques étaient moins fréquent, probablement en raison d'un manque de connaissances ou d'accès limité.

Les professionnels ergothérapeutes et psychomotriciens étaient peu sollicités, avec 16,2 % des patients «jamais» adressés à un ergothérapeute et 44,1 % «jamais» adressés à un psychomotricien. En effet, le recours aux ergothérapeutes et aux psychomotriciens par les médecins généralistes reste limité, du fait de leur faible disponibilité territoriale, en lien avec un exercice libéral peu développé et l'absence de remboursement des leurs actes. Cela peut être amené à se modifier au vu des politiques axées sur le virage ambulatoire et la mise en application récente (décembre 2025) d'une mesure concernant les modalités de prescription de véhicules pour personnes handicapées (VPH) qui implique une évaluation et une prescription par les ergothérapeutes directement plutôt que par les médecins généralistes. Cette évolution réglementaire souligne l'importance de mieux articuler le recours à certains professionnels paramédicaux et met en avant leur expertise (19).

La pluridisciplinarité reste un levier majeur pour améliorer la prise en charge concernant l'autonomie. Les MSP, les EAAR, les ESP CLAP, les CLIC et les CICAT offrent un soutien organisationnel et technique précieux pour l'optimisation des aides, la sécurité du domicile et l'accompagnement psychosocial du patient (20–23). Le DAC constitue un interlocuteur unique pour coordonner ces ressources multiples et complexes (24). Ces dispositifs démontrent que malgré la multiplicité des intervenants, le lien direct avec le patient demeure central, et que l'écoute, l'empathie et le suivi régulier sont des éléments essentiels pour le succès de la prise en charge.

De plus, il aurait été pertinent d'explorer de manière plus approfondie la place de l'activité physique chez les patients atteints de pathologies

neurologiques chroniques, ainsi que les modalités mises en œuvre pour en favoriser la pratique. Certains médecins généralistes ont mentionné orienter leurs patients vers des enseignants en activité physique adaptée (EAPA). Toutefois, l'étude n'a pas permis de déterminer si une prescription d'activité physique était effectivement proposée, ni si les patients bénéficiaient d'un accompagnement spécifique de la part de leur médecin généraliste pour la mise en place ou le maintien de cette activité. Or, l'activité physique constitue un levier majeur de prévention et de prise en charge dans les pathologies chroniques, et s'inscrit dans les axes stratégiques de santé publique depuis la loi autorisant les médecins à prescrire de l'activité physique adaptée (25). Par ailleurs, de nombreux dispositifs territoriaux ont été développés afin de faciliter l'accès à cette prise en charge, notamment le site Onyva.fr porté par l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire, ainsi que les centres de ressources « sport-santé » présents dans certaines communes (26,27). L'intégration de ces éléments dans le questionnaire aurait permis d'affiner l'analyse des pratiques des médecins généralistes et d'identifier plus précisément les leviers d'amélioration dans la promotion de l'activité physique chez les patients neurologiques.

4. Articulation avec les services d'insertion professionnelle et maintien dans l'emploi

La participation sociale et professionnelle des patients neurologiques constitue un aspect crucial de l'autonomie. Cependant, notre étude montre que la vie professionnelle et scolaire était moins systématiquement évaluée. En revanche, l'adressage vers les services d'insertion ou de maintien dans l'emploi, comme la médecine du travail, la SAMSAH, l'UEROS ou Cap emploi, n'avaient

pas été questionné (28–30). Ces dispositifs sont pourtant essentiels pour favoriser l'inclusion sociale et professionnelle, et leur meilleure articulation avec les pratiques des médecins généralistes devrait être encouragée.

5. Apport de l'étude

Cette étude aborde une problématique actuelle et pertinente de santé publique, en s'intéressant à l'évaluation des capacités fonctionnelles des patients atteints de pathologies neurologiques chroniques en soins primaires. Elle met en lumière le rôle central du médecin généraliste dans l'identification des limitations fonctionnelles et la coordination de la prise en charge, un champ encore peu documenté. L'appui sur les composantes de la CIF permet une approche globale et multidimensionnelle du fonctionnement des patients, en adéquation avec le modèle biopsychosocial. Le recueil de données auprès de médecins généralistes exerçant sur l'ensemble du territoire des Pays de la Loire reflète une diversité de pratiques et renforce la pertinence régionale des résultats. Enfin, l'identification des freins et leviers perçus par les médecins généralistes ouvre des perspectives concrètes d'amélioration des pratiques en soins primaires.

6. Limites et perspectives

Les principaux points faibles de l'étude sont le nombre limité de réponses, la couverture incomplète de certaines dimensions sociales (vie professionnelle, loisirs, activités physiques adaptées), et la précision insuffisante de certaines questions (mobilité hors du domicile, fréquence de recours aux professionnels

paramédicaux). Ces limites pourraient être corrigées dans de futures études pour affiner la connaissance des pratiques et des besoins des médecins généralistes.

CONCLUSION

Cette étude montre que les médecins généralistes de la région Pays de la Loire évaluaient l'autonomie de leurs patients neurologiques principalement par l'interrogatoire et l'examen clinique, avec une sous-estimation probable des déficits sensitifs, de la spasticité, des limitations du champ visuel, des mouvements anormaux et des troubles vésico-sphinctériens. Les limitations d'activité et la participation sociale, notamment la vie professionnelle, étaient moins systématiquement abordées.

La prise en charge reposait sur l'adressage auprès de professionnels paramédicaux, la mise en place d'aides à domicile et la coordination avec les services sociaux. L'accès aux spécialistes et aux aides techniques restait limité, mais des évolutions récentes, comme la prescription de VPH par les ergothérapeutes, pourraient renforcer le recours aux évaluations pluridisciplinaires. Les principaux freins identifiés étaient la complexité des situations, le manque de temps et l'accès difficile aux ressources. Les leviers incluaient la mise en place de réseaux de coordination et le développement d'outils numériques d'aide à l'évaluation, tels que HandiConnect.

Enfin, l'articulation avec les services d'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi ainsi que la prescription d'activité physique apparaît essentielle pour favoriser la participation sociale des patients neurologiques. Ces

éléments suggèrent l'intérêt de développer une échelle standardisée, simplifiée et globale, adaptable à toutes les pathologies neurologiques, capable de guider la prise en charge et l'orientation vers les ressources adéquates, et de soutenir la participation active des patients dans leur vie quotidienne et sociale.

BIBLIOGRAPHIE

1. LES BÉNÉFICIAIRES DU DISPOSITIF DES AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE EN 2022 ET ÉVOLUTIONS DEPUIS 2005. Disponible sur: https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2024-07_beneficiaires-ald_points-de-repere-54_assurance-maladie.pdf
2. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. Disponible sur: https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2025/HS/2025_HS_3.html
3. fiche HAS SEP [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-04/fiche_aps_sclerose_en_plaques.pdf
4. Walton CC, Shine JM, Hall JM, O'Callaghan C, Mowszowski L, Gilat M, et al. The major impact of freezing of gait on quality of life in Parkinson's disease. *J Neurol.* 1 janv 2015;262(1):108-15.
5. AVC-Lapremière cause de handicap acquis chez l'adulte-INSERN. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/accident-vasculaire-cerebral-avc/>
6. Sclérose en plaques et pelvipérinéologie : troubles vésico-sphinctériens, sexuels et maternité, M. de Sèze, X. Gamé, Progrès en Urologie, . :« Sclérose en plaques et pelvipérinéologie : troubles vésico-sphinctériens, sexuels et maternité, M. de Sèze, X. Gamé, Progrès en Urologie », s.d. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1166708714000669>.
7. Post-stroke Spasticity: A Review of Epidemiology, Pathophysiology, and Treatments. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/325872972_Post-stroke_Spasticity_A_Review_of_Epidemiology_Pathophysiology_and_Treatments
8. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) [Internet]. Disponible sur: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>
9. Introduction à la CIF, Centre académique de médecine générale de Bruxelles. Disponible sur: https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/202290/3/Jamouille_cif_intro_critique%20%281%29.pdf
10. ICF e-Learning Tool_French_20220501 [Internet]. Disponible sur: https://www.icf-elearning.com/wp-content/uploads/articulate_uploads/ICF%20e-Learning%20Tool_French_20220501%20-%20Storyline%20output/story_html5.html

11. La santé pour tous: L'accès au médecin généraliste pour les personnes handicapées, Ecole des hautes études en Santé Publique. Disponible sur: https://documentation.ehesp.fr/memoires/2014/mip/groupe_14.pdf
12. ORS - demographie Med ge en pays de la loire 2022.
13. Questionnaire intégral de la CIF [Internet]. Disponible sur: https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2020/04/Checklist_CIF_vf.pdf
14. Ressenti des patients en situation de handicap moteur sur leur prise en charge en cabinet de médecine générale. Cairn Info [Internet]. Disponible sur: <https://stm.cairn.info/revue-medecine-2025-02-page-85?lang=fr>
15. RESSENTI DES MEDECINS GENERALISTES CONCERNANT LE CERTIFICAT MEDICAL MDPH. Disponible sur: [file:///C:/Users/apode/OneDrive/Documents/Cours%20Medecine/Internat/Rendu%20d'%C3%A9crits%20fac/THESE/Desbonnets%20Camille.%20Th%C3%A8se%20d'exercice.%20M%C3%A9decine%20g%C3%A9n%C3%A9rale%20\(UPJV\).pdf](file:///C:/Users/apode/OneDrive/Documents/Cours%20Medecine/Internat/Rendu%20d'%C3%A9crits%20fac/THESE/Desbonnets%20Camille.%20Th%C3%A8se%20d'exercice.%20M%C3%A9decine%20g%C3%A9n%C3%A9rale%20(UPJV).pdf)
16. Cotation - OMNIPrat [Internet]. Disponible sur: <https://omniprat.org/cotation/>
17. Le handicap dans la formation médicale : Comment les jeunes médecins généralistes alsaciens appréhendent-ils la prise en charge médico-sociale du handicap à l'issue de leur formation médicale ?
18. HandiConnect. HandiConnect.fr - Accueillir des patients en situation de handicap [Internet]. Disponible sur: <https://handiconnect.fr/>
19. Arrêté du 6 février 2025 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge des véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH) aux titres I et IV de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale - Légifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000051141909>
20. Les Capucins Angers [Internet]. Équipe d'Appui en Adaptation et Réadaptation (EAAR). Disponible sur: <https://les-capucins-angers.fr/appui-aux-activites-du-territoire/ear/>
21. ESP CLAP [Internet]. Accueil - ESP CLAP, Equipes de Soins Primaires en Pays de la Loire. Disponible sur: <https://www.esp-clap.org/>
22. Loire-atlantique.fr [Internet]. Les Clic : des lieux d'info pour les personnes âgées et leur entourage. Disponible sur: https://www.loire-atlantique.fr/44/seniors-personnes-agees/les-clic-des-lieux-d-info-pour-les-personnes-agees-et-leur-entourage/c_1273553
23. Cicat | Mon Parcours Handicap [Internet]. Disponible sur: <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/principaux-interlocuteurs/les-centres-dinformation-et-de-conseil-en-aides-techniques>

24. Les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) [Internet]. 2025. Disponible sur: <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/les-dispositifs-dappui-la-coordination-dac>
25. Isabelle LP. La prescription d'activité physique adaptée (APA). Synthèse HAS
26. On y va! Prescription d'activité physique en Pays de la Loire [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://onyva-paysdelaloire.fr/>
27. Les Maisons Sport-Santé [Internet]. Pôle Ressources National Sport Santé. Disponible sur: https://pole-sante.creps-vichy.sports.gouv.fr/?page_id=13012
28. SAMSAH (Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés) : définition | Mon Parcours Handicap [Internet]. Disponible sur: <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/glossaire/samsah>
29. UEROS (Unité expérimentale d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle) : définition | Mon Parcours Handicap [Internet]. Disponible sur: <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/glossaire/ueros>
30. Cap emploi national : Présentation du réseau des Cap emploi [Internet]. 1632928020. Disponible sur: <https://www.capemploi.info/qui-sommes-nous/presentation-du-reseau-des-cap-emploi.html>

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des répondants par sexe.....	11
Figure 2 : Répartition des répondants en fonction de l'âge.....	12
Figure 3 : Répartition des répondants en fonction de leurs années d'expérience	13
Figure 4 : Répartition des répondants en fonction de leur département d'exercice	14
Figure 5 : Répartition des répondants en fonction de leur milieu d'exercice ...	15
Figure 6 : Répartition des répondants en fonction de leur mode d'exercice....	16
Figure 7 : Répartition des répondants en fonction de leur fréquence d'évaluation de l'autonomie	19
Figure 8 : Répartition des répondants en fonction des méthodes d'évaluation de l'autonomie	20

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des pathologies neurologiques chroniques considérées comme fréquemment rencontrées par les médecins généralistes de l'étude...	17
Tableau II : Répartition des répondants en fonction du nombre de patients neurologiques vus dans le mois.....	18
Tableau III : Répartition des échelles d'évaluation en fonction de leur fréquence d'utilisation.	21
Tableau IV : Répartition des différents items d'évaluation constituant la CIF selon leur fréquence d'évaluation par les répondants	23
Tableau V : Répartition des différents acteurs sociaux et paramédicaux en fonction de leur fréquence d'adressage par les répondants.....	26

TABLE DES MATIÈRES

SERMENT D'HIPPOCRATE	
INTRODUCTION.....	2
MÉTHODES	7
RÉSULTATS.....	11
1. Caractéristiques de la population étudiée.....	11
2. Caractéristiques de la patientèle de la population étudiée.....	16
3. Evaluation de l'autonomie	18
4. Connaissance et utilisation de la CIF	22
5. Prise en charge résultante.....	24
6. Freins et leviers d'amélioration de l'évaluation fonctionnelle ...	26
DISCUSSION	29
1. Evaluation de l'autonomie par les médecins généralistes	30
2. Limites de l'évaluation et outils existants.....	31
3. Prise en charge des limitations fonctionnelles et recours aux professionnels paramédicaux.....	32
4. Articulation avec les services d'insertion professionnelle et maintien dans l'emploi	34
5. Apport de l'étude.....	34
6. Limites et perspectives.....	35
BIBLIOGRAPHIE.....	37
LISTE DES FIGURES.....	40
LISTE DES TABLEAUX.....	41
TABLE DES MATIÈRES.....	42
ANNEXES	I

ANNEXES

QUESTIONNAIRE :

Bonjour,

Je suis interne en médecine générale et dans le cadre de ma thèse, dirigée avec le Docteur Pauline ALI, Cheffe de clinique en médecine physique et réadaptation, nous vous adressons ce questionnaire afin de réaliser un état des lieux de l'évaluation de l'autonomie des patients adultes atteints de pathologies neurologiques, par leur médecin généraliste.

L'autonomie est définie comme la capacité d'une personne à réaliser par elle-même les activités de la vie quotidienne, en fonction de ses capacités physiques et mentales.

Le questionnaire suivant permet de relever les différents éléments que vous évaluez lors du suivi de vos patients atteints de pathologies neurologiques, d'évaluer votre connaissance/application de la Classification internationale du fonctionnement (outil de référence de l'évaluation du handicap créé par l'OMS en 2001) et d'identifier quelle stratégie de prise en charge découle de votre évaluation.

Ce questionnaire nécessite environ 7 minutes pour y répondre.

Nous vous remercions du temps que vous prendrez pour répondre à ce questionnaire.

Partie 1: Données démographiques des médecins généralistes

1- Sexe :

- Homme
- Femme

2-Âge :

- Moins de 30 ans
- 30-39 ans
- 40-49 ans
- 50-59 ans
- 60 ans et plus

3-Années d'expérience professionnelle : (à compter depuis la fin de votre internat)

- Moins de 5 ans
- 5-10 ans
- 11-20 ans
- Plus de 20 ans

4-Lieu d'exercice:

- Maine et Loire
- Mayenne
- Sarthe
- Vendée
- Loire-Atlantique

5-Lieu d'exercice

- Rural (< 10 000 habitants)
- Semi-rural (10 000-50 000 habitants)
- Urbain (> 50 000 habitants)

6-Lieu d'exercice

- Cabinet individuel
- Cabinet de groupe (> ou = à 2 médecins)
- Maison de Santé pluriprofessionnelle
- Secteur hospitalier
- Autre

Partie 2: Données sur la patientèle

7-Quels types de pathologies neurologiques chroniques rencontrez-vous le plus fréquemment chez vos patients adultes (>16 ans) ? (plusieurs réponses possibles)

- AVC
- Lésion médullaire
- Sclérose en plaques
- Maladie de Parkinson
- Démences
- traumatisme crânien

- tumeur cérébrale
- Autres (précisez): _____

8-Lors du dernier mois, combien, environ, avez-vous vu en consultation de patients atteints de pathologies neurologiques dans votre cabinet ou dans une autre structure ? _____

Partie 3: Évaluation de l'autonomie:

9-A quelle fréquence évaluez-vous l'autonomie de vos patients atteints de pathologies neurologiques chroniques ?

- Systématiquement
- Souvent
- Parfois
- Jamais

10- Quels sont les deux principaux motifs qui vous incitent à évaluer le pronostic fonctionnel de vos patients atteints de pathologies neurologiques?

- A la demande du patient/ des aidants qui a constaté une baisse de l'autonomie
- A la demande du patient/ des aidants pour la réalisation d'un dossier MDPH
- A la demande du patient/ des aidants pour une demande Via Trajectoire
- A la demande du patient/ des aidants pour l'initiation ou la prolongation d'un arrêt de travail
- A la demande d'un autre professionnel
- Autres motifs: _____

11-Utilisez-vous une méthode spécifique pour évaluer l'autonomie de vos patients atteints de pathologies neurologiques chroniques ?

- Examen clinique et Interrogatoire uniquement
- Échelles standardisées
- Autres (précisez) : _____
- Aucune (vous n'utilisez pas la même à chaque fois)

12- Utilisez-vous l'un des outils suivants pour évaluer l'autonomie fonctionnelle? (plusieurs réponses possibles)

- Échelle d'activités de la vie quotidienne (ADL)
- CIF (Classification Internationale du Fonctionnement)

- Index de Barthel
- Echelle de Rankin modifié
- Autres (précisez) : _____
- Aucun

13- Si vous remplissez des dossiers MDPH (aussi bien des premières demandes que des renouvellements) pour vos patients atteints de pathologies neurologiques, combien en remplissez-vous par mois? _____

Partie 4: Connaissance et utilisation de la Classification Internationale Fonctionnelle (CIF)

14-Connaissez-vous la Classification Internationale Fonctionnelle (CIF) ?

- Oui
- Non

15- Avez-vous déjà utilisé la CIF pour évaluer l'autonomie de vos patients ?

- oui
- non

En se basant sur la CIF, nous allons reprendre les différents items qui la composent et ainsi évaluer, quels éléments sont abordés par les médecins généralistes (qu'ils connaissent ou non cette échelle) :

-Concernant les déficiences de vos patients atteints de pathologies neurologiques:

16-Évaluez-vous les déficiences motrices (hémiplégie, parésie, tétraparésie)

- Systématiquement
- Souvent
- Parfois
- Jamais

17-Évaluez-vous la spasticité

- Systématiquement
- Souvent
- Parfois
- Jamais

18-Évaluez-vous les troubles sensitifs (hypoesthésie, dysesthésie, hypopallesthésie, la proprioception)

- Systématiquement
- Souvent
- Parfois
- Jamais

19-Évaluez-vous les mouvements anormaux (tremblements, chorée, dystonie, myoclonies)

- Systématiquement
- Souvent
- Parfois
- Jamais

20-Évaluez-vous les douleurs (nociceptives, neuropathiques)

- Systématiquement
- Souvent
- Parfois
- Jamais

21-Évaluez-vous les troubles cognitifs (la mémoire, les fonctions exécutives, la négligence)

- Systématiquement
- Souvent
- Parfois
- Jamais

22-Évaluez-vous les troubles du langage et de la sphère ORL (aphasie d'expression, de compréhension, dysarthrie, dysphagie)

- Systématiquement
- Souvent
- Parfois
- Jamais

23-Évaluez-vous les troubles du comportement (apathie / perte d'initiative, désinhibition / comportements inappropriés)

- Systématiquement
- Souvent
- Parfois

- Jamais

24-Évaluez-vous les troubles vésico-sphinctériens, anorectaux et génitosexuels (incontinence urinaire, rétention urinaire, incontinence fécale, dysfonction sexuelle)

- Systématiquement
- Souvent
- Parfois
- Jamais

25-Évaluez-vous les troubles du champ visuel et de la perception (hémianopsie latérale homonyme, diplopie, agnosie visuelle)

- Systématiquement
- Souvent
- Parfois
- Jamais

-Concernant les limitations d'activité et les restrictions de participation de vos patients atteints de pathologies neurologiques:

26-Évaluez-vous l'autonomie dans les déplacements (se lever d'un fauteuil/du lit, évaluation de la marche, monter ou descendre les escaliers)

- Systématiquement
- Souvent
- Parfois
- Jamais

27-Évaluez-vous la mobilité (possibilité de se déplacer hors du domicile, capacité à utiliser les transports, la voiture)

- Systématiquement
- Souvent
- Parfois
- Jamais

28-Évaluez-vous l'autonomie dans les soins personnels (capacité à se laver, s'habiller, assurer la continence urinaire et fécale)

- Systématiquement
- Souvent
- Parfois

- Jamais

29-Évaluez-vous l'autonomie dans l'alimentation (assurer les courses, élaboration et confection d'un repas, prise des repas avec ou sans aides)

- Systématiquement
- Souvent
- Parfois
- Jamais

30-Évaluez-vous la communication et les interactions sociales (difficulté à parler et se faire comprendre, difficulté à suivre une conversation, isolement social progressif)

- Systématiquement
- Souvent
- Parfois
- Jamais

31-Évaluez-vous la gestion des tâches administratives (gestion des finances et des tâches administratives)?

- Systématiquement
- Souvent
- Parfois
- Jamais

32-Évaluez-vous la gestion des tâches ménagères (faire le ménage, la vaisselle, l'entretien du domicile)

- Systématiquement
- Souvent
- Parfois
- Jamais

33-Évaluez-vous les capacités d'apprentissages et d'application des connaissances (regarder, écouter, lire, écrire, calculer, résoudre des problèmes)

- Systématiquement
- Souvent
- Parfois
- Jamais

34-Évaluez-vous l'impact de la maladie sur la vie professionnelle ou scolaire (difficulté ou incapacité à travailler, adaptation du poste de travail nécessaire, arrêt de l'activité professionnelle)

- Systématiquement
- Souvent
- Parfois
- Jamais

35-Évaluez-vous l'impact de la maladie sur la vie familiale (relations familiales, aidant)

- Systématiquement
- Souvent
- Parfois
- Jamais

36-Évaluez-vous l'impact de la maladie sur la vie sociale (loisirs, religion, citoyenneté)

- Systématiquement
- Souvent
- Parfois
- Jamais

-Concernant les facteurs contextuels (facilitateurs ou obstacles):

37- Évaluez-vous les facteurs environnementaux (présence d'un aidant principal, adaptation du domicile, accès aux aides techniques et aides humaines)

- Systématiquement
- Souvent
- Parfois
- Jamais

38- Évaluez-vous les facteurs personnels (acceptation du handicap, éducation et compréhension de la maladie, stratégies d'adaptation, conséquences psychologiques)

- Systématiquement
- Souvent

- Parfois
- Jamais

Partie 5: Prise en charge résultante

39-Quelle peut-être votre prise en charge, en fonction du niveau d'autonomie évalué ?

- Adressage vers un spécialiste (neurologue, médecin rééducateur, etc...)
- Prescription d'aides techniques ou orthèses
- Coordination avec des services sociaux ou médico-sociaux
- Mise en place d'aides à domicile
- Prise en charge paramédicale (kinésithérapie, orthophonie, ...)
- Autres (précisez) : _____

40- Quels professionnels paramédicaux sollicitez-vous dans le cadre d'une limitation fonctionnelle? Pour chaque profession: systématiquement, souvent, parfois, jamais

- Kinésithérapeutes
- Ergothérapeutes
- Assistants sociaux
- Infirmiers
- Psychomotriciens
- Autres (précisez) : _____
- Aucun

Partie 6: Freins et leviers d'amélioration de l'évaluation fonctionnelle:

41- Selon vous, quels sont les deux principaux obstacles à une prise en charge optimale des limitations de l'autonomie ?

- Manque de temps
- Difficulté d'accès aux ressources ou spécialistes
- Manque de formation sur les pathologies neurologiques chroniques
- Manque d'outils adaptés
- Complexité des situations cliniques
- Le caractère multidisciplinaire de la prise en charge
- Autres (précisez) : _____

42- Quelles seraient, selon vous, les deux principales ressources ou formations qui faciliteraient l'évaluation et la prise en charge de l'autonomie ?

- Formation sur les outils d'évaluation (ADL, CIF, etc.)
- Guide pratique simplifié
- Application numérique ou plateforme d'aide à l'évaluation
- Réseau de coordination avec d'autres professionnels
- Autres(précisez): _____

43-Quels sont, selon vous, les points forts de votre pratique dans l'évaluation et la prise en charge de l'autonomie ?_____

Merci d'avoir répondu à notre questionnaire!

BUDAN de RUSSE Apolline

EVALUATION DES CAPACITES FONCTIONNELLES DES PATIENTS ATTEINTS DE PATHOLOGIES NEUROLOGIQUES CHRONIQUES

RÉSUMÉ

Introduction:

La prise en charge des pathologies neurologiques chroniques de l'adulte constitue un enjeu majeur de santé publique en France, en raison de leur prévalence croissante et de leurs répercussions fonctionnelles sur l'autonomie des patients. Le médecin généraliste, est souvent le premier maillon de la chaîne qui peut identifier un retentissement de la pathologie neurologique sur l'autonomie et réagir afin de compenser ou de limiter ce handicap. Des outils permettant une évaluation standardisée du handicap telle que la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF), ont été développées mais sont peu utilisées.

Cette étude avait pour objectif principal d'analyser les modalités d'évaluation des capacités fonctionnelles des patients adultes atteints de pathologies neurologiques chroniques par les médecins généralistes des Pays de la Loire. Les objectifs secondaires étaient d'explorer les modalités de prise en charge consécutives à l'identification d'une limitation fonctionnelle, ainsi que les freins et leviers à une évaluation et une prise en charge optimales.

Méthode:

Il s'agit d'une étude prospective observationnelle quantitative et descriptive. Un questionnaire standardisé en ligne a été adressé aux médecins généralistes des Pays de la Loire. Ce questionnaire reprenait les principales composantes évaluant les capacités fonctionnelles telles que décrites par la CIF.

Résultats:

68 réponses complètes ont été recueillies. Les médecins généralistes évaluaient l'autonomie de leur patient en se basant sur l'interrogatoire et l'examen clinique. Ainsi, les principales déficiences engendrées par les pathologies neurologiques étaient recherchées hormis les déficits sensitifs, la spasticité, les limitations du champ visuel, les mouvements anormaux et les troubles vésico-sphinctériens. En ce qui concerne les limitations d'activité, les capacités d'apprentissage et d'application des connaissances étaient peu évaluées, ainsi que l'impact sur la vie sociale.

Lorsqu'une perte d'autonomie était identifiée, les médecins orientaient principalement les patients vers des professionnels paramédicaux (kinésithérapeutes, orthophonistes, infirmiers, psychologues) et mettaient en place des aides humaines. Les principaux freins identifiés étaient la complexité des situations cliniques, le manque de temps en consultation et les difficultés d'accès aux ressources et aux spécialistes. Les leviers proposés incluaient le renforcement des réseaux de coordination interprofessionnelle et la mise à disposition d'outils simples d'aide à l'évaluation fonctionnelle.

Conclusion:

Cette étude met en évidence une évaluation essentiellement clinique et non standardisée des capacités fonctionnelles par les médecins généralistes en ambulatoire. Le développement d'outils d'évaluation simples, notamment informatisés, pourrait améliorer l'identification du handicap et optimiser la prise en charge des patients atteints de pathologies neurologiques chroniques en soins primaires.

Mots-clés : Pathologies neurologiques chroniques, Capacités fonctionnelles, Evaluation, Médecin généraliste

EVALUATION OF FUNCTIONAL CAPACITY IN PATIENTS WITH CHRONIC NEUROLOGICAL DISEASES

ABSTRACT

Introduction :

The management of chronic neurological disorders in adults represents a major public health issue in France, due to their increasing prevalence and their functional impact on patients' autonomy. General practitioners are often the first link in the care pathway to identify the functional consequences of neurological conditions and to intervene in order to compensate for or limit disability. Standardized tools for disability assessment, such as the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), have been developed but remain underused in routine practice.

The primary objective of this study was to analyze how general practitioners in the Pays de la Loire region assess the functional abilities of adult patients with chronic neurological disorders. Secondary objectives were to explore the management strategies implemented following the identification of functional limitations, as well as the barriers and facilitators to optimal assessment and management.

Methods :

This was a prospective, observational, quantitative and descriptive study. An online standardized questionnaire was sent to general practitioners practicing in the Pays de la Loire region. The questionnaire covered the main components of functional capacity as described in the ICF.

Results :

A total of 68 complete responses were collected. General practitioners assessed patients' autonomy mainly through clinical history-taking and physical examination. Most neurological impairments were explored, except for sensory deficits, spasticity, visual field impairments, abnormal movements, and bladder and bowel disorders, which were less frequently assessed.

Regarding activity limitations, learning abilities and the application of knowledge were infrequently evaluated, as was the impact of neurological disorders on social participation. When loss of autonomy was identified, general practitioners primarily referred patients to allied health professionals (physiotherapists, speech and language therapists, nurses, psychologists) and implemented human support measures. The main barriers identified were the complexity of clinical situations, lack of consultation time, and difficulties in accessing resources and specialist care. Proposed facilitators included strengthening interprofessional care coordination networks and providing simple tools to support functional assessment.

Conclusion :

This study highlights that functional ability assessment by general practitioners in ambulatory care is predominantly clinical and non-standardized. The development of simple assessment tools, particularly digital ones, could improve the identification of disability and optimize the management of patients with chronic neurological disorders in primary care.



**FACULTÉ
DE SANTÉ**

UNIVERSITÉ D'ANGERS

Keywords : Chronic Neurological Diseases, Functional Capacity, Evaluation, General practitioner