

**THÈSE**  
pour le  
**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**  
Qualification en **MEDECINE GENERALE**

**État des lieux des pratiques des  
médecins généralistes des  
Hauts-de-France face aux  
complications de l'accident  
vasculaire cérébral**

**NEUILLET JérémY**

Né le 25/12/1995 à Compiègne (60)

Sous la direction du Docteur Vincent BARBIER

Membres du jury

Professeur Philippe CODRON | Président

Docteur Vincent BARBIER | Directeur

Docteur Gaëlle TEXIER-LEGENDRE | Membre



Soutenue publiquement le :  
13 mai 2026



# ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

Je, soussigné Jérémy NEUILLET déclare être pleinement conscient 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 le 06/04/2026

# Charte d'utilisation de l'IA générative

Je soussigné Jérémy NEUILLET

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 06/04/2026

Signature



## SERMENT D'HIPPOCRATE

*« Au moment d'être admis(e) 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.*

*Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu (e) 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 déshonoré (e) et méprisé(e) si j'y manque ».*



**FACULTÉ  
DE SANTÉ**

UNIVERSITÉ D'ANGERS

## LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

**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
DINOMAIS 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
HUNAUULT-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



# FACULTÉ DE SANTÉ

UNIVERSITÉ D'ANGERS

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 Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAI Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGRAND 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-VENEREOLOGIE	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



# FACULTÉ DE SANTÉ

UNIVERSITÉ D'ANGERS

## 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 MEDICALE	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 Hélène	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



# FACULTÉ DE SANTÉ

UNIVERSITÉ D'ANGERS

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-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

## AUTRES ENSEIGNANTS

<b>ATER</b>		
BARAKAT Fatima	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
ATCHADE Constantin	GALENIQUE	Pharmacie
<b>ECER</b>		
HASAN Mahmoud	GALENIQUE	Pharmacie
<b>PRCE</b>		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
COYNE Ashley	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	Santé
<b>PAST-MAST</b>		
AUBRUCHET Hélène	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 Giordina	NEPHROLOGIE	Médecine
POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
TORREGGIANI Massimo	NEPHROLOGIE	Médecine
<b>PLP</b>		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine
<b>AHU</b>		
ROBIN Julien	DISPOSITIFS MEDICAUX	Pharmacie

# REMERCIEMENTS

**À Monsieur le Professeur Philippe CODRON,**

*Je vous remercie de me faire l'honneur de présider le jury de cette thèse, et vous témoigne ma respectueuse reconnaissance.*

**À Monsieur le Docteur Vincent BARBIER,**

*Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse et de m'avoir accompagné tout au long de ce travail. Ton investissement dans l'encadrement universitaire est précieux et remarquable.*

*En un an, j'ai beaucoup appris à tes côtés dans une spécialité qui m'était jusqu'alors inconnue. Ton goût du partage, ton travail constant et ta volonté de toujours progresser sont pour moi une véritable source d'inspiration. J'ai hâte de poursuivre ce compagnonnage à travers de futurs projets communs.*

**À Madame le Docteur Gaëlle TEXIER-LEGENDRE,**

*Merci de me faire l'honneur d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse.*

*Mon stage de SASPAS à vos côtés m'a beaucoup apporté, tant sur le plan humain que professionnel.*

*Vos conseils et votre bienveillance m'ont permis de gagner en rigueur et en confiance dans ma pratique.*

**Aux médecins généralistes des Hauts-de-France,**

*Merci à celles et ceux qui se sont intéressés à ce sujet et qui ont pris le temps de répondre au questionnaire, rendant ce travail possible.*

**Aux médecins ayant participé à ma formation,**

*Merci pour vos précieux conseils, qui m'ont permis de me construire professionnellement.*

**À François,**

*Merci pour toutes les connaissances et conseils que tu m'as transmis, ainsi que ta passion pour la médecine du sport.*

**À Marina,**

*Merci de m'avoir accueilli dans l'équipe, c'est un bonheur de travailler avec toi. À nos futurs projets communs et à nos restos à la Petite Italie.*

**À tous les co-internes que j'ai eu la chance de rencontrer et qui se reconnaîtront,**

*Merci pour votre esprit d'équipe, votre solidarité et l'ensemble des moments partagés. Les échanges, l'entraide et les rires du quotidien ont permis d'alléger nos journées parfois bien chargées.*

**À mes parents,**

*Merci pour tout. Merci d'avoir tout fait pour me donner les clés pour y arriver, et d'avoir toujours cru en moi. Merci pour votre soutien infaillible depuis le début de mes études...des nombreux aller-retour sur Amiens, des bons petits plats préparés, des week-end détente à la maison. Je n'aurais jamais pu y arriver sans vous et c'est aussi votre réussite. J'ai hâte de partager encore tant de choses à vos côtés. Je vous aime fort.*

**À mon frère,**

*Que je suis fier de l'homme que tu es devenu. Tu seras bientôt diplômé, toi aussi, et c'est tellement mérité. J'ai hâte de te voir évoluer et tu sais que je serai toujours présent pour toi. Ne change rien, mon tooty.*

**À mes grands-parents,**

*Merci pour tout ce que vous m'avez apporté. Que de bons souvenirs à Crépy à vos côtés : les soirées jeux de société quand Papy ne voulait jamais jouer, les balades en forêt, les bons produits du jardin... Merci d'être les grands-parents parfaits que vous êtes.*

**À ma tante,**

*Merci pour ta bonne humeur à toute épreuve. Tu m'as transmis ta passion des voyages, et j'ai hâte d'entendre encore toutes tes folles histoires.*

# REMERCIEMENTS

## **À Camille,**

*Mon amour, merci pour ton soutien tout au long de ce travail, mais surtout pour tout ce que tu m'apportes au quotidien. L'internat séparé n'a fait que renforcer nos liens, et je me rends compte de la chance que j'ai de vivre maintenant à tes côtés. Avec toi, tout paraît plus simple, tu sais toujours m'apaiser et trouver les mots justes. Tellement de beaux projets nous attendent, et j'ai hâte de tout construire à deux. Je t'aime, mon chat.*

## **À Chantal et Jean-Marie,**

*Vous m'avez accueilli comme un membre de votre famille dès le début. Je garde encore tellement de bons souvenirs de notre voyage ensemble. Aux prochains qui suivront et à tous les autres bons moments à venir.*

## **À Ben,**

*Difficile de résumer en quelques mots dix ans d'amitié. On a tout vécu ensemble, et on s'est vus grandir mutuellement. Tu es l'ami sur qui je peux compter, et j'espère ne jamais perdre cette belle amitié.*

## **À Lucas,**

*Que dire, mon Luc, à part merci d'être comme tu es. Tu es probablement le mec qui me fait le plus rire et je ne compte plus les fous rires ensemble. Prem' deg, ti es un tigre.*

## **À Amé,**

*On en a vécu des choses depuis les DST au lycée... et pourtant, dans un sens, rien n'a changé. Merci d'être comme tu es, et d'avoir toujours été là pour moi. J'ai hâte de poursuivre nos aventures ensemble, surtout avec ton sac à dos de « corress allemande ».*

## **À PL,**

*Tu n'as pas seulement les pieds des hobbits, mais aussi leur grand cœur (je sais que tu n'auras probablement pas la réf). Discuter avec toi est toujours enrichissant, surtout quand c'est entremêlé de blagues absurdes que toi seul comprends.*

## **À Tonio,**

*Je pourrais parler avec toi pendant des heures (sauf sur un télésiège à deux). Tu fais partie de ces gens que tout le monde apprécie, par ta simplicité et ta bonne humeur. Ne change rien, mais sois un peu moins mauvais joueur.*

## **À PJ,**

*Ces dernières années m'ont permis de mieux te connaître, et ça a été une très belle rencontre. J'ai hâte de continuer à refaire le monde avec toi, et entendre tes histoires plus improbables les unes que les autres. J'aimerais avoir 1 % de ta confiance en toi.*

## **À Louis,**

*Que de souvenirs ensemble, on en a fait du chemin depuis les soirées film dans ton garage. Je suis content de voir que notre amitié reste inchangée avec les années. Sacré Hubert.*

## **À la meilleure des confréries, les GHB (Clo, Math, Bert, Doms, Manol, Van, Co, Eug, Crousti),**

*Quelle belle et grande famille on s'est créée, ça va devenir de plus en plus compliqué de nous loger. Merci pour ces moments passés à réviser ensemble à la BU, ces soirées et vacances inoubliables, ces après-midis jeux de société, et à tous les bons moments à venir.*

## **À Julie et Julien,**

*Vous êtes mes belles rencontres d'Angers. Votre complicité est tellement agréable à voir. J'ai hâte de vivre avec vous vos belles échéances à venir.*

## **À tous ceux que je n'aurais pas cités,**

*Merci !*

## LISTE DES ABREVIATIONS

ADL	<i>Activities of Daily Living</i> / activités élémentaires de la vie quotidienne
AVC	Accident vasculaire cérébral
CCAS	Centre communal d'action sociale
CES-D	<i>Center for Epidemiologic Studies Depression Scale</i>
CLIC	Centre local d'information et de coordination
DPA	Démence post-AVC
DSM-5	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition</i>
EAU	<i>European Association of Urology</i> / Association européenne d'urologie
EMER	Équipes mobiles d'expertise en réadaptation
FEES	<i>Fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing</i> / Endoscopie de la déglutition
GDS	Geriatric Depression Scale
GPE	Gastrostomie percutanée endoscopique
HAD	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
HDRS	<i>Hamilton Depression Rating Scale</i>
HIC	Hémorragie intracérébrale
HSA	Hémorragie sous-arachnoïdienne
IADL	<i>Instrumental Activities of Daily Living</i> / activités instrumentales de la vie quotidienne
IC95 %	Intervalle de confiance à 95 %
IPA	Infirmier en pratique avancée
IRSNA	Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
ISRS	Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine
IU	Incontinence urinaire
LCR	Liquide cébrospinal
MADRS	<i>Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale</i>
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MG	Médecin généraliste
MMSE	<i>Mini-Mental State Examination</i>
MoCA	<i>Montreal Cognitive Assessment</i>
MPR	Médecine physique et de réadaptation
mRS	Modified Rankin Scale / score de Rankin modifié
NIHSS	<i>National Institutes of Health Stroke Scale</i>
OR	Odds ratio
PFR	Plateforme d'accompagnement et de répit
PHQ-9	<i>9-item Patient Health Questionnaire</i>
PRADO	Programme d'accompagnement du retour à domicile
SAD	Services autonomie à domicile
SBAU	Symptômes du bas appareil urinaire
SMN	Syndrome du motoneurone supérieur
SNDS	Système national des données de santé
SOFMER	Société française de médecine physique et de réadaptation
SSR	Soins de suite et de réadaptation
TC	Traumatisme crânien
TCPA	Troubles cognitifs post-AVC
TUG	Timed Up and Go Test
UNV	Unité neurovasculaire
VFSS	<i>Videofluoroscopic swallowing study</i> / Vidéofluoroscopie de la déglutition

# PLAN

## LISTE DES ABREVIATIONS

### INTRODUCTION

- 1. Données générales sur l'accident vasculaire cérébral (AVC)**
  - 1.1. Définition et classification**
  - 1.2. Évaluation pronostique**
  - 1.3. Épidémiologie et retentissement fonctionnel**
- 2. Séquelles et déficiences chroniques post-AVC**
  - 2.1. Troubles du tonus : spasticité**
    - 2.1.1. Définition et épidémiologie
    - 2.1.2. Physiopathologie
    - 2.1.3. Approche clinique
    - 2.1.4. Prise en charge
  - 2.2. Troubles cognitifs**
    - 2.2.1. Définition et épidémiologie
    - 2.2.2. Prise en charge
  - 2.3. Troubles thymiques**
    - 2.3.1. Épidémiologie
    - 2.3.2. Approche clinique
  - 2.4. Les troubles de la déglutition**
    - 2.4.1. Définition et épidémiologie
    - 2.4.2. Approche clinique et prise en charge
  - 2.5. Les troubles vésico-sphinctériens**
    - 2.5.1. Définition et épidémiologie
    - 2.5.2. Prise en charge
- 3. Limitations d'activité et restrictions de participation**
  - 3.1. Les troubles de la marche**
  - 3.2. Perte d'autonomie et retentissement sur les aidants**
- 4. Organisation du parcours de soins post-AVC et place du médecin généraliste**
- 5. Problématique de recherche**

### MATÉRIELS ET MÉTHODES

- 1. Objectif de l'étude**
- 2. Type d'étude et population étudiée**
- 3. Outil et mode de recueil**
- 4. Rédaction du questionnaire**
- 5. Analyses statistiques**

### RÉSULTATS

- 1. Analyses descriptives**
  - 1.1. Population étudiée**
  - 1.2. Caractéristiques des répondants**

- 1.3. **Fréquences des consultations en lien avec les séquelles post-AVC**
- 1.4. **Évaluation des pratiques concernant les déficiences chroniques post-AVC**
- 1.5. **Évaluation des pratiques concernant les limitations d'activité et restrictions de participation**
- 1.6. **Organisation du suivi post-AVC et recours aux ressources spécialisées**
- 1.7. **Difficultés perçues dans le suivi post-AVC**
- 1.8. **Besoins et pistes d'amélioration du suivi post-AVC**
- 2. **Analyses inférentielles exploratoires**

**DISCUSSION**

**CONCLUSION**

**BIBLIOGRAPHIE**

**LISTE DES FIGURES**

**LISTE DES TABLEAUX**

**TABLE DES MATIERES**

**ANNEXES**

# INTRODUCTION

## 1. Données générales sur l'accident vasculaire cérébral (AVC)

### 1.1. Définition et classification

L'AVC se définit comme l'apparition brutale de signes cliniques de dysfonction neurologique focale ou globale, d'origine vasculaire, durant plus de 24 heures ou conduisant au décès, sans autre cause apparente qu'une atteinte cérébrale vasculaire (1,2). Il s'agit d'une urgence neurovasculaire majeure, dont le pronostic vital et fonctionnel dépend étroitement de la précocité du diagnostic et de la prise en charge spécialisée (1,3).

Sur le plan mécanistique, il convient de distinguer deux grands types d'AVC :

- Les AVC ischémiques, liés à l'occlusion d'une artère cérébrale
- Les AVC hémorragiques, liés à la rupture d'un vaisseau intracrânien avec saignement dans le parenchyme ou les espaces méningés (1,2,4)

Les AVC ischémiques représentent environ 80 à 85 % des AVC (1,5,6). Ils résultent de l'occlusion aiguë d'une artère cérébrale par un thrombus local ou un embole, entraînant une chute brutale du débit sanguin cérébral dans le territoire concerné.

Dans les jours et semaines suivant l'épisode aigu, interviennent des processus de réparation et de plasticité qui conditionnent les possibilités de récupération mais peuvent aussi participer à l'émergence de certaines complications chroniques (spasticité, douleurs centrales, troubles cognitifs) (1-3,5).

Les AVC hémorragiques comprennent d'une part les hémorragies intracérébrales (HIC), d'autre part les hémorragies sous-arachnoïdiennes (HSA) non traumatiques.

Dans les HIC, la rupture d'un vaisseau artériel entraîne une extravasation sanguine intraparenchymateuse. Le volume de l'hématome, sa localisation et l'éventuelle extension intraventriculaire conditionnent la gravité. Le sang extravasé exerce un effet de masse, augmente la pression intracrânienne et peut conduire à des phénomènes d'engagement. Dans les heures suivantes

se développent un œdème en périphérie de l'hématome et une réaction inflammatoire locale, responsables d'une aggravation secondaire (2,6).

Dans les HSA non traumatiques, la cause est le plus souvent la rupture d'un anévrisme intracrânien, responsable d'un saignement dans l'espace sous-arachnoïdien. Les conséquences peuvent être majeures avec une augmentation aiguë de la pression intracrânienne, un risque de vasospasme cérébral retardé et/ou une hydrocéphalie aiguë ou chronique par obstruction de la résorption du liquide cébrospinal (LCR) (2,6).

## **1.2. Évaluation pronostique**

La sévérité initiale de l'AVC conditionne fortement le pronostic vital, fonctionnel et le besoin de rééducation. Elle est généralement évaluée à l'aide de scores standardisés, notamment la National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) pour la déficience neurologique (annexe 1). En France, la Société Française de médecine physique et de réadaptation (SOFMER) distingue quatre catégories de gravité (AVC léger, modéré, sévère et états végétatifs ou pauci-relationnels/locked-in syndrome), qui orientent la suite de la prise en charge (unité neuro-vasculaire, soins médicaux et de réadaptation en neurologie, retour à domicile, filières spécialisées) (2).

## **1.3. Épidémiologie et retentissement fonctionnel**

En France, l'AVC demeure un enjeu majeur de santé publique. Les données récentes issues du système national des données de santé (SNDS) estiment entre 140 000 et 150 000 le nombre de nouveaux AVC/an et à environ 1 million le nombre d'adultes vivant avec un antécédent d'AVC en 2022. Malgré une tendance à la baisse des taux de mortalité ajustés sur l'âge post-AVC, le nombre total de survivants augmente, en raison du vieillissement de la population, de la persistance des facteurs de risque cardiovasculaires et de l'amélioration de la prise en charge aiguë (1,6,7).

L'AVC constitue la première cause de handicap acquis sévère de l'adulte, avec des séquelles fréquentes sur les fonctions motrices, le tonus (spasticité), la cognition, l'humeur, la communication, ainsi qu'un retentissement social et professionnel important (6-8). Le handicap fonctionnel après un

AVC est généralement évalué à l'aide du score de Rankin modifié (mRS), une échelle ordinale permettant d'apprécier le degré de dépendance dans les activités de la vie quotidienne (annexe 2) (9). Même les AVC dits « mineurs » sont associés à un handicap fonctionnel significatif à 3 mois et au-delà, avec des proportions non négligeables de patients présentant un mRS > 1 à 90 jours (1). Ces éléments justifient un suivi structuré et prolongé en soins primaires, y compris pour des événements initialement pauci-symptomatiques.

## **2. Séquelles et déficiences chroniques post-AVC**

### **2.1. Troubles du tonus : spasticité**

#### ***2.1.1. Définition et épidémiologie***

Après un AVC, les troubles du tonus regroupent différentes manifestations cliniques parmi lesquelles la spasticité, les spasmes musculaires, le clonus ou encore la dystonie spastique, s'intégrant dans un tableau plus global appelé syndrome du motoneurone supérieur (SMN).

Sur le plan neurophysiologique, la spasticité est un trouble moteur défini par une augmentation du tonus musculaire dépendante de la vitesse d'étirement, résultant d'une hyperexcitabilité des réflexes d'étirement, elle-même consécutive à une lésion des voies motrices supraspinales (10). Cette hyperactivité prolongée peut avoir des conséquences fonctionnelles et mécaniques importantes, parmi lesquelles des contractures musculaires, spasmes, douleurs chroniques, et des limitations majeures des capacités motrices. Ces troubles affectent non seulement la mobilité et l'autonomie dans les soins personnels, mais également la participation sociale et la qualité de vie des patients (11).

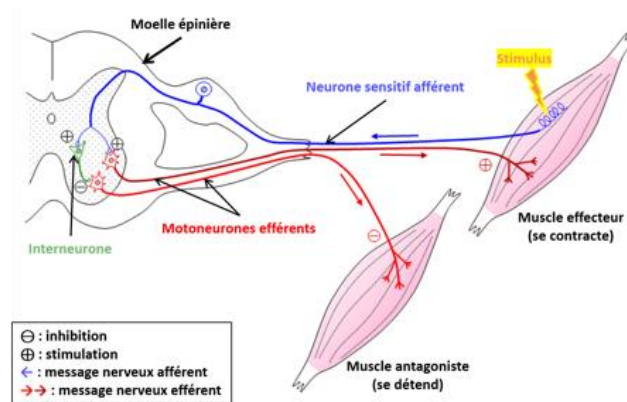
La spasticité est une complication fréquente après un AVC. Sa fréquence varie selon les études, de 4 à 27 % dans les premières semaines, puis de 19 à 26,7 % entre 1 et 3 mois, avec des taux pouvant atteindre 40 % dans les formes sévères ou après AVC récidivant (12,13). Son apparition est rarement immédiate : elle se développe habituellement de façon retardée, le plus souvent entre la 1ère et la 6ème semaine après l'AVC, avec un pic de sévérité autour de 3 à 6 mois, avant une phase de stabilisation relative (12,14).

Des facteurs précoces ont été identifiés comme prédictifs de l'apparition ultérieure d'une spasticité post-AVC : sévérité initiale de l'AVC (NIHSS élevé), handicap fonctionnel important (mRS > 2), altération cognitive (MMSE < 27), parésie marquée, troubles sensitifs et douleurs précoces (12,13,15). Ces éléments plaident pour un repérage systématique des patients à risque et l'organisation précoce d'un suivi spécialisé (médecine physique et de réadaptation, kinésithérapie, orthèses).

### 2.1.2. Physiopathologie

#### Rappels sur le réflexe d'étirement

Chez le sujet sain, le tonus musculaire et le réflexe d'étirement sont régulés par un équilibre entre les circuits médullaires et les voies descendantes issues des structures supraspinales (figure 1). L'étirement d'un muscle active les fuseaux neuromusculaires et déclenche une contraction réflexe du muscle étiré (réflexe myotatique), dont l'intensité est normalement modulée par les voies motrices descendantes (13,14,16).



**Figure 1 : le réflexe myotatique**

Après un AVC, la lésion des neurones moteurs supérieurs et/ou la déconnexion des voies descendantes perturbent cet équilibre, en particulier lorsqu'il intéresse le cortex moteur, la capsule interne ou certaines régions du tronc cérébral (14,16). La perte de contrôle inhibiteur sur les circuits spinaux entraîne une hyperexcitabilité des réflexes d'étirement (13,14). Ainsi, des mobilisations qui seraient peu stimulantes chez un sujet sain peuvent provoquer chez le patient spastique une réponse musculaire exagérée, avec une résistance accrue à la mobilisation passive, d'autant plus marquée que la vitesse d'étirement est élevée (14,16).

Avec le temps, cette hyperactivité musculaire s'accompagne de remaniements secondaires musculaires, parfois regroupés sous le terme de myopathie musculaire spastique, incluant raccourcissement musculaire, fibrose et augmentation de la raideur viscoélastique. Ces modifications participent à l'installation de rétractions et d'une hypertonie plus durable, mêlant composante réflexe et composante mécanique (14,16,17).

### **2.1.3. Approche clinique**

La spasticité s'intègre dans un tableau plus global appelé SMN, qui peut être défini par l'association de signes négatifs et de signes positifs (16). Le tableau I présente une vue d'ensemble des principaux signes du syndrome du motoneurone supérieur, tels que décrits par Barnes (13,16)

Phénomènes positifs	Phénomènes négatifs
Augmentation des réflexes tendineux avec irradiation de l'effet	Faiblesse
Clonus	Dextérité réduite
Signe de Babinski positif	Fatigue
Spasticité	
Spasmes des extenseurs	
Spasmes des fléchisseurs	
Réflexe de masse	
Schémas dyssynergiques de co-contraction pendant le mouvement	
Réactions associées et autres dystonies spastiques dyssynergiques et stéréotypées	

**Tableau I : signes du SMN selon Barnes**

Sur le plan clinique, l'hypertonie spastique touche préférentiellement les muscles dits « antigravitationnels » : au membre supérieur, surtout les adducteurs de l'épaule, les fléchisseurs du coude, du poignet et des doigts, ainsi que les pronateurs de l'avant-bras ; au membre inférieur, surtout les adducteurs de hanche, les fléchisseurs du genou et les fléchisseurs/inverseurs plantaires de cheville (18). Ce déséquilibre favorise les schémas posturaux typiques de l'hémiplégie spastique (flexion prédominante du membre supérieur, extension prédominante du membre inférieur), parfois utiles pour certaines tâches (station debout) mais rapidement délétères lorsqu'ils deviennent stéréotypés, persistants et limitants.

Enfin, il est important de retenir que l'hypertonie peut être fluctuante dans le temps, influencée par des « épines irritatives » (infection urinaire, escarre, lithiase vésicale, troubles du transit), mais

aussi par la douleur, le stress/émotion ou certains contextes de soins, ce qui doit être systématiquement recherché lors d'une aggravation (19).

#### **2.1.4. Prise en charge**

La première question à se poser dans la prise en charge d'une spasticité post-AVC est celle de la pertinence du traitement. En pratique clinique, les indications thérapeutiques peuvent être regroupées en quatre grands objectifs fonctionnels :

1. Le soulagement de la douleur liée aux spasmes ou aux contractures,
2. L'amélioration de la fonction motrice active volontaire (préhension, dextérité, marche),
3. La facilitation des soins d'hygiène et la prévention des lésions cutanées dans les zones de macération,
4. Et, dans certains cas, un objectif esthétique.

La seconde étape décisionnelle repose sur la distinction entre spasticité focale et spasticité diffuse ou généralisée, conditionnant le choix des modalités thérapeutiques (20).

La kinésithérapie constitue le traitement de première intention de la spasticité. Elle repose notamment sur des étirements musculaires passifs quotidiens, l'utilisation d'orthèses pour prévenir les rétractions, et des exercices de renforcement des muscles spastiques et synergiques, le muscle spastique étant avant tout un muscle parétique (21).

Dans les formes focales, la toxine botulinique représente le traitement de référence. Elle agit par inhibition réversible de la libération d'acétylcholine à la jonction neuromusculaire, avec un effet transitoire durant généralement quelques mois. Les injections doivent impérativement s'inscrire dans un projet thérapeutique précis et être associées à une prise en charge kinésithérapique adaptée (22). Les traitements médicamenteux oraux, en raison de leurs effets secondaires systémiques, sont principalement réservés aux spasticités diffuses. Le baclofène et la tizanidine sont les molécules les plus fréquemment utilisées, tandis que d'autres médicaments tels que les benzodiazépines, le dantrolène sodique, la gabapentine ou la prégabaline présentent une efficacité plus variable et sont de moins en moins prescrits dans cette indication (21-23).

## **2.2. Troubles cognitifs**

### **2.2.1. Définition et épidémiologie**

Les troubles cognitifs post-AVC (TCPA) désignent tout déclin cognitif survenant après un AVC, quel que soit le mécanisme en cause (vasculaire, neurodégénératif ou mixte). Lorsque l'atteinte cognitive retentit de façon importante sur l'autonomie et les activités de la vie quotidienne, on parle de démence post-AVC (DPA) (24,25).

Sur le plan fonctionnel, les TCPA font partie des séquelles majeures contribuant au handicap post-AVC (5) et sont particulièrement fréquents : ils toucheraient jusqu'à 60 % des survivants au cours de la première année, avec une fréquence maximale en phase précoce. Environ 44 % des patients présentent une altération de la cognition globale entre 2 et 6 mois. La trajectoire n'est pas linéaire : jusqu'à 20 % des TCPA légers récupèrent complètement (surtout précocement), mais une amélioration incomplète est plus fréquente qu'un retour strict au niveau prémorbide, et le risque de démence demeure augmenté après AVC, y compris lorsque les troubles initiaux sont transitoires (24).

Les déterminants des TCPA sont multifactoriels, associant :

- Facteurs individuels et réserve cognitive : âge, niveau d'études, cognition prémorbide, facteurs génétiques.
- Facteurs liés à l'AVC : sévérité, volume, localisation, multiplicité des lésions et récidives.
- Comorbidités vasculaires : hypertension artérielle, diabète, fibrillation atriale, atteinte rénale.
- Mécanismes mixtes : présence d'une co-pathologie neurodégénérative préexistante.

Localisations "stratégiques" : certaines atteintes anatomiques sont plus associées aux TCPA. Des données synthétisées rapportent notamment l'association avec les régions fronto-temporales gauches, le thalamus gauche et le lobe pariétal droit.

### **2.2.2. Prise en charge**

Les données synthétisées suggèrent que la réadaptation cognitive peut entraîner des améliorations modestes (attention, mémoire, fonctions exécutives, négligence), avec un intérêt

particulier des stratégies compensatoires intégrées à des tâches fonctionnelles pertinentes pour le patient (24). Après le diagnostic, le relais à domicile peut notamment s'appuyer sur les équipes spécialisées Alzheimer et maladies apparentées, qui proposent, sur prescription médicale, un accompagnement centré sur les capacités préservées du patient et l'implication de l'aidant (26).

D'autres approches émergentes sont discutées (réalité virtuelle, éducation/formation des patients et familles) mais les études disponibles restent souvent petites et hétérogènes. L'activité physique pourrait avoir un effet bénéfique, en faveur de l'exercice aérobie avec quelques données sur le tai-chi et la boxe, mais là encore avec des niveaux de preuve limités (27,28). Enfin, des techniques de neuromodulation ont montré des effets modestes dans certaines synthèses, justifiant des études complémentaires.

La récurrence d'AVC étant associée à un risque accru de TCPA, la prévention secondaire axée sur le contrôle des facteurs de risque cardio-vasculaire, largement portée par le médecin généraliste (MG), constitue un levier majeur pour réduire le risque de déclin cognitif ou son aggravation.

## **2.3. Troubles thymiques**

### **2.3.1. Épidémiologie**

La dépression post-AVC (DPAVC) est fréquente : les estimations convergent autour d'une prévalence d'environ un tiers des patients à un moment donné du suivi, avec des valeurs rapportées entre 18 et 33 % et jusqu'à 31 % dans de larges méta-analyses (jusqu'à 5 ans post-AVC). Le risque n'est pas uniquement précoce : une partie des patients peuvent développer une DPAVC secondairement entre 3 mois et 2 ans, ce qui impose une vigilance prolongée. Sur le plan pronostique, la DPAVC est associée à une surmortalité multipliée par 3 à 4 après AVC, et s'intègre aux facteurs susceptibles d'aggraver le handicap et d'entraver la récupération (5,29,30).

### **2.3.2. Approche clinique**

Les données suggèrent des profils différents selon le moment d'apparition :

- Les formes précoces semblent davantage liées à des déterminants biologiques et lésionnels, avec un tableau où fatigue et anhédonie peuvent être particulièrement marquées.
- Les formes tardives paraissent plus influencées par les facteurs psychologiques et sociaux associant stress accru, anxiété, tristesse, cognitions négatives.

Le diagnostic reste clinique, appuyé sur les critères (DSM-5), mais avec une difficulté spécifique post-AVC : plusieurs symptômes « végétatifs » (fatigue, troubles du sommeil, variations pondérales) peuvent être liés à l'AVC lui-même. Une approche discutée consiste à porter une attention particulière aux symptômes plus « spécifiques » (dysphorie, anhédonie, culpabilité/dévalorisation, idées suicidaires) (30).

Plusieurs facteurs de risque de DPAVC ont pu par ailleurs être identifiés : sexe féminin, antécédents psychiatriques, AVC étendu ou multiple, atteinte frontale et/ou des noyaux gris centraux, AVC récent (dans l'année précédente), faible soutien social et handicap important (5).

## **2.4. Les troubles de la déglutition**

### **2.4.1. Définition et épidémiologie**

La déglutition est un processus neuromusculaire hautement coordonné, classiquement décrit en quatre phases : préparatoire orale, orale, oropharyngée et œsophagienne (31). La dysphagie post-AVC, définie par une difficulté à acheminer efficacement aliments et liquides de la cavité buccale vers l'œsophage puis l'estomac, est très fréquente en phase aiguë, avec des prévalences rapportées jusqu'à environ 65 %. Ses conséquences sont potentiellement sévères : pneumopathie d'inhalation, déshydratation, malnutrition, réhospitalisations, voire décès. Si une partie des patients récupère, une proportion non négligeable garde des troubles persistants, avec 11 à 50 % de dysphagie encore présente à 6 mois, ce qui en fait un enjeu durable du parcours post-AVC (5).

## **2.4.2. Approche clinique et prise en charge**

Sur le plan clinique, la suspicion de dysphagie repose sur un faisceau d'arguments fonctionnels, oropharyngés et respiratoires. Les signes évocateurs incluent :

- Sensation de stase pharyngée
- Adaptations alimentaires spontanées : restriction de certaines textures, éviction des solides secs ou des liquides, allongement des repas
- Troubles de la phase orale/oropharyngée : sialorrhée, difficulté d'initiation de la déglutition, régurgitations nasales
- Signes d'inhalation laryngée : toux per- ou post-prandiale, épisodes de suffocation/étouffement, nécessité de racler la gorge
- Altération de la voix post-déglutition : dysphonie ou voix « mouillée », évocatrice de résidus laryngés
- Troubles praxiques bucco-faciaux
- Retentissement général : amaigrissement inexpliqué, déshydratation, baisse des apports
- Retentissement respiratoire : dyspnée, polypnée et/ou majoration de l'essoufflement (32)

Les recommandations européennes soulignent l'importance d'un dépistage standardisé des troubles de la déglutition dès la phase aiguë, compte tenu de son impact pronostique (7). En pratique, le test de déglutition à l'eau fait partie des outils de repérage les plus utilisés, mais ses performances restent imparfaites et il ne saurait se substituer à une évaluation spécialisée lorsque la suspicion clinique persiste (5). En cas de doute, l'évaluation doit être complétée par une exploration instrumentale de type vidéofluoroscopie (VFSS) ou endoscopie de la déglutition (FEES) (33).

Sur le plan thérapeutique, l'approche la plus utilisée repose sur les interventions comportementales menées par les orthophonistes. Elles regroupent (1) des stratégies compensatoires visant une amélioration immédiate de la sécurité et de l'efficacité (ajustements posturaux, position de la tête et du tronc, adaptations des prises et des textures) et (2) des exercices de rééducation visant un bénéfice plus durable par renforcement et optimisation des mécanismes de déglutition. Parmi les exercices simples rapportés comme utiles dans la dysphagie post-AVC figurent notamment la flexion

du menton contre résistance, certains exercices utilisant une stimulation vibratoire, et le renforcement des muscles expiratoires (34). Dans les formes sévères ou prolongées, l'importance des troubles peut conduire à discuter une nutrition entérale, notamment par gastrostomie percutanée endoscopique (GPE), lorsque les apports oraux sont insuffisants ou non sécurisés (35).

Enfin, le champ d'intervention de l'orthophoniste ne se limite pas aux troubles de la déglutition : il comprend également la prise en charge des troubles langagiers post-AVC, en particulier l'aphasie, qui concerne environ un tiers des survivants d'AVC (36).

## **2.5. Les troubles vésico-sphinctériens**

### ***2.5.1. Définition et épidémiologie***

Les symptômes du bas appareil urinaire constituent une complication fréquente après un AVC. Ils concernent plus de la moitié des patients au cours du premier mois, persistent chez environ 38 % à un an, et restent présents chez environ 17 % à plus long terme.

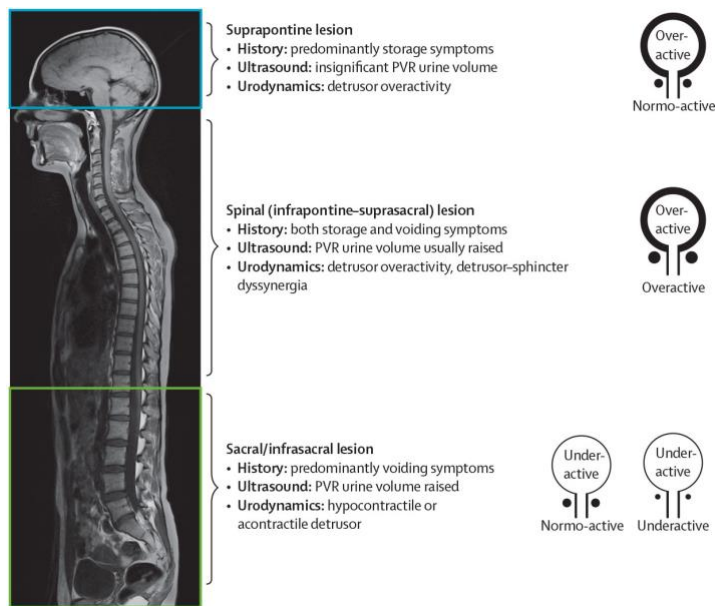
L'AVC peut induire une incontinence urinaire (IU) de novo ou aggraver des symptômes du bas appareil urinaire (SBAU) préexistants. L'IU post-AVC a un retentissement important : altération de la qualité de vie (humeur, estime de soi, image corporelle), limitation de la participation sociale et augmentation de la charge pour les aidants (37).

Sur le plan clinique, les troubles vésico-sphinctériens se décrivent selon les trois temps de la miction : symptômes de remplissage (pollakiurie, nycturie, urgenturie, incontinence), symptômes mictionnels (faiblesse du jet, jet intermittent, miction par poussée) et symptômes post-mictionnels (sensation de vidange incomplète, gouttes retardataires) (38).

Selon les recommandations de l'Association européenne d'urologie (EAU), le pattern vésico-sphinctérien dépend du site lésionnel neurologique (figure 2) avec :

- Les atteintes suprapontiques : tableau de vessie hyperactive, dominé par les troubles de la phase de remplissage, liés à une hyperactivité détrusorienne neurogène avec une coordination détrusor-sphincter habituellement conservée.

- Les lésions entre le pont et le centre sacré : troubles mixtes associant hyperactivité détrusorienne et dyssynergie détrusor-sphincter, responsables à la fois de symptômes de remplissage et de difficultés de vidange, en lien avec l'absence de relaxation sphinctérienne pendant une contraction détrusorienne volontaire ou réflexe.
- Les lésions sacrées/infrasacrées : hypocontractilité/acontractilité détrusorienne, à l'origine d'une vidange inefficace et d'une rétention chronique (37).



**Figure 2 : Profils de dysfonctionnement du bas appareil urinaire après une affection neurologique**

### **2.5.2. Prise en charge**

L'approche diagnostique repose sur une analyse structurée des SBAU et de leur contexte. En pratique, il est indispensable d'éliminer des causes concomitantes fréquentes, notamment une hypertrophie bénigne de prostate chez l'homme âgé, et de considérer des comorbidités pouvant contribuer aux symptômes (par exemple le diabète via une neuropathie périphérique).

S'ils ne sont pas pris en charge, les troubles vésico-sphinctériens exposent à de nombreuses complications mécaniques et fonctionnelles : infections urinaires, lithiases vésicales, insuffisance rénale, reflux vésico-rénaux chroniques ainsi qu'un sur-risque de néoplasie vésicale dans les vessies neurologiques anciennes, surtout en cas de sondage chronique ou de poussées abdominales répétées (38).

La prise en charge débute par des mesures conservatrices : mictions programmées, rééducation vésicale (espacement progressif, gestion des urgences), rééducation périnéale, double miction, adaptation des apports hydriques (éviter surcharge vespérale, corriger une déshydratation), prévention de la constipation et révision des facteurs iatrogènes (39).

En cas de syndrome d'hyperactivité vésicale persistant, un traitement médicamenteux est discuté en première intention par antimuscariniques, avec surveillance des effets indésirables (xérostomie, constipation, troubles visuels et prudence en cas de fragilité cognitive). Si la vidange est inefficace (résidu significatif/rétention) ou si une dyssynergie est suspectée, la stratégie repose sur l'optimisation de l'évacuation par autosondages intermittents (référence) ; une sonde à demeure (idéalement sus-pubienne) n'est envisagée qu'en cas d'impossibilité d'autosondage, compte tenu des complications à long terme.

En cas d'échec ou d'intolérance des traitements de première ligne, des options spécialisées peuvent être proposées : neuromodulation périphérique non invasive (ex. stimulation tibiale transcutanée, dispositifs type « urostim »), toxine botulinique intradétrusorienne, et plus rarement des solutions chirurgicales dans des situations sévères réfractaires ou à risque pour le haut appareil (39,40).

### **3. Limitations d'activité et restrictions de participation**

#### **3.1. Les troubles de la marche**

Les troubles de la marche après un AVC représentent une cause majeure de handicap persistant et de restriction de participation, limitant l'accès aux activités extérieures, à la vie sociale et parfois à la réinsertion professionnelle. Selon les synthèses disponibles, environ 52 à 85 % des patients hémiparétiques récupèrent une capacité de marche ; toutefois, la démarche reste fréquemment altérée, avec une vitesse diminuée et des asymétries spatio-temporelles, limitant l'adaptation aux contraintes de la vie quotidienne et contribuant au risque de chute. Ces anomalies sont principalement liées à un dysfonctionnement sensorimoteur, associant faiblesse musculaire, déficits perceptifs et proprioceptifs, spasticité et/ou hypotonie (41,42).

La marche hémiparétique s'accompagne classiquement d'une diminution de l'appui, d'une réduction de la vitesse et de la longueur de pas, ainsi que d'une coordination intra- et inter-membres altérée (42). Un pattern fréquemment identifié et cliniquement parlant est le pied tombant, souvent responsable d'un steppage : la dorsiflexion est insuffisante en oscillation, exposant à l'accrochage de l'avant-pied et à la chute, et poussant le patient à majorer la flexion de hanche ou du genou (43).

Ces altérations du schéma de marche sont directement liées au risque de chute, qui constitue une comorbidité importante après un AVC, associée à un risque de blessures et de fractures. L'incidence des fractures chez les survivants d'un AVC est rapportée comme significativement plus élevée que dans la population générale, et les conséquences fonctionnelles d'une fracture peuvent compromettre la récupération de la marche autonome (44). En pratique, un repérage rapide du risque de chute peut s'appuyer sur les « 3 Key Questions » : (1) chute au cours des 12 derniers mois ?, (2) sensation d'instabilité en position debout ou à la marche ?, et (3) crainte de tomber ?. Une réponse positive doit conduire à préciser l'histoire des chutes et à apprécier la gravité fonctionnelle, notamment la capacité à se relever après une chute, afin d'orienter l'évaluation et les mesures de prévention (45).

Des tests simples de mobilité fonctionnelle, comme le *Timed Up and Go Test* (TUG), constituent l'un des outils complémentaires accessibles en soins primaires. Après un AVC, il figure parmi les tests cliniques les mieux documentés pour apprécier le risque de chute et est réalisable en une à deux minutes avec un simple chronomètre (46). On peut également citer d'autres tests cliniques simples, comme la station unipodale, l'évaluation de la stabilité posturale par poussée sternale, ou encore l'observation de la marche en situation de double tâche (47).

Lorsqu'un trouble de la marche est identifié, la rééducation à la marche doit être précoce, intensive et répétitive. En phase chronique, les recommandations européennes privilégient, chez les patients médicalement stables et sans contre-indication cardiovasculaire, un entraînement de marche à plus haute intensité plutôt qu'à faible intensité afin d'améliorer l'endurance et la vitesse. Les recommandations récentes estiment qu'un surcroît d'entraînement d'au moins 20 heures (réparties typiquement sur 3 à 5 séances/semaine pendant 4 à 6 semaines) est une cible plausible (48).

### **3.2. Perte d'autonomie et retentissement sur les aidants**

La perte d'autonomie après un AVC constitue un enjeu majeur de santé publique. En France, une étude en population générale a montré que 34,4 % des personnes ayant un antécédent d'AVC présentaient une dépendance au moins modérée, définie par un mRS > 2 (49). Cette dépendance concernait à la fois les activités élémentaires de la vie quotidienne (ADL) et les activités instrumentales (IADL), avec un retentissement particulièrement marqué sur la toilette.

La charge liée à cette dépendance repose souvent sur l'entourage, en particulier sur le proche aidant, défini comme une personne résidant avec la personne aidée ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, et lui apportant une aide régulière et fréquente. En France, on estime à environ 8,8 millions d'adultes et 500 000 mineurs le nombre de proches aidants (donnée 2021), avec une part importante dans la tranche d'âge 60-65 ans (23,5 %).

Cette relation aidant-aidé, souvent asymétrique, expose à des risques des deux côtés :

- Pour l'aidant : difficultés de conciliation avec la vie professionnelle et familiale quand il est jeune, risque de négliger sa santé lorsqu'il est âgé, charge mentale, isolement, et vulnérabilité lors du décès du proche.
- Pour l'aidé : risque de maltraitance ou de rupture de parcours (hospitalisation / institutionnalisation) en cas de défaillance de l'aidant (50).

Sur le plan pratique en soins primaires, l'échelle de Zarit est décrite comme un outil utile pour repérer la charge (physique et mentale) de l'aidant, et peut être mobilisée en consultation de médecine générale (annexe 3) (51).

Lorsque la charge devient importante, différentes solutions de répit peuvent être mobilisées, qu'il s'agisse de relais à l'extérieur du domicile, de dispositifs de soutien à domicile ou de séjours de répit. L'orientation vers ces aides peut s'appuyer sur plusieurs structures ressources, notamment les plateformes d'accompagnement et de répit, les centres communaux d'action sociale (CCAS) ou les centres locaux d'information et de coordination (CLIC), qui peuvent également informer sur les aides

financières mobilisables (52). Un résumé sous forme de fiches-repères de ces diverses prestations a été publié en 2022 par le ministère afin de faciliter les démarches pour les aidants (53).

#### **4. Organisation du parcours de soins post-AVC et place du médecin généraliste**

Les recommandations françaises convergent vers la nécessité d'un suivi structuré après la phase aiguë de l'AVC, conçu comme un continuum allant de la sortie d'hospitalisation à la phase chronique. Dans cette logique, les recommandations HAS sur la rééducation en phase chronique (2022) s'inscrivaient déjà dans la continuité des ambitions du Plan national AVC 2010–2014, visant à réduire la fréquence et la gravité des séquelles en améliorant la coordination entre établissements, soins de ville, domicile et secteur médico-social, via l'organisation de filières et systèmes d'information (54–57). Dans ce modèle, le médecin traitant est placé au cœur du dispositif, et son rôle de premier recours pour le patient est d'autant plus important que la période des trois premiers mois post-AVC correspond à une fenêtre majeure de récupération fonctionnelle.

Le rôle du médecin traitant est double :

- D'une part, conduire la prévention secondaire : contrôle et ajustement des traitements des facteurs de risque cardiovasculaires, soutien de l'observance et des mesures hygiéno-diététiques
- D'autre part, être en première ligne pour repérer précocement les complications et séquelles au fil de l'évolution, y compris les plaintes « invisibles » (fatigue, troubles cognitifs ou thymiques, douleur, spasticité, retentissement sur l'autonomie), et réadresser le patient si nécessaire (54,58).

Néanmoins, malgré ce cadrage, les sources disponibles décrivent encore imparfaitement les modalités concrètes de mise en œuvre en soins primaires. La consultation post-AVC représente une étape structurante du parcours, visant une réévaluation clinique et fonctionnelle, le dépistage de complications et l'ajustement de l'orientation. La HAS recommande que les patients ayant présenté un AVC bénéficient d'une consultation post-AVC entre 2 et 6 mois (pouvant être organisée jusqu'à 12 mois

selon les situations) (54). Dans la pratique, le suivi spécialisé est réalisé selon l'étiologie et les séquelles, par un médecin neurovasculaire, gériatre et/ou médecin de MPR.

Plusieurs dispositifs viennent soutenir la coordination entre secteurs :

- Le service PRADO AVC a été mis en place afin d'anticiper les besoins de retour à domicile et de fluidifier le parcours hôpital-ville : un conseiller planifie les premiers rendez-vous de suivi, et peut faciliter l'organisation d'une consultation post-AVC et de certaines aides au domicile selon la situation (59).
- Les équipes mobiles d'expertise en réadaptation (EMER), utiles pour accompagner les transitions et traiter les problématiques d'adaptation. Leur composition est pluriprofessionnelle, comprenant un médecin MPR et d'autres professionnels de rééducation. Les EMER peuvent être sollicitées à tout moment, de la sortie de l'hôpital à la phase chronique, et ont pour objectif de réaliser un bilan, définir des objectifs avec le patient et l'entourage et coordonner un plan d'action (54).
- Le Réseau TC-AVC Hauts-de-France met à disposition des professionnels des outils d'orientation et des ressources (contacts, circuits de consultation, relais vers les rééducateurs et acteurs de ville) facilitant l'articulation entre établissements, soins primaires et secteur médico-social (60).
- Les ressources du secteur médico-social : en phase chronique, les services d'accompagnement sociaux, les services autonomie à domicile (SAD) et, selon les situations, les CCAS peuvent être mobilisés pour soutenir le maintien à domicile, l'autonomie, l'accès aux aides et la réinsertion sociale.

En complément, le guide HAS 2025 introduit la possibilité d'un suivi partagé : un infirmier en pratique avancée (IPA) peut être consulté en alternance avec le médecin traitant et participer à l'organisation des parcours entre soins de premier recours, spécialistes et établissements. Son champ recouvre des activités d'orientation, d'éducation, de prévention/dépistage, d'évaluation et de surveillance clinique/paraclinique, ainsi que certaines prescriptions et adaptations/renouvellements selon le cadre réglementaire (54).

## 5. Problématique de recherche

Malgré un cadrage croissant du parcours post-AVC et le déploiement progressif de différents dispositifs, les données décrivant, en vie réelle, les pratiques des MG face aux séquelles chroniques de l'AVC demeurent limitées. La littérature s'est surtout centrée sur la prévention secondaire cardiovasculaire et le contrôle des facteurs de risque, décrivant plus rarement le repérage et la prise en charge des séquelles fonctionnelles, cognitives, psycho-affectives et médico-sociales.

Quelques travaux peuvent néanmoins être rapprochés du nôtre. La thèse du Dr Petit-Druetta, soutenue en 2014, s'intéressait au suivi global en médecine générale des patients ayant présenté un AVC, dans une approche large du parcours post-AVC (61). Plus récemment, la thèse du Dr Fournel, soutenue en 2025, explorait les attentes des MG concernant la prise en charge neuro-rééducative des patients ayant présenté un AVC léger dans le Nord-Pas-de-Calais (62).

Notre travail vise donc à préciser les modalités selon lesquelles les médecins généralistes repèrent, prennent en charge et orientent les complications chroniques après un AVC, dans un domaine encore peu documenté par la littérature.

## MATÉRIELS ET MÉTHODES

### 1. Objectif de l'étude

L'objectif principal de notre étude était de décrire les pratiques des MG des Hauts-de-France dans le suivi des patients ayant présenté un AVC.

Les objectifs secondaires étaient évaluer la perception de l'accessibilité aux ressources spécialisées, identifier les freins rencontrés dans la prise en charge et recueillir les besoins en termes de formation, d'outils de repérage et de coordination.

### 2. Type d'étude et population étudiée

Nous avons conduit une étude observationnelle, descriptive et transversale, reposant sur un recueil par questionnaire auto-administré.

Étaient éligibles les MG, thésés ou non, installés ou remplaçants, exerçant en secteur ambulatoire dans la région Hauts-de-France, dans le cadre d'une activité libérale, salariée ou mixte.

Les médecins exerçant exclusivement en milieu hospitalier, ainsi que ceux d'une autre spécialité que la médecine générale, ne relevaient pas du champ de l'étude.

Les questionnaires ne correspondant pas à ces critères, ainsi que ceux comportant des données manquantes ne permettant pas leur exploitation, ont été exclus de l'analyse.

### **3. Outil et mode de recueil**

Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire anonyme auto-administré, diffusé sous forme dématérialisée via Microsoft Forms, outil mis à disposition par la faculté, au moyen d'un lien unique intégré à un message d'invitation.

Le questionnaire a fait l'objet d'une relecture (directeur de thèse) et d'un test auprès de pairs (trois MG et un médecin MPR) afin de vérifier la compréhension et la pertinence des questions posées. Le recrutement reposait sur sa diffusion via les réseaux sociaux, des groupes de discussion de MG, des courriels professionnels auprès de praticiens ayant accepté d'être contactés, des courriers postaux, ainsi que par l'intermédiaire des conseils départementaux de l'Ordre des médecins de l'Oise, de la Somme, de l'Aisne, du Nord et du Pas-de-Calais. La durée de recueil a été fixée du 1er Janvier au 31 Mars 2026.

### **4. Rédaction du questionnaire**

Le recueil reposait sur un questionnaire de 54 questions, précédées d'une introduction présentant l'étude aux répondants (annexe 4).

Le questionnaire a été structuré selon quatre parties :

- Une partie décrivant le profil professionnel (mode d'exercice, ancienneté, département d'exercice, type de territoire) et la place du MG dans le suivi post-AVC
- Une deuxième partie sur les pratiques de repérage et de prise en charge de plusieurs séquelles chroniques (spasticité, troubles cognitifs et thymiques, troubles de la marche/chutes, troubles de la déglutition, troubles vésico-sphinctériens, perte d'autonomie, prise en charge de l'aidant)
- Une troisième partie sur la coordination et le travail en réseau (recours aux spécialistes, connaissance/sollicitation du réseau)

- Enfin, une dernière partie sur les freins (temps, accès aux ressources) et les besoins (formation, outils, consultation dédiée) exprimés par les répondants.

Le questionnaire comportait principalement des questions fermées avec des réponses dichotomiques (« oui/non »). Les questions portant sur la fréquence des complications reposaient sur une échelle ordinale à quatre modalités (« souvent », « parfois », « rarement » et « jamais »). Les autres questions utilisaient des réponses à modalités catégorielles multiples définies selon la variable étudiée ou, plus ponctuellement, une réponse ouverte courte.

## 5. Analyses statistiques

La méthode de calcul de l'effectif attendu a été celle d'une proportion dans une étude descriptive. L'effectif théorique requis était de 96 MG pour une précision de  $\pm 10\%$ , et de 150 MG pour une précision de  $\pm 8\%$ . L'objectif de recueil a donc été fixé entre 100 et 150 réponses, soit une précision attendue d'environ  $\pm 8\%$  à  $\pm 10\%$  pour l'estimation des principales proportions étudiées.

Les analyses statistiques ont comporté une phase descriptive puis une phase inférentielle exploratoire. Les variables qualitatives ont été décrites par leurs effectifs et leurs pourcentages. Pour certaines analyses descriptives, les réponses ordinales portant sur la fréquence de rencontre des complications ont été regroupées en deux catégories afin de faciliter la lecture des résultats : les modalités « souvent » et « parfois » ont été rassemblées sous le terme « assez fréquemment rencontré », tandis que les modalités « rarement » et « jamais » ont été regroupées sous le terme « peu fréquemment rencontré ».

Les analyses inférentielles ont reposé sur des comparaisons bivariées exploratoires. Les associations entre variables qualitatives binaires ont été étudiées à l'aide du test exact de Fisher, avec estimation des odds ratios bruts (OR) exprimés avec leur intervalle de confiance à 95 % (IC95 %). Ces comparaisons ont porté sur le mode d'exercice (médecins libéraux versus remplaçants) et la zone d'exercice (rurale versus urbaine). Les associations entre variables ordinales ont été étudiées à l'aide du coefficient de corrélation de Spearman, pour analyser le lien entre la fréquence de suivi post-AVC et la fréquence perçue de certaines complications chroniques. L'ensemble des tests statistiques était bilatéral, et le seuil de significativité a été fixé à  $\alpha = 0,05$ .

# RÉSULTATS

## 1. Analyses descriptives

### 1.1. Population étudiée

Le questionnaire a recueilli 70 réponses. Après exclusion d'un répondant exerçant en milieu intra-hospitalier, l'analyse a porté sur 69 MG (figure 3).

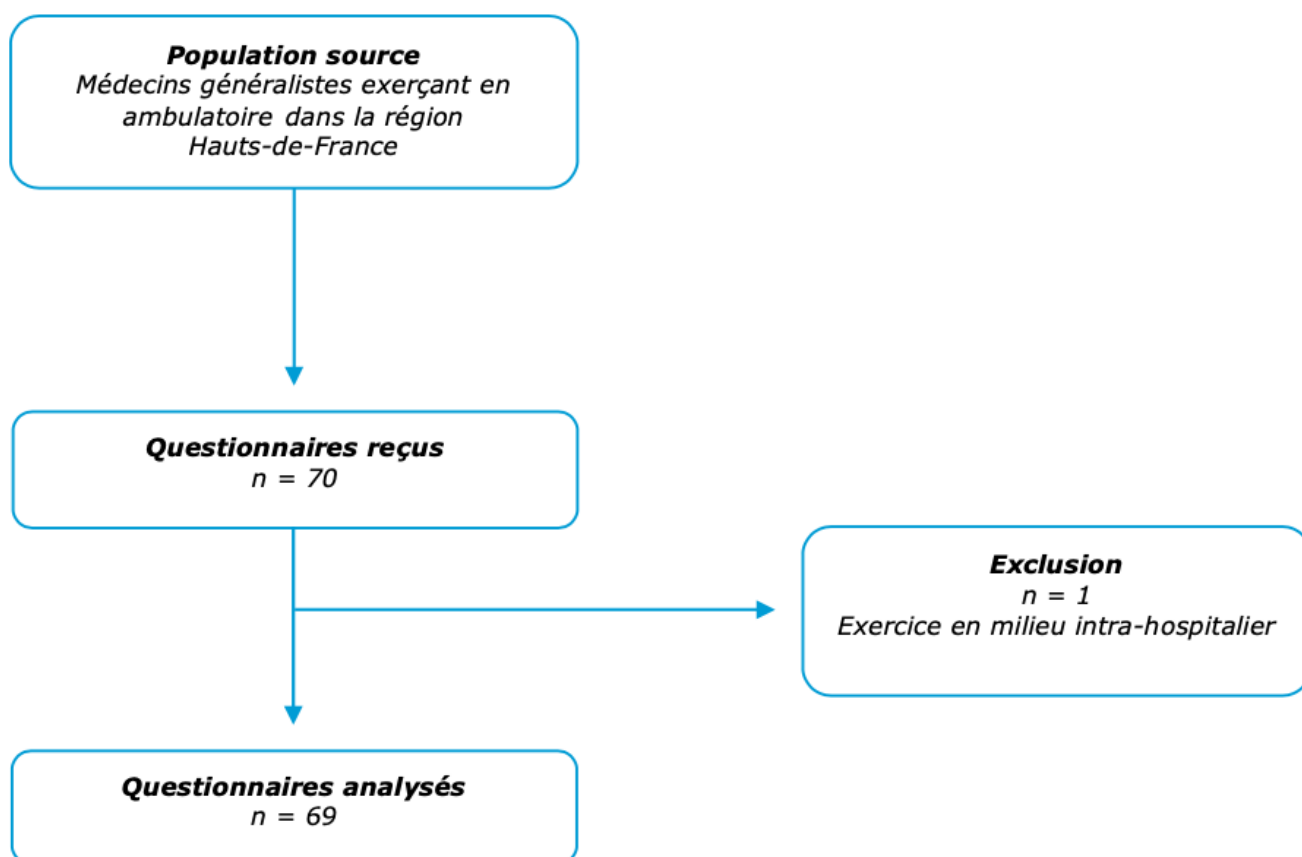


Figure 3 : Flow chart

## 1.2. Caractéristiques des répondants

Les caractéristiques des répondants sont résumées dans le tableau II.

Caractéristiques	Modalités	Effectif, n (%)
Mode d'exercice	Médecin libéral	38 (55,1)
	Remplaçant	24 (34,8)
	Salarié*	5 (7,2)
	Mixte	2 (2,9)
Ancienneté d'exercice†	< 5 ans	13 (28,9)
	5-10 ans	11 (24,4)
	11-20 ans	13 (28,9)
	> 20 ans	8 (17,8)
Département d'exercice principal	Somme (80)	29 (42,0)
	Oise (60)	18 (26,1)
	Nord (59)	12 (17,4)
	Pas-de-Calais (62)	7 (10,1)
	Aisne (02)	3 (4,3)
Zone d'exercice	Urbaine	28 (40,6)
	Rurale	24 (34,8)
	Péri-urbaine	17 (24,6)
Nombre estimé de patients ayant présenté un AVC suivis au cours des 12 derniers mois	< 10	62 (89,9)
	10-20	4 (5,8)
	20-40	1 (1,4)
	> 40	1 (1,4)
	Ne sait pas	1 (1,4)
Fréquence des consultations en lien avec des complications post-AVC	Rarement	42 (60,9)
	Plusieurs fois par mois	25 (36,2)
	Plusieurs fois par semaine	2 (2,9)

\* La catégorie « salarié » regroupe les médecins salariés hors exercice intra-hospitalier.

† Ancienneté renseignée pour 45 répondants (exclusion des médecins remplaçants). Pour cette variable, les pourcentages sont calculés sur les données disponibles.

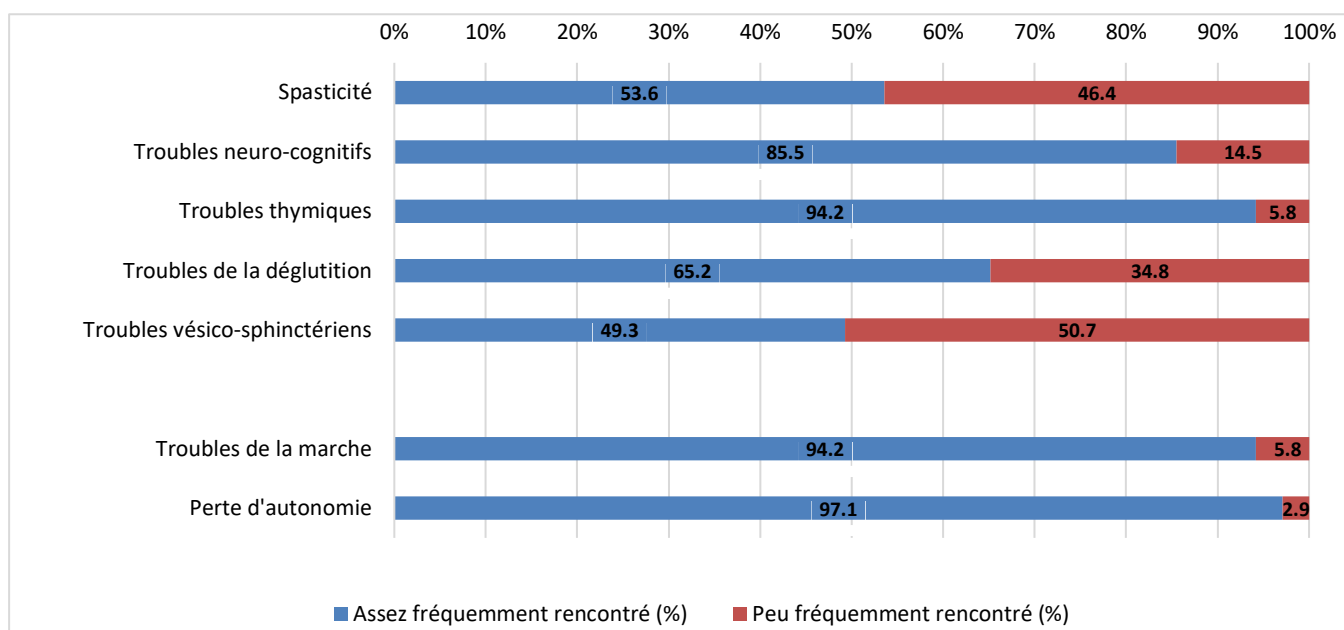
**Tableau II : Caractéristiques de la population**

La population étudiée était principalement composée de médecins libéraux (55,1 %) et de remplaçants (34,8 %). L'ancienneté d'exercice était renseignée pour 45 répondants et apparaissait globalement répartie de manière homogène entre les différentes classes.

La Somme (42,0 %) et l'Oise (26,1 %) étaient les départements les plus représentés. Les répondants exerçaient principalement en zone urbaine (40,6 %) ou rurale (34,8 %).

Concernant leur activité en lien avec le suivi post-AVC, 89,9 % des répondants estimaient avoir suivi moins de 10 patients ayant présenté un AVC au cours des 12 derniers mois. Les consultations en lien avec les complications post-AVC étaient jugées rares par 60,9 % des répondants.

### 1.3. Fréquences des consultations en lien avec les séquelles post-AVC

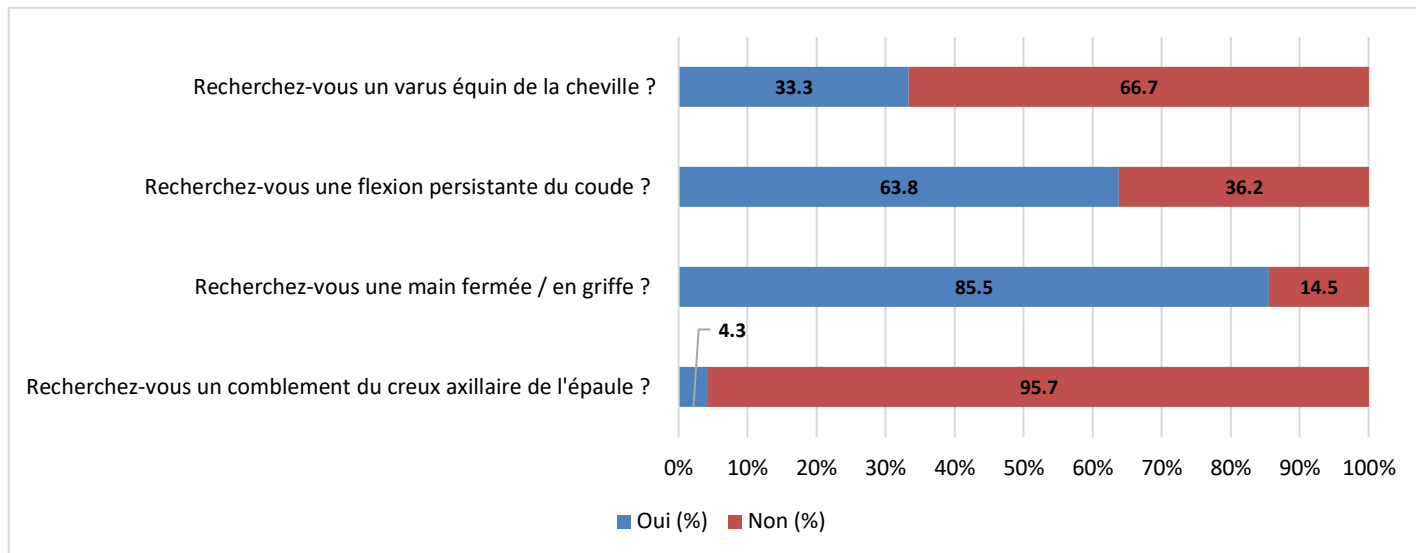


**Figure 4 : Fréquence perçue en consultation des principales séquelles post-AVC**

Les séquelles rapportées comme étant rencontrées assez fréquemment étaient la perte d'autonomie (97,1 %), les troubles de la marche (94,2 %), les troubles thymiques (94,2 %) et les troubles neuro-cognitifs (85,5 %). La spasticité et les troubles vésico-sphinctériens figuraient parmi les séquelles les moins fréquemment rapportées, avec respectivement 53,6 % et 49,3 % des répondants déclarant les rencontrer assez fréquemment (figure 4).

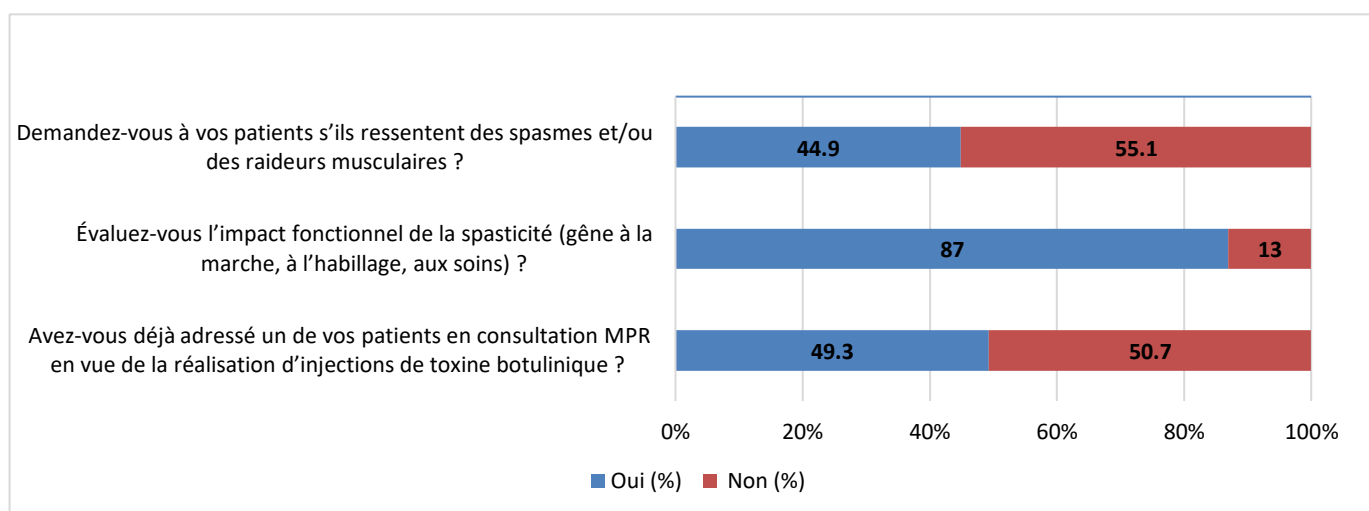
## 1.4. Évaluation des pratiques concernant les déficiences chroniques post-AVC

### La spasticité



**Figure 5 : Signes cliniques recherchés pour le repérage de la spasticité**

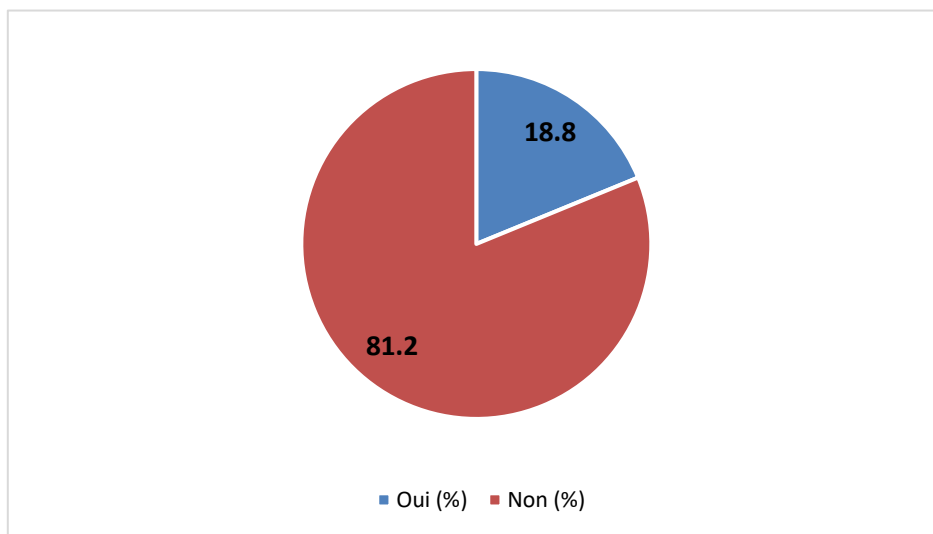
Concernant le repérage clinique de la spasticité, les signes les plus souvent recherchés étaient la main fermée ou en griffe (85,5 %) et la flexion persistante du coude (63,8 %). Le varus équin de cheville était recherché par 33,3 % des répondants, tandis que le comblement du creux axillaire de l'épaule n'était recherché que par 4,3 % d'entre eux (figure 5).



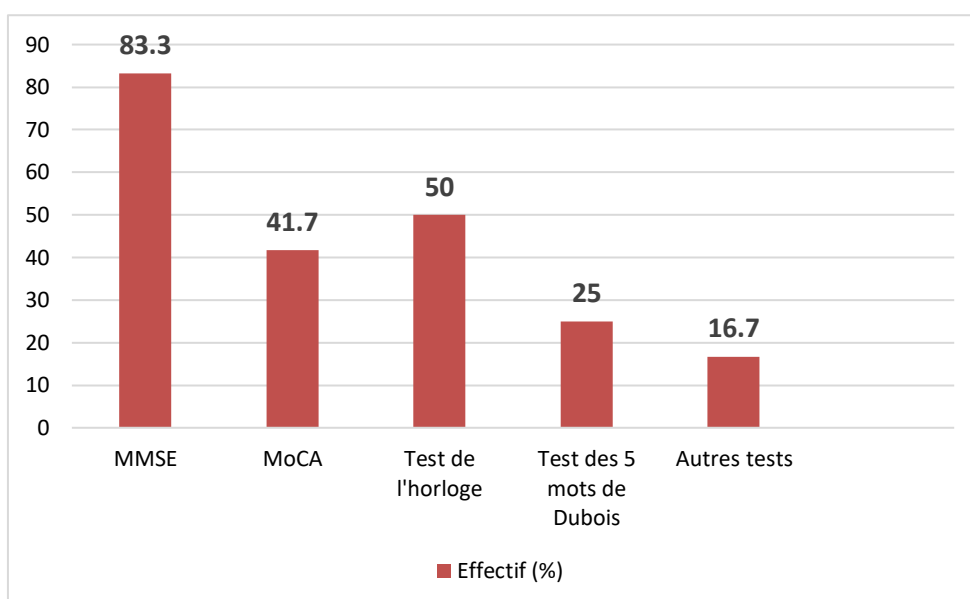
**Figure 6 : Évaluation fonctionnelle et orientation des patients présentant une spasticité post-AVC**

Par ailleurs, 44,9 % des répondants déclaraient demander à leurs patients s'ils ressentaient des spasmes et/ou des raideurs musculaires après un AVC. L'évaluation du retentissement fonctionnel de la spasticité était rapportée par 87,0 % des répondants. Enfin, 49,3 % des médecins interrogés déclaraient avoir déjà adressé un patient en consultation de MPR en vue de la réalisation d'injections de toxine botulinique (figure 6).

### Les troubles cognitifs



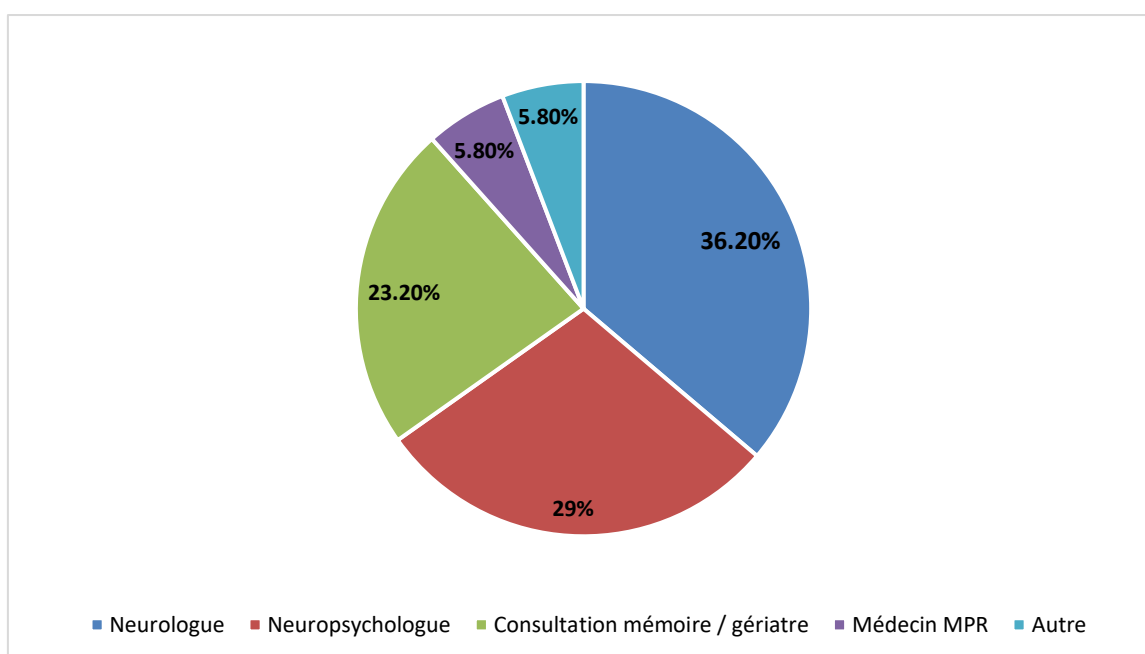
**Figure 7 : Recours à des outils standardisés pour l'évaluation des TCPA**



**Figure 8 : Outils cités pour l'évaluation des TCPA (n = 12)**

Le recours à des tests ou questionnaires standardisés pour l'évaluation des TCPA apparaissait limité, avec 18,8 % des répondants déclarant y avoir recours (figure 7).

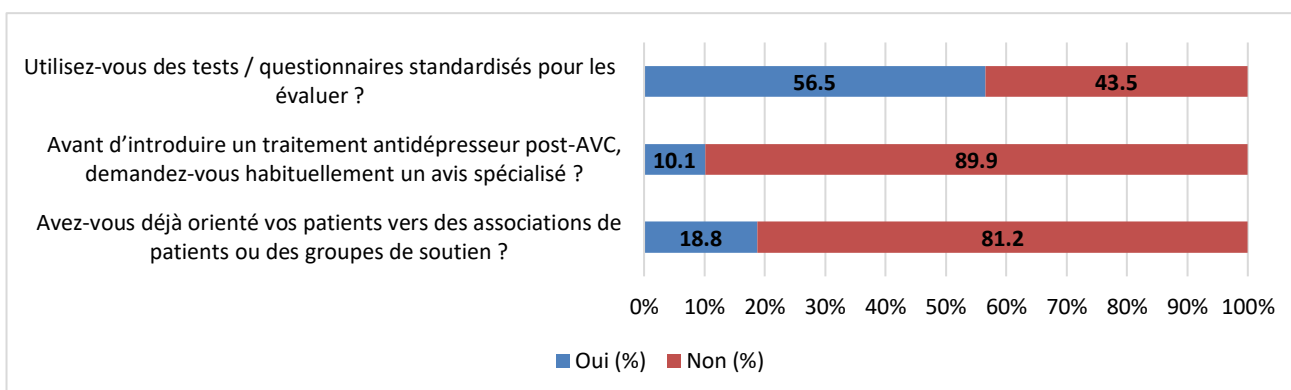
Parmi les médecins déclarant utiliser des tests standardisés (n = 12), les outils les plus fréquemment mentionnés étaient le *Mini-Mental State Examination* (MMSE, annexe 5), cité par 11 répondants, le test de l'horloge, mentionné par 6 répondants, et le *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA, annexe 6), mentionné par 5 répondants. Le test des 5 mots de Dubois (annexe 7) était rapporté par 3 répondants. Plusieurs réponses étant possibles, un même médecin pouvait citer plusieurs tests (figure 8).



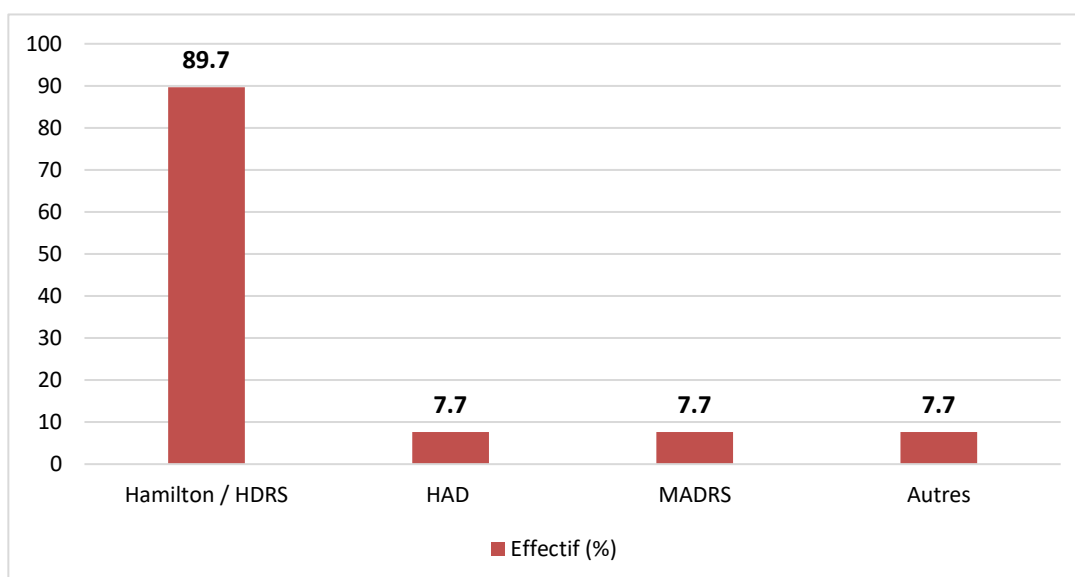
**Figure 9 : Orientation prioritaire des patients en cas de nécessité de bilan ou de suivi neuropsychologique**

En cas de nécessité d'un bilan ou d'un suivi neuropsychologique, l'orientation se faisait en priorité vers un neurologue dans 36,2 % des cas, vers un neuropsychologue dans 29,0 % des cas, puis vers un gériatre via les consultations mémoire dans 23,2 % des cas. Le recours au médecin MPR et à une autre ressource était rapporté dans 5,8 % des cas chacun (figure 9).

## Les troubles thymiques



**Figure 10 : Prise en charge des troubles thymiques post-AVC**



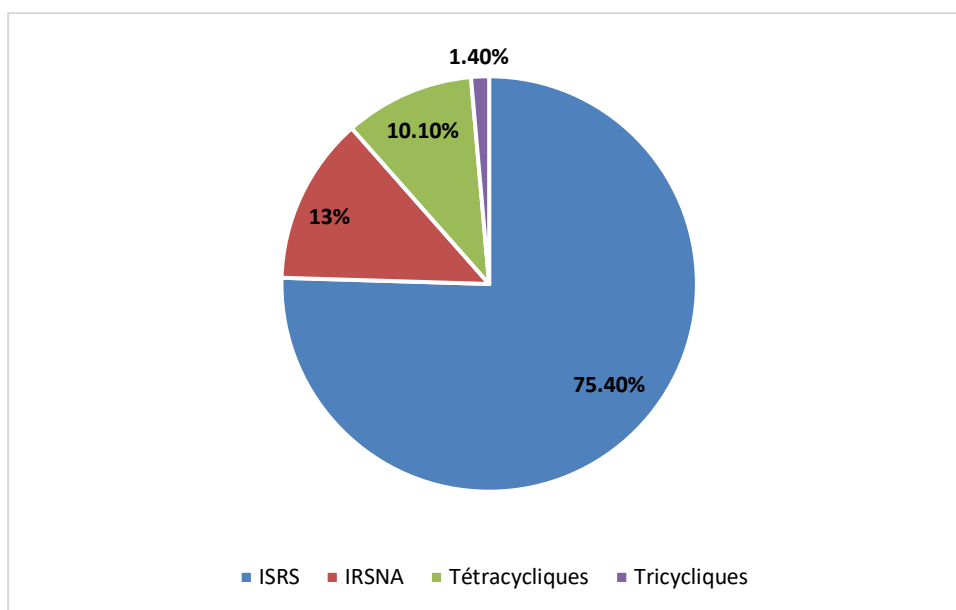
**Figure 11 : Outils cités pour l'évaluation des troubles thymiques post-AVC (n = 39)**

L'utilisation de tests ou questionnaires standardisés pour l'évaluation des troubles thymiques était rapportée par 56,5 % des répondants (figure 10).

Parmi les tests déclarés, l'échelle de Hamilton (HDRS) (annexe 8) était de loin la plus fréquemment citée (35 citations). D'autres outils étaient mentionnés plus ponctuellement, notamment la HAD (*Hospital anxiety and Depression scale*) (annexe 9) et la MADRS (*Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale*) (3 citations chacune) (annexe 10). La GDS (*geriatric depression scale*), le PHQ-9 (*9-Item Patient Health Questionnaire*) (annexe 11) et l'échelle de Beck (annexe 12) n'étaient

cités qu'isolément. Il est à noter également que plusieurs réponses étaient possibles, un même médecin pouvant citer plusieurs tests (figure 11).

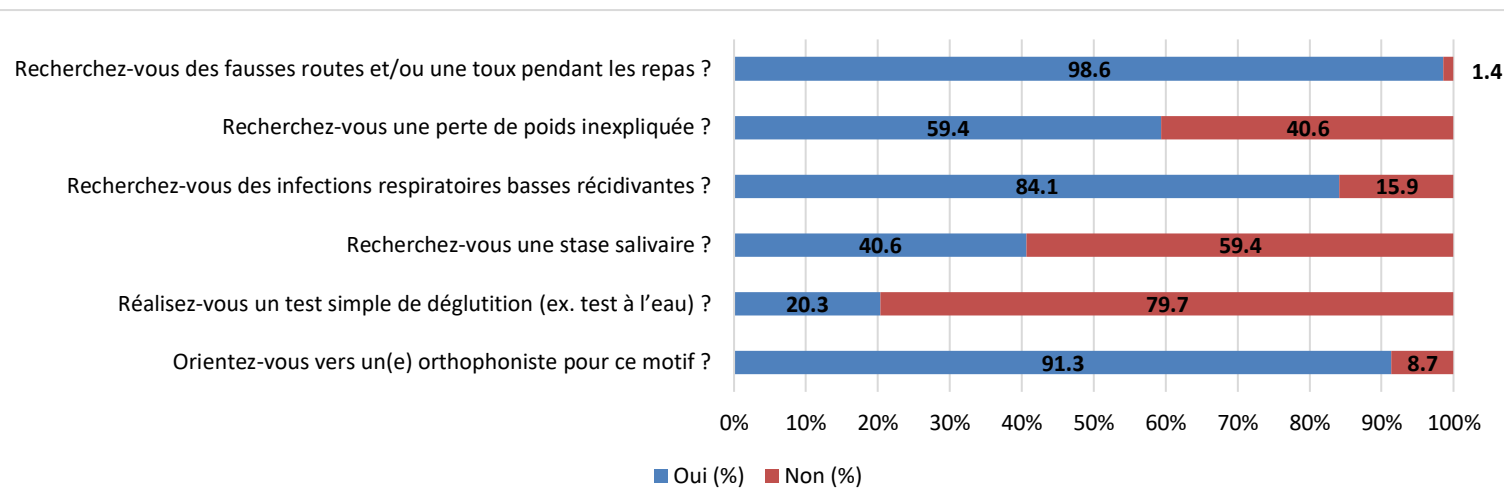
Avant l'introduction d'un traitement antidépresseur dans les suites d'un AVC, 10,1 % des répondants déclaraient demander habituellement un avis spécialisé. L'orientation vers des associations de patients ou des groupes de soutien était rapportée par 18,8 % des médecins interrogés.



**Figure 12 : Classe d'antidépresseurs prescrits en première intention**

En cas de retentissement important, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) constituaient la classe d'antidépresseurs la plus souvent prescrite en première intention, rapportée par 75,4 % des répondants. Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA) étaient cités dans 13,0 % des cas, les tétracycliques dans 10,1 %, et les tricycliques dans 1,4 % des cas (figure 12).

## Les troubles de la déglutition

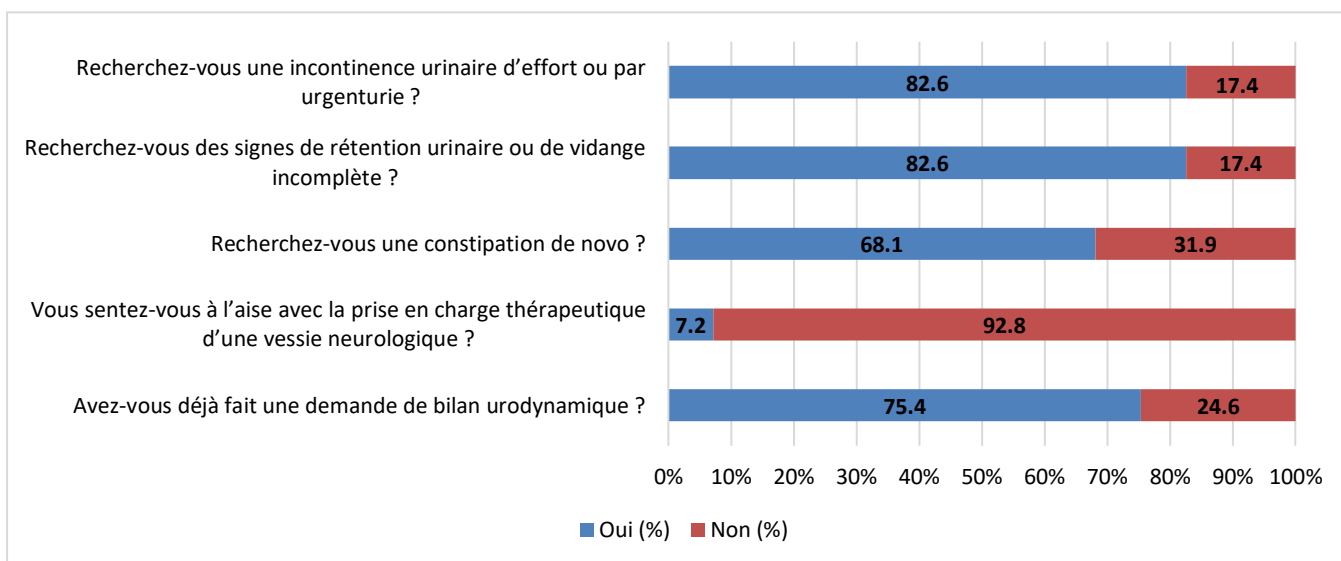


**Figure 13 : Prise en charge des troubles de la déglutition post-AVC**

En cas de suspicion de troubles de la déglutition, les signes les plus fréquemment recherchés étaient la présence de fausses routes ou d'une toux pendant les repas (98,6 %) et la survenue d'infections respiratoires basses récidivantes (84,1 %) (figure 13).

La recherche d'une perte de poids inexplicquée était rapportée par 59,4 % des répondants, tandis que la recherche d'une stase salivaire l'était par 40,6 %. La réalisation d'un test simple de déglutition, tel qu'un test à l'eau, n'était rapportée que par 20,3 % des répondants. En revanche, l'orientation vers un(e) orthophoniste pour ce motif était déclarée par 91,3 % des médecins interrogés.

## Les troubles vésico-sphinctériens



**Figure 14 : Prise en charge des troubles vésico-sphinctériens post-AVC**

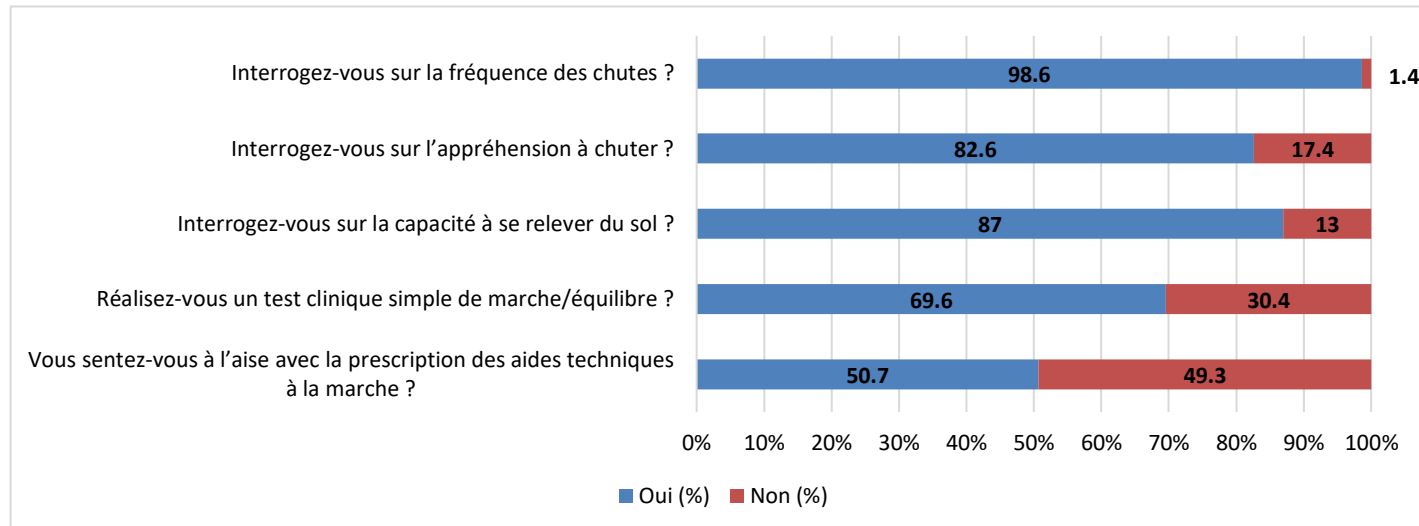
En cas de suspicion de troubles vésico-sphinctériens, les répondants rapportaient rechercher une IU d'effort ou par urgenturie dans 82,6 % des cas, ainsi que des signes de rétention urinaire ou de vidange incomplète dans 82,6 % des cas également. La recherche d'une constipation de novo était rapportée par 68,1 % des répondants (figure 14).

Seuls 7,2 % des médecins interrogés se déclaraient à l'aise avec la prise en charge thérapeutique d'une vessie neurologique. Une demande de bilan urodynamique en cas de suspicion de vessie neurologique avait déjà été réalisée par 75,4 % des répondants.

La question concernant le recours à l'électrostimulation périnéale (type « UroStim ») était réservée aux répondants se déclarant à l'aise avec la prise en charge d'une vessie neurologique. Cinq médecins y ont répondu : 2 rapportaient y avoir déjà eu recours et 3 ne pas l'avoir fait.

## 1.5. Évaluation des pratiques concernant les limitations d'activité et restrictions de participation

### Les troubles de la marche

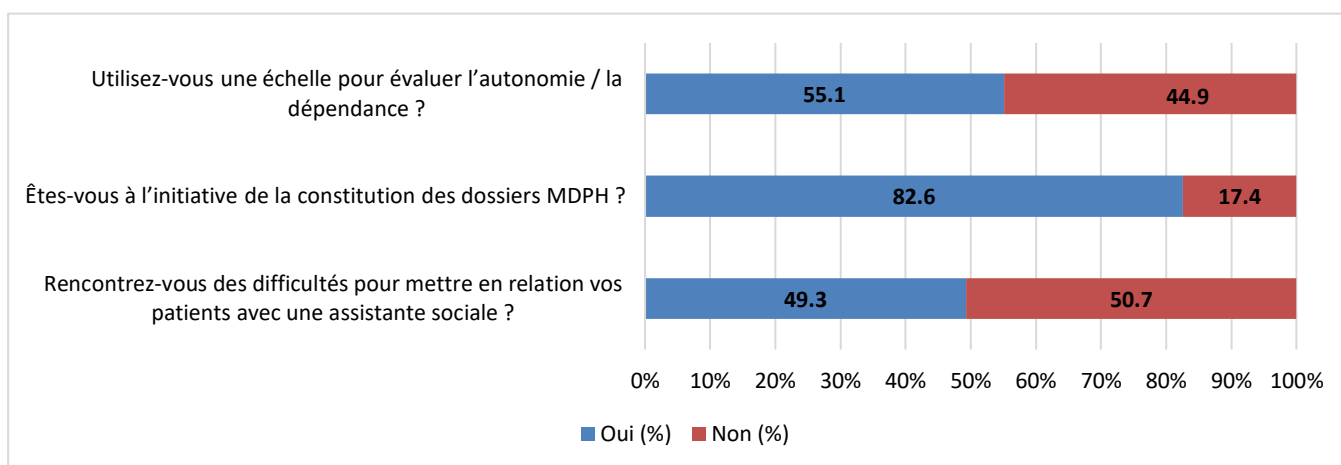


**Figure 15 : Prise en charge des troubles de la marche post-AVC**

En cas de suspicion de troubles de la marche, les répondants rapportaient interroger très majoritairement leurs patients sur la fréquence des chutes (98,6 %), sur leur capacité à se relever du sol (87,0 %) et sur leur appréhension à chuter (82,6 %) (figure 15).

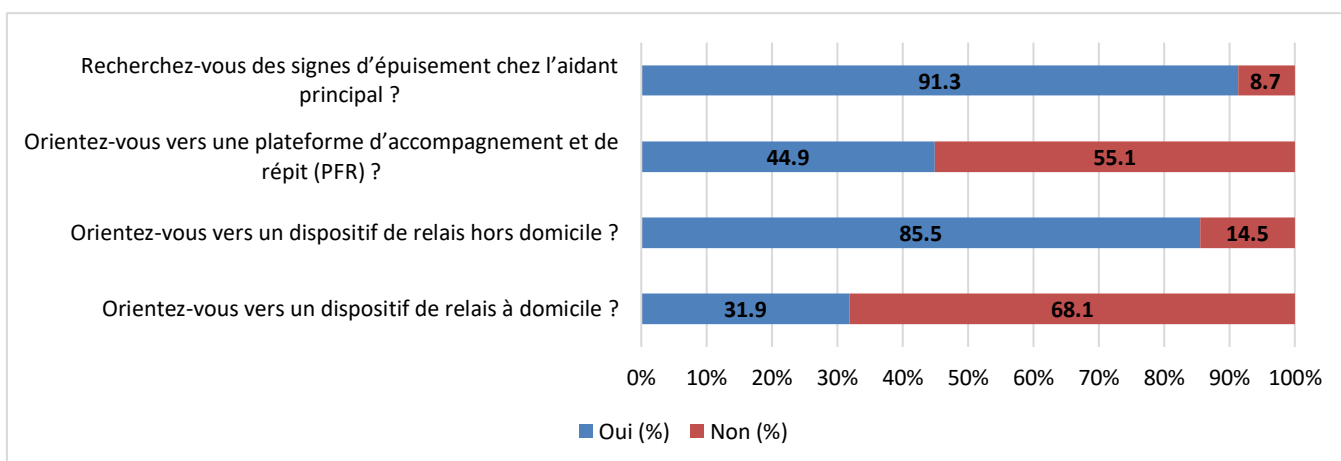
La réalisation d'un test clinique simple de marche ou d'équilibre était rapportée par 69,6 % des répondants. Par ailleurs, 50,7 % des médecins se déclaraient à l'aise avec la prescription des aides techniques à la marche.

### Perte d'autonomie et retentissement sur les aidants



**Figure 16 : Prise en charge de la perte d'autonomie post-AVC**

L'utilisation d'une échelle d'évaluation de l'autonomie ou de la dépendance était rapportée par 55,1 % des répondants. La constitution d'un dossier MDPH à l'initiative du MG était rapportée par 82,6 % des répondants (figure 16). Des difficultés pour mettre les patients en relation avec une assistante sociale étaient rapportées par 49,3 % des médecins interrogés.

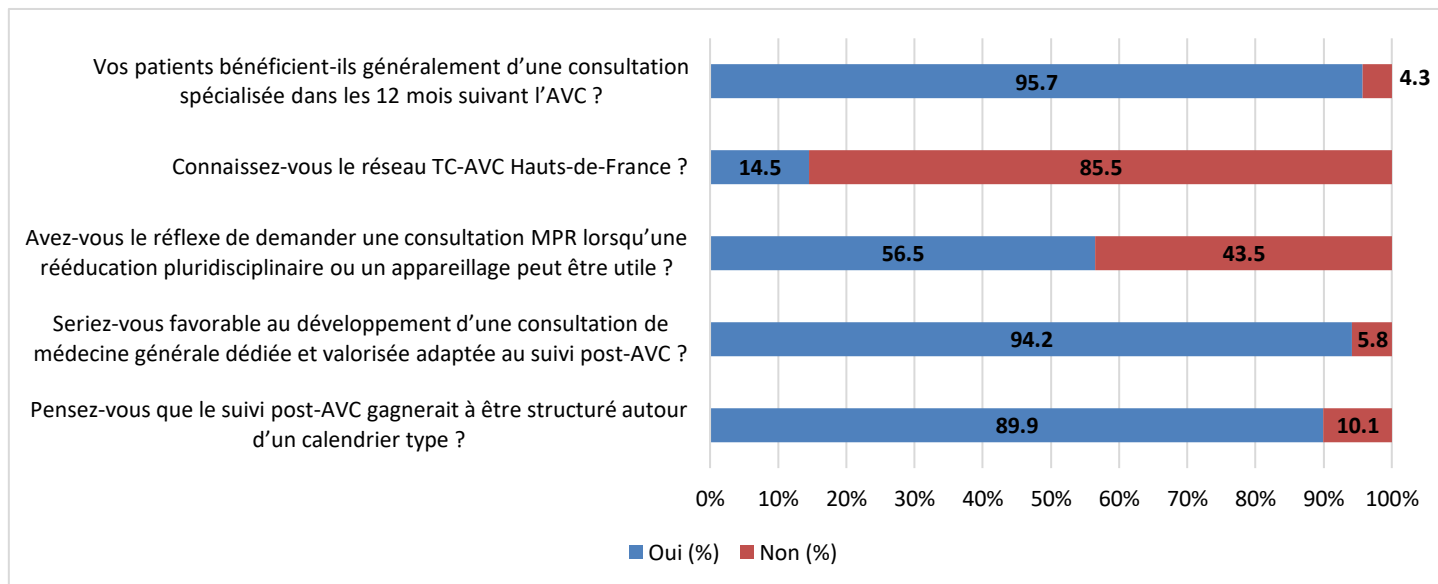


**Figure 17 : Prise en charge de l'aidant principal**

En cas de perte d'autonomie significative, la recherche de signes d'épuisement chez l'aidant principal était déclarée par 91,3 % des répondants (figure 17). En cas de signes d'épuisement de

l'aidant, l'orientation vers un dispositif de relais hors domicile était rapportée par 85,5 % des répondants. L'orientation vers une plateforme d'accompagnement et de répit était rapportée dans 44,9 % des cas, et vers un dispositif de relais à domicile dans 31,9 % des cas.

## 1.6. Organisation du suivi post-AVC et recours aux ressources spécialisées



**Figure 18 : Organisation du suivi spécialisé post-AVC**

Selon les répondants, les patients ayant présenté un AVC bénéficiaient généralement d'une consultation spécialisée dans les 12 mois dans 95,7 % des cas (figure 18).

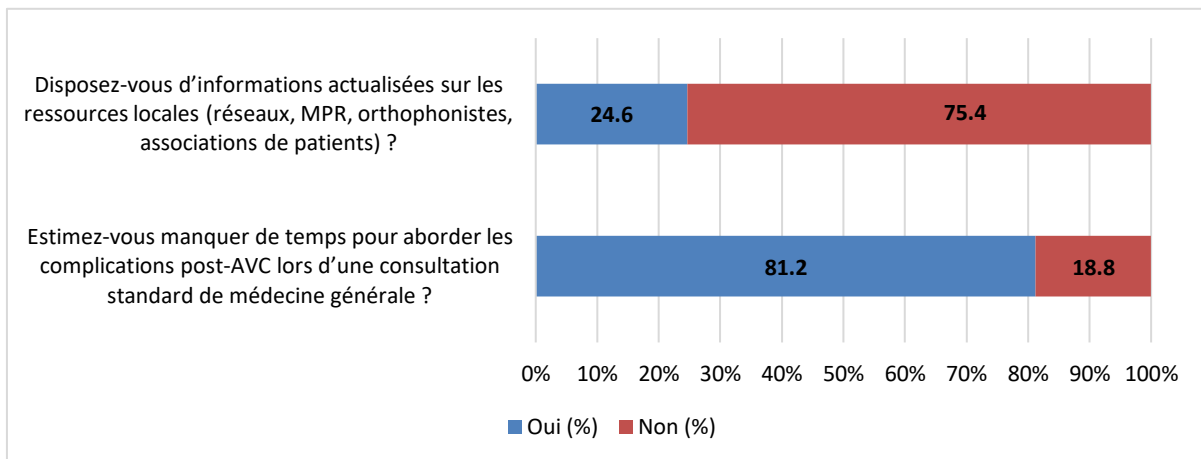
La connaissance du réseau TC-AVC Hauts-de-France était rapportée par 14,5 % des répondants. La question relative à la sollicitation effective du réseau TC-AVC était réservée aux répondants déclarant connaître ce réseau. Dix médecins y ont répondu : 3 rapportaient l'avoir déjà sollicité pour organiser une évaluation ou une coordination, tandis que 7 déclaraient ne pas y avoir eu recours.

Le réflexe de demander une consultation MPR lorsqu'une rééducation pluridisciplinaire ou un appareillage pouvait être utile était rapporté par 56,5 % des répondants.

Le développement d'une consultation dédiée et valorisée adaptée au suivi post-AVC recueillait un avis favorable chez 94,2 % des médecins interrogés.

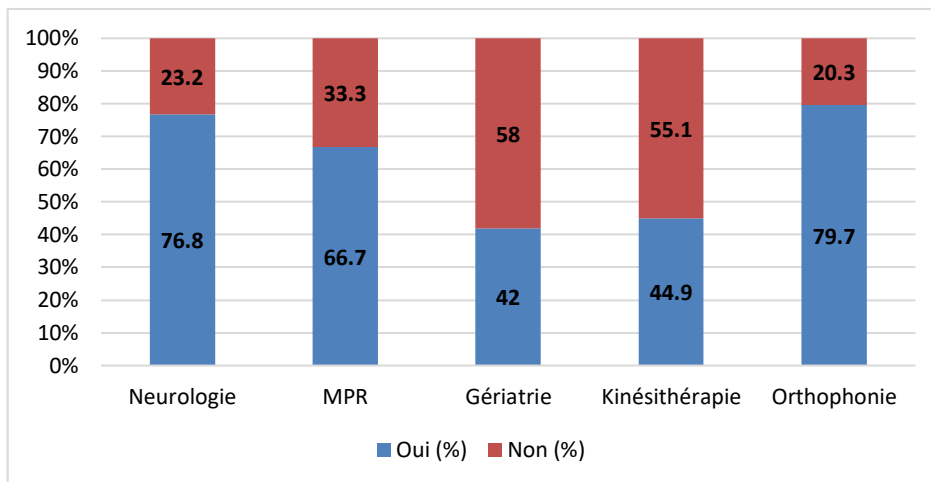
Enfin, la structuration du suivi post-AVC autour d'un calendrier type de consultations et d'évaluations planifiées était jugée pertinente par 89,9 % des répondants.

## 1.7. Difficultés perçues dans le suivi post-AVC



**Figure 19 : Freins perçus dans le suivi post-AVC en médecine générale**

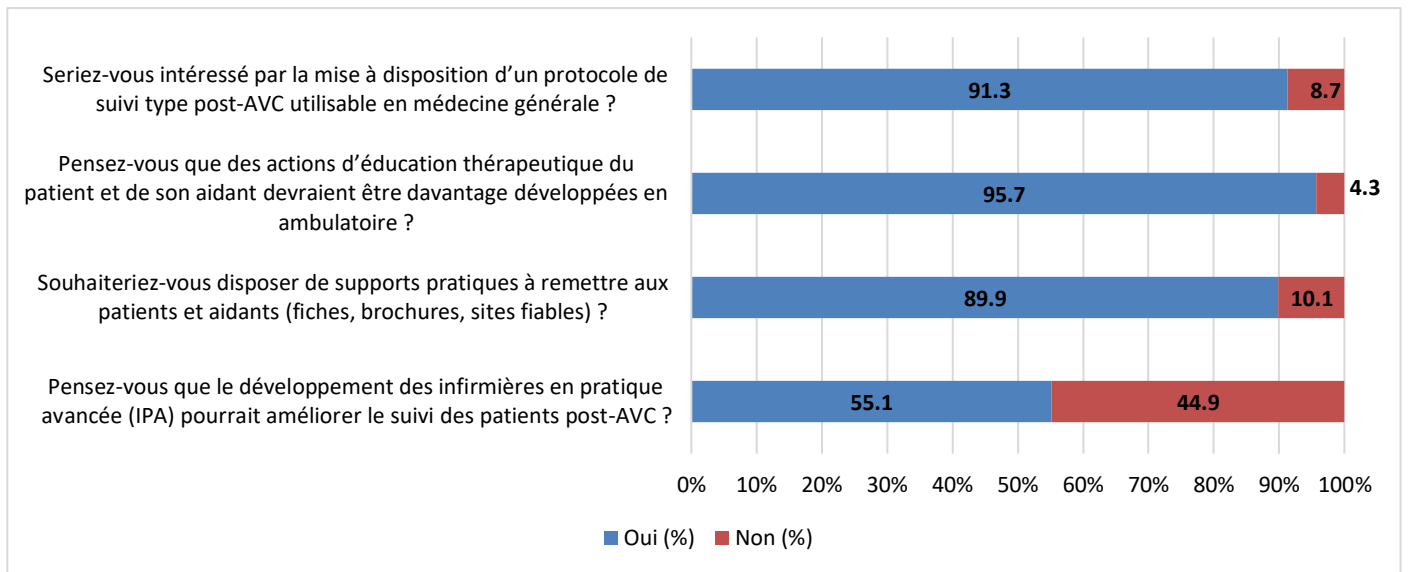
Le manque de temps pour aborder les complications post-AVC lors d'une consultation standard de médecine générale était rapporté par 81,2 % des répondants (figure 19). Seuls 24,6 % des répondants déclaraient disposer d'informations actualisées sur les ressources locales.



**Figure 20 : Difficultés d'accès aux consultations spécialisées et/ou paramédicales**

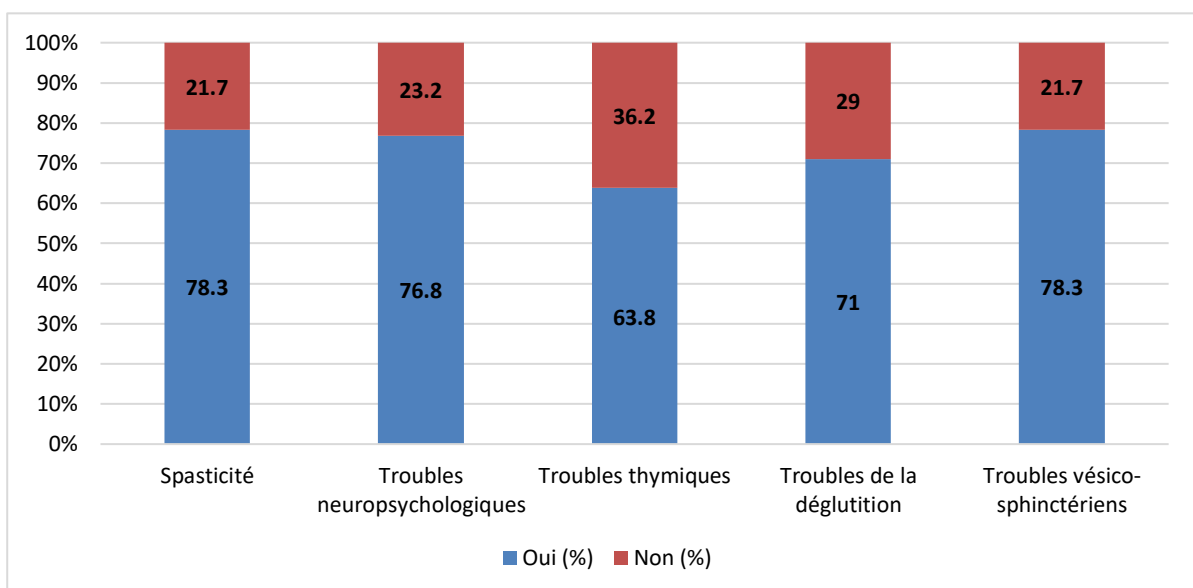
Des difficultés d'accès étaient principalement rapportées pour l'orthophonie (79,7 %) et la neurologie (76,8 %). Ces difficultés concernaient également la MPR dans 66,7 % des cas (figure 20). Elles étaient moins fréquemment rapportées pour la kinésithérapie (44,9 %) et la gériatrie (42,0 %).

## 1.8. Besoins et pistes d'amélioration du suivi post-AVC



**Figure 21 : Besoins et pistes d'amélioration du suivi post-AVC**

La mise à disposition d'un protocole de suivi type post-AVC utilisable en médecine générale intéressait 91,3 % des répondants (figure 21). Le développement d'actions d'éducation thérapeutique du patient et de son aidant en ambulatoire était jugé souhaitable par 95,7 % des répondants. La mise à disposition de supports pratiques à remettre aux patients et aidants était souhaitée par 89,9 % des répondants. Le développement des IPA comme levier d'amélioration du suivi post-AVC était jugé favorable par 55,1 % des répondants.



**Figure 22 : Intérêt pour une formation sur la prise en charge des complications après un AVC**

Un intérêt pour une formation complémentaire était rapporté par 78,3 % des répondants pour la spasticité et par 78,3 % également pour les troubles vésico-sphinctériens (figure 22). Cet intérêt concernait également les troubles neuropsychologiques dans 76,8 % des cas et les troubles de la déglutition dans 71,0 % des cas. Les troubles thymiques restaient néanmoins une thématique d'intérêt pour 63,8 % des répondants.

## 2. Analyses inférentielles exploratoires

Variables analysées	Médecins libéraux installés n/N (%)	Remplaçants n/N (%)	OR brut [IC95%]	p
Utilisation de tests neuropsychologiques	6/38 (15,8 %)	6/24 (25,0 %)	0,563 [0,158–2,004]	0,511
Utilisation de tests thymiques	22/38 (57,9 %)	15/24 (62,5 %)	0,825 [0,289–2,352]	0,794
Réalisation d'un test simple de déglutition	3/38 (7,9 %)	6/24 (25,0 %)	0,257 [0,057–1,150]	0,077
Aisance avec la prescription d'aides techniques à la marche	14/38 (36,8 %)	15/24 (62,5 %)	0,350 [0,122–1,007]	0,068
Initiative d'un dossier MDPH	34/38 (89,5 %)	17/24 (70,8 %)	3,500 [0,899–13,629]	0,089
Avis favorable sur le développement des IPA	14/38 (36,8 %)	17/24 (70,8 %)	0,240 [0,080–0,721]	<b>0,018</b>
Orientation vers la MPR pour toxine botulinique	23/38 (60,5 %)	7/24 (29,2 %)	3,724 [1,246–11,125]	<b>0,020</b>

**Tableau III : Association entre le mode d'exercice et les pratiques déclarées du suivi post-AVC**

En analyse bivariée, deux associations statistiquement significatives ont été retrouvées selon le mode d'exercice. Les médecins libéraux installés déclaraient plus fréquemment avoir déjà orienté un patient vers une consultation de MPR en vue d'injections de toxine botulinique que les remplaçants (60,5 % versus 29,2 % ; OR brut = 3,724 ; IC95 % [1,246-11,125] ; p = 0,020). À l'inverse, les remplaçants exprimaient plus souvent un avis favorable concernant le développement des IPA dans le suivi post-AVC (70,8 % versus 36,8 % ; OR brut = 0,240 ; IC95 % [0,080-0,721] ; p = 0,018).

Les autres comparaisons selon le mode d'exercice n'atteignaient pas le seuil de significativité statistique. Certains écarts descriptifs étaient toutefois observés entre les groupes, concernant la réalisation d'un test simple de déglutition, l'aisance avec la prescription des aides techniques à la marche et l'initiative de constitution d'un dossier MDPH. L'utilisation de tests neuropsychologiques et de tests d'évaluation des troubles thymiques ne différait pas significativement entre les deux groupes.

<b>Variables analysées</b>	<b>Zone rurale n/N (%)</b>	<b>Zone urbaine n/N (%)</b>	<b>OR brut [IC95%]</b>	<b>p</b>
Difficultés d'accès à la MPR	15/24 (62,5 %)	19/28 (67,9 %)	0,789 [0,251-2,482]	0,774
Difficultés d'accès à l'orthophonie	17/24 (70,8 %)	25/28 (89,3 %)	0,291 [0,066-1,288]	0,157
Difficultés d'accès à la neurologie	17/24 (70,8 %)	22/28 (78,6 %)	0,662 [0,188-2,337]	0,541
Difficultés de lien avec une assistante sociale	11/24 (45,8 %)	15/28 (53,6 %)	0,733 [0,246-2,189]	0,781

**Tableau IV : Association entre zone d'exercice et difficultés d'accès aux ressources**

Aucune association statistiquement significative n'a été mise en évidence entre la zone d'exercice et les difficultés d'accès aux ressources spécialisées ou sociales. Les difficultés d'accès à la MPR, à l'orthophonie et à la neurologie, ainsi que les difficultés de mise en lien avec une assistante sociale ne différaient pas significativement entre zone rurale et zone urbaine.

Séquelle analysée	Rho de Spearman [IC95 %]	p
Spasticité	0,319 [0,089-0,517]	<b>0,007</b>
Troubles neuro-cognitifs	0,033 [-0,205-0,268]	0,787
Troubles thymiques	-0,082 [-0,313-0,158]	0,505
Troubles de la déglutition	0,188 [-0,051-0,407]	0,123
Troubles vésico-sphinctériens	0,073 [-0,167-0,304]	0,549
Perte d'autonomie	-0,063 [-0,295-0,176]	0,609

**Tableau V : Corrélation entre la fréquence des consultations liées aux séquelles post-AVC et la fréquence perçue de certaines séquelles chroniques (N = 69)**

Seule la spasticité était significativement corrélée à la fréquence des consultations liées aux séquelles post-AVC (rho de Spearman = 0,319 ; IC95 % [0,089-0,517] ; p = 0,007). Les médecins rapportant un suivi plus fréquent déclaraient également rencontrer plus souvent cette complication. Aucune corrélation significative n'était retrouvée pour les autres séquelles étudiées.

## DISCUSSION

Notre étude apporte des données originales sur un champ encore peu décrit en soins primaires, celui des pratiques des médecins généralistes face aux complications chroniques de l'AVC. Si la littérature s'est jusqu'alors principalement attachée à la prévention secondaire vasculaire et au contrôle des facteurs de risque, les modalités concrètes de repérage, de prise en charge et d'orientation des séquelles chroniques demeurent, elles, moins bien décrites.

Nos résultats suggèrent une implication réelle des médecins généralistes dans le suivi post-AVC, alors même qu'ils perçoivent ces complications comme peu fréquentes dans leur activité quotidienne, contrastant avec leur prévalence élevée rapportée dans la littérature (7). Cet écart entre prévalence et fréquence perçue peut s'expliquer par leur dilution dans un champ de consultation beaucoup plus large, par le nombre limité de patients concernés à l'échelle d'une patientèle, mais aussi par le caractère parfois discret ou peu exprimé spontanément de certaines séquelles.

Les complications les plus fréquemment rencontrées par les médecins interrogés étaient celles ayant un retentissement immédiat sur la vie quotidienne des patients : perte d'autonomie, troubles de la marche, troubles thymiques et neuro-cognitifs. À l'inverse, la spasticité et les troubles vésico-sphinctériens étaient moins souvent mentionnés. Il est toutefois intéressant de noter qu'une corrélation positive a été mise en évidence entre la fréquence du suivi post-AVC et la fréquence perçue de la spasticité : les médecins rapportant un suivi plus fréquent déclaraient également rencontrer plus souvent cette complication, ce qui suggère que son repérage s'affine avec l'expérience du suivi. Cette observation est instructive : elle suggère que les séquelles post-AVC sont d'abord identifiées à travers leurs conséquences fonctionnelles, psychiques et sociales, dans un contexte où le médecin généraliste, par sa connaissance du patient et le suivi qu'il assure au long cours, occupe une place privilégiée pour en repérer l'expression. Une telle interprétation est cohérente avec les données de la littérature disponibles. La thèse de Fournel, consacrée aux attentes des médecins généralistes dans la prise en charge neuro-rééducative du post-AVC léger dans le Nord-Pas-de-Calais, retrouvait déjà une attention prioritairement portée aux symptômes à fort impact fonctionnel ou psychoaffectif, tandis que les troubles toniques, génito-urinaires et visuels restaient davantage en retrait (62).

Un premier constat de notre étude est que le dépistage clinique semblait bien intégré à la pratique des médecins interrogés. Pour la majorité des complications explorées, les principaux signes d'alerte — à l'interrogatoire comme à l'examen — étaient connus et activement recherchés, notamment dans les domaines de la déglutition, des troubles urinaires et de la marche.

Le repérage paraissait toutefois davantage reposer sur l'interrogatoire orienté et l'expérience clinique que sur l'utilisation systématique d'outils standardisés. Cette hétérogénéité était particulièrement marquée pour les troubles neuro-cognitifs, rarement évalués à l'aide d'un test spécifique, contrairement aux troubles thymiques, plus souvent objectivés par des échelles. Ce constat s'explique en partie par le caractère chronophage de ces outils, mais aussi par leur inadéquation à une consultation de médecine générale, déjà décrite dans la littérature, avec comme principaux freins le manque de temps, de formation à leur utilisation et leur perception comme davantage adaptés à une prise en charge spécialisée (63).

Parmi les outils cités, l'échelle de Hamilton (HDRS) pour les troubles thymiques et le MMSE pour les troubles neuro-cognitifs occupaient une place prédominante, traduisant un recours préférentiel à des tests déjà intégrés à la pratique courante et bien établis dans la littérature. En post-AVC, leur utilisation mérite toutefois d'être nuancée. Sur le plan cognitif, le MMSE paraît moins sensible pour le repérage des atteintes légères, alors que le MoCA semble plus performant, explorant plus finement les fonctions exécutives et attentionnelles, fréquemment atteintes après un AVC (64,65). Sur le plan thymique, la HDRS, malgré des qualités psychométriques satisfaisantes en post-AVC, accorde une place importante aux symptômes somatiques, pouvant biaiser son interprétation et exposer à un risque de surdiagnostic. Dans cette perspective, des outils comme la CES-D (*Center For Epidemiologic Studies-Depression*) ou le PHQ-9 peuvent constituer des alternatives intéressantes (66-68). Enfin, ces différents tests doivent toujours être interprétés à la lumière d'éventuels troubles phasiques ou visuospatiaux susceptibles d'en limiter la pertinence (29).

La prise en charge thérapeutique apparaissait plus contrastée que le dépistage clinique. Les pratiques semblaient être d'autant plus uniformes que la situation relevait d'un domaine déjà familier des soins primaires.

Les troubles thymiques en constituaient une bonne illustration : les répondants sollicitaient rarement un avis spécialisé avant d'introduire un antidépresseur et optaient le plus souvent pour un ISRS en première intention. Cette relative homogénéité n'est pas surprenante, la dépression relevant déjà du champ courant du médecin généraliste, indépendamment du contexte neurologique. Elle s'inscrit par ailleurs dans le prolongement des données de la littérature, qui soutiennent l'intérêt de certains ISRS dans la dépression post-AVC sous réserve d'une évaluation clinique rigoureuse. Une partie de nos répondants citait également les IRSNA. Ce recours plus minoritaire pourrait traduire la prise en compte de symptômes douloureux associés, notamment lorsqu'une douleur neuropathique centrale est suspectée, certains IRSNA comme la duloxétine disposant de données d'efficacité dans cette indication (69,70).

À l'inverse, les situations nécessitant une approche plus complexe donnaient lieu à des pratiques plus dispersées. Ce constat était particulièrement visible pour les troubles vésico-sphinctériens, qui

semblaient bien repérés sur le plan symptomatique, mais très peu de répondants se déclaraient à l'aise avec la prise en charge thérapeutique d'une vessie neurologique. Cette dissociation peut paraître cohérente avec le caractère plus spécialisé de cette prise en charge, mais elle peut aussi traduire une connaissance encore incomplète du sujet en soins primaires.

Cette hypothèse est renforcée par le fait que les troubles vésico-sphinctériens figuraient, avec la spasticité, parmi les thématiques suscitant le plus fort intérêt pour une formation complémentaire dans notre étude. En effet, compte tenu du retentissement fonctionnel, social et psychologique de ces troubles, le médecin généraliste est souvent l'un des premiers interlocuteurs du patient. Dans cette perspective, le recours à des outils simples — calendrier mictionnel, neurostimulation transcutanée de type « UroStim », dont la prescription est accessible au médecin généraliste, accompagnement pratique autour du sondage intermittent — pourrait constituer des leviers d'amélioration du suivi en soins primaires (39,40,71).

La spasticité illustre, elle aussi, cette zone de moindre appropriation thérapeutique. Dans notre étude, moins d'un praticien sur deux déclarait avoir déjà adressé un patient pour des injections de toxine botulinique, pourtant traitement de première intention de la spasticité focale. Cette orientation était significativement plus fréquente chez les médecins libéraux que chez les remplaçants (OR brut = 3,724 ; IC95 % [1,246–11,125]), suggérant le poids d'un ancrage territorial plus ancien et la constitution progressive d'un réseau de correspondants spécialisés facilitant l'adressage. Ce résultat, bien que modeste, apparaît nettement supérieur à l'effectivité observée à l'échelle populationnelle : en France, Levy et al. montraient que seuls 10,7 % des survivants d'AVC avaient un codage de spasticité post-AVC, et que 2,3 % avaient reçu au moins une injection de toxine botulinique entre 2014 et 2020 (72). Sans être directement comparables à nos données déclaratives, ces chiffres suggèrent un écart réel entre les pratiques rapportées par les médecins et l'accès réel des patients à cette prise en charge spécialisée.

Cette difficulté semble donc davantage renvoyer à une problématique d'adressage et de structuration du réseau local, en particulier autour de la MPR, qui occupe une place centrale dans la prise en charge de la spasticité. Dans notre étude, environ la moitié des répondants déclaraient adresser

leurs patients en consultation de MPR en cas de nécessité d'une rééducation pluridisciplinaire ou d'un appareillage. Les textes de parcours rappellent pourtant que tout patient ayant présenté un AVC devrait pouvoir bénéficier d'une évaluation de ses séquelles par un médecin de MPR, en consultation ou dans le cadre d'un bilan interdisciplinaire en hôpital de jour (65). Ce constat rejoint des travaux français plus anciens montrant que le champ de compétences de la MPR reste imparfaitement identifié par les médecins généralistes, le recours étant souvent conditionné à la connaissance d'un interlocuteur ou d'un réseau local (73).

Au-delà du champ de la spasticité, nos résultats témoignent plus largement d'un parcours post-AVC encore imparfaitement structuré. Bien que la majorité des répondants ait estimé que leurs patients bénéficiaient d'une consultation spécialisée dans l'année suivant l'AVC, les données nationales continuent de révéler un écart entre les recommandations et la réalité du recours : à 6 mois d'une hospitalisation pour AVC, seuls 28,8 % des survivants d'AVC ischémique et 18,8 % des survivants d'AVC hémorragique avaient consulté un neurologue, avec d'importantes disparités territoriales (69). Ce tableau est renforcé par le manque de lisibilité des dispositifs locaux : une minorité seulement de médecins déclaraient connaître le réseau TC-AVC Hauts-de-France ou disposer d'informations actualisées sur les ressources disponibles. Ces résultats suggèrent que l'enjeu ne se limite pas à l'amélioration des connaissances théoriques des médecins généralistes, mais concerne également une meilleure identification des ressources mobilisables, leurs indications et leurs modalités d'accès.

Les objectifs secondaires de notre étude permettent de mettre en perspective ces résultats en identifiant les freins perçus par les médecins généralistes et les besoins qu'ils expriment pour améliorer le suivi post-AVC.

Le manque de temps ressortait comme principal obstacle, ce qui paraît peu surprenant au regard du caractère multidimensionnel de ce suivi. Une consultation standard de médecine générale semble en effet difficilement compatible avec l'exploration simultanée de la prévention secondaire, des plaintes fonctionnelles, des troubles cognitifs ou thymiques, des besoins rééducatifs, des enjeux sociaux et du soutien à l'aidant. À ce manque de temps s'ajoutaient les difficultés d'accès au second recours, en particulier en orthophonie et en neurologie. Cette difficulté d'accès contraste avec le fait que

l'orthophonie soit largement identifiée par les répondants comme le relais adapté en cas de troubles de la déglutition, soulignant une tension entre la pertinence du recours théorique et son accessibilité réelle.

Enfin, les besoins exprimés par les répondants donnent à ces résultats une portée très concrète. Les médecins se montraient très largement favorables à une consultation dédiée et valorisée, à un protocole de suivi standardisé, à des supports pratiques à destination des patients et des aidants, ainsi qu'au développement de l'éducation thérapeutique en ambulatoire. L'intérêt pour des formations ciblées était particulièrement marqué pour la spasticité, les troubles vésico-sphinctériens et les troubles neuropsychologiques, en cohérence avec les domaines dans lesquels le repérage semblait moins outillé ou la prise en charge moins aisée.

Notre étude présente plusieurs forces. Tout d'abord, elle apporte des données originales sur un sujet encore peu exploré en soins primaires, en s'intéressant de façon concrète aux pratiques des MG face aux complications chroniques de l'AVC. L'un de ses atouts réside dans l'approche globale retenue, qui ne se limite pas à une complication isolée mais intègre les dimensions cliniques, fonctionnelles, organisationnelles et médico-sociales du suivi. La diversité des profils de répondants, en termes de mode et de zone d'exercice, renforce par ailleurs l'intérêt descriptif du travail.

Cette étude présente également plusieurs limites. L'effectif de 70 répondants reste modeste et inférieur à l'objectif initialement fixé, ce qui limite la précision des estimations et la portée généralisable des résultats. Le caractère déclaratif de l'enquête, associé à un recrutement volontaire par questionnaire, expose à la fois à un biais de mémorisation et à un biais de sélection, les médecins les plus sensibilisés à la problématique post-AVC ayant possiblement été plus enclins à participer. Enfin, la place importante accordée aux questions dichotomiques (« oui/non ») ne permettait qu'une appréhension partielle de la nuance réelle des pratiques, mais favorisait l'exploration d'un spectre plus large des complications post-AVC. Par ailleurs, le questionnaire n'explorait pas l'ensemble des complications ou situations de handicap susceptibles de se poser en phase chronique. En effet, certaines dimensions importantes comme le retentissement professionnel, la reprise de la conduite automobile, les troubles visuels ou les douleurs neuropathiques n'ont pas été explorées.

Ce travail ouvre plusieurs perspectives. Il constitue une base pour le développement d'outils simples, adaptés à la consultation libérale, afin de faciliter le repérage, l'orientation et la prise en charge des complications chroniques post-AVC. Il invite également à réfléchir à des modèles de suivi plus standardisés et mieux valorisés en médecine générale, adaptés à la complexité de ces situations. Enfin, il souligne l'intérêt de formations ciblées et la nécessité de renforcer les échanges entre professionnels impliqués dans le handicap et médecins généralistes, afin d'améliorer la cohérence du parcours de soins.

## **CONCLUSION**

Cette étude met en lumière la place centrale mais complexe du médecin généraliste dans l'accompagnement des patients à la phase chronique après un AVC. Les médecins généralistes apparaissent impliqués, en particulier dans le repérage des troubles ayant un retentissement clinique, fonctionnel ou médico-social rapidement perceptible. En revanche, certaines séquelles plus spécialisées et parfois moins visibles, comme la spasticité et les troubles vésico-sphinctériens, semblaient moins ancrées dans les automatismes de prise en charge et d'orientation vers les ressources adaptées.

Cette hétérogénéité des pratiques semble s'inscrire dans un contexte marqué par plusieurs freins, parmi lesquels le manque de temps, la difficulté d'accès à certains recours spécialisés, et une lisibilité encore insuffisante du parcours post-AVC.

Le développement d'outils simples de repérage et l'amélioration de l'information sur les ressources mobilisables locales pourraient constituer des pistes d'amélioration. À travers ces pistes, l'objectif n'est pas de transférer l'ensemble de la complexité du post-AVC vers le médecin généraliste, mais de lui permettre d'exercer pleinement son rôle dans un parcours de soins mieux structuré, articulé avec les professionnels impliqués dans le handicap et reposant sur des relais identifiés.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Donnan GA, Fisher M, Macleod M, Davis SM. Stroke. *The Lancet*. mai 2008;371(9624):1612-23. doi:10.1016/S0140-6736(08)60694-7
2. Hankey GJ. Stroke. *The Lancet*. févr 2017;389(10069):641-54. doi:10.1016/S0140-6736(16)30962-X
3. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, et al. 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. mars 2018;49(3). doi:10.1161/STR.0000000000000158
4. Van Asch CJ, Luitse MJ, Rinkel GJ, Van Der Tweel I, Algra A, Klijn CJ. Incidence, case fatality, and functional outcome of intracerebral haemorrhage over time, according to age, sex, and ethnic origin: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Neurology*. févr 2010;9(2):167-76. doi:10.1016/S1474-4422(09)70340-0
5. Chen CH, Chang TY, Sung PS, Su HC, Chou CH, Tung H, et al. An overview of post-stroke disability. *Journal of the Formosan Medical Association*. nov 2025;S0929664625005832. doi:10.1016/j.jfma.2025.10.038
6. Feigin VL, Stark BA, Johnson CO, Roth GA, Bisignano C, Abady GG, et al. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Neurology*. oct 2021;20(10):795-820. doi:10.1016/S1474-4422(21)00252-0
7. Gabet A, Béjot Y, Touzé E, Womant F, Suissa L, Grave C, et al. Épidémiologie des accidents vasculaires cérébraux en France. *Bull Épidémiol Hebd*. 2025;23-38.
8. Inserm. Accident vasculaire cérébral (AVC) – Dossier et chiffres clés. Paris : Inserm; 2022.
9. Banks JL, Marotta CA. Outcomes Validity and Reliability of the Modified Rankin Scale: Implications for Stroke Clinical Trials: A Literature Review and Synthesis. *Stroke*. mars 2007;38(3):1091-6. doi:10.1161/01.STR.0000258355.23810.c6
10. Physiopedia [Internet]. Spasticity. Disponible sur: <https://www.physio-pedia.com/Spasticity>

11. Christofi G, Ashford S, Birns J, Dalton C, Duke L, Madsen C, et al. Improving the management of post-stroke spasticity: Time for ACTION. *J Rehabil Med-CC*. 2018;1(1):1000004. doi:10.2340/20030711-1000004
12. Wissel J, Manack A, Brainin M. Toward an epidemiology of poststroke spasticity. *Neurology*. 15 janv 2013;80(3\_supplement\_2). doi:10.1212/WNL.0b013e3182762448
13. Thibaut A, Chatelle C, Ziegler E, Bruno MA, Laureys S, Gosseries O. Spasticity after stroke: Physiology, assessment and treatment. *Brain Injury*. 1 sept 2013;27(10):1093-105. doi:10.3109/02699052.2013.804202
14. Chen B, Yang T, Liao Z, Sun F, Mei Z, Zhang W. Pathophysiology and Management Strategies for Post-Stroke Spasticity: An Update Review. *IJMS*. 5 janv 2025;26(1):406. doi:10.3390/ijms26010406
15. Glaess-Leistner S, Ri SJ, Audebert HJ, Wissel J. Early clinical predictors of post stroke spasticity. *Topics in Stroke Rehabilitation*. 3 oct 2021;28(7):508-18. doi:10.1080/10749357.2020.1843845
16. Francisco GE, Wissel J, Platz T, Li S. Post-Stroke Spasticity. In: Platz T, éditeur. *Clinical Pathways in Stroke Rehabilitation* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2021 [cité 4 mars 2026]. p. 149-73. Disponible sur: [http://link.springer.com/10.1007/978-3-030-58505-1\\_9](http://link.springer.com/10.1007/978-3-030-58505-1_9) doi:10.1007/978-3-030-58505-1\_9
17. He Y, Liu G, Wu J, Jiang X, Yang S. Proteomic Analysis of Thin Filament Components Elucidates Changes in Spastic Muscle Sarcomere After Stroke. *IJMS*. 24 oct 2025;26(21):10356. doi:10.3390/ijms262110356
18. Milligan J, Ryan K, Lee J. Demystifying spasticity in primary care. *Can Fam Physician*. oct 2019;65(10):e422-8. PubMed PMID: 31604751; PubMed Central PMCID: PMC6788654.
19. Engrand N. Spasticité en anesthésie-réanimation. In: MAPAR 2008 [Internet]. 2008. p. 271-95. Disponible sur: <https://www.mapar.org/article/1/Communication%202520MAPAR/ce28h1w9/S>
20. Thibault A. Qu'est ce que la spasticité? [Internet]. 28 janv 2023. Disponible sur: <https://ahfmc.fr/wp-content/uploads/2024/01/04-Quest-ce-que-la-spasticite-A-THIBAUT-JMH-2023.pdf>

21. Elbasiouny SM, Moroz D, Bakr MM, Mushahwar VK. Management of Spasticity After Spinal Cord Injury: Current Techniques and Future Directions. *Neurorehabil Neural Repair*. janv 2010;24(1):23-33. doi:10.1177/1545968309343213
22. Stevenson V, Playford D. Neurological rehabilitation and the management of spasticity. *Medicine*. sept 2012;40(9):513-7. doi:10.1016/j.mpmed.2012.06.008
23. Rabchevsky AG, Kitzman PH. Latest Approaches for the Treatment of Spasticity and Autonomic Dysreflexia in Chronic Spinal Cord Injury. *Neurotherapeutics*. avr 2011;8(2):274-82. doi:10.1007/s13311-011-0025-5
24. El Hussein N, Katzan IL, Rost NS, Blake ML, Byun E, Pendlebury ST, et al. Cognitive Impairment After Ischemic and Hemorrhagic Stroke: A Scientific Statement From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. juin 2023;54(6). doi:10.1161/STR.0000000000000430
25. Rost NS, Brodtmann A, Pase MP, Van Veluw SJ, Biffi A, Duering M, et al. Post-Stroke Cognitive Impairment and Dementia. *Circulation Research*. 15 avr 2022;130(8):1252-71. doi:10.1161/CIRCRESAHA.122.319951
26. Service public de l'autonomie. Pour les personnes âgées [Internet]. 2024. Les équipes spécialisées Alzheimer (ESA). Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie/a-qui-s-adresser/les-equipes-specialisees-alzheimer-esa>
27. Song R, Park M, Jang T, Oh J, Sohn MK. Effects of a Tai Chi-Based Stroke Rehabilitation Program on Symptom Clusters, Physical and Cognitive Functions, and Quality of Life: A Randomized Feasibility Study. *IJERPH*. 20 mai 2021;18(10):5453. doi:10.3390/ijerph18105453
28. Ersoy C, Iyigun G. Boxing training in patients with stroke causes improvement of upper extremity, balance, and cognitive functions but should it be applied as virtual or real? *Topics in Stroke Rehabilitation*. 17 févr 2021;28(2):112-26. doi:10.1080/10749357.2020.1783918
29. VILLAIN M. Facteurs de risque et de protection pour la dépression post AVC : approche en vie quotidienne [Thèse de doctorat de Neurosciences] [Internet]. [Paris]; 2016. Disponible sur: <https://theses.hal.science/tel-02102299/>

30. Robinson RG, Jorge RE, Starkstein SE. Poststroke Depression: An Update. *JNP*. janv 2024;36(1):22-35. doi:10.1176/appi.neuropsych.21090231
31. Wei KC, Wang TG, Hsiao MY. The Cortical and Subcortical Neural Control of Swallowing: A Narrative Review. *Dysphagia*. avr 2024;39(2):177-97. doi:10.1007/s00455-023-10613-x
32. Dworzynski K, Ritchie G, Playford ED. Stroke rehabilitation: long-term rehabilitation after stroke. *Clinical Medicine*. oct 2015;15(5):461-4. doi:10.7861/clinmedicine.15-5-461
33. Dziewas R, Michou E, Trapl-Grundschober M, Lal A, Arsava EM, Bath PM, et al. European Stroke Organisation and European Society for Swallowing Disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia. *European Stroke Journal*. 1 sept 2021;6(3):LXXXIX-CXV. doi:10.1177/23969873211039721
34. Labeit B, Lapa S, Lueg G, Joebges R, Hofacker J, Muhle P, et al. Oropharyngeal dysphagia: a narrative review towards an integrated neurogeriatric perspective. *The Lancet Healthy Longevity*. déc 2025;6(12):100794. doi:10.1016/j.lanhl.2025.100794
35. Heart and Stroke Foundation of Canada. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Delivery of Stroke Rehabilitation to Optimize Functional Recovery. 6. Swallowing (Dysphagia), Nutrition and Oral Care [Internet]. Heart and Stroke Foundation of Canada; 2025. Disponible sur: <https://www.strokebestpractices.ca/recommendations/stroke-rehabilitation-delivery/6-swallowing-nutrition-and-oral-care>
36. Brady MC, Mills C, Prag Øra H, Novaes N, Becker F, Constantinidou F, et al. European Stroke Organisation (ESO) guideline on aphasia rehabilitation. *European Stroke Journal*. 1 déc 2025;10(4):1189-220. doi:10.1177/23969873241311025
37. Gordon C, Davidson CE, Roffe C, Clegg A, Booth J, Lightbody CE, et al. Evaluating methods of detecting and determining the type of urinary incontinence in adults after stroke: A systematic review. *Neurourology and Urodynamics*. févr 2024;43(2):364-81. doi:10.1002/nau.25330
38. CAQUANT-ELKOUN M. Prévalence en phase aigüe des troubles vésicosphinctériens post accident vasculaire cérébral de la cohorte GRECOGVASC. [Thèse de doctorat en médecine] [Internet]. [Amiens]; 2019. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02174359v1/file/Caquant->

Elkoun%20Marina.%20Th%C3%A8se%20d%27exercice%20de%20m%C3%A9decine.%20Physique  
%20et%20r%C3%A9adaptation%20%28UPJV%29.pdf

39. Agapiou E, Pyrgelis ES, Mavridis IN, Meliou M, Wimalachandra WSB. Bladder dysfunction following stroke: An updated review on diagnosis and management. *Bladder*. 23 août 2024;11(1):0012. doi:10.14440/bladder.2024.0012
40. European Association of Urology. EAU Guidelines on Neuro-Urology [Internet]. 2026. Disponible sur: <https://uroweb.org/guidelines/neuro-urology/chapter/introduction>
41. Mohan DM, Khandoker AH, Wasti SA, Ismail Ibrahim Ismail Alali S, Jelinek HF, Khalaf K. Assessment Methods of Post-stroke Gait: A Scoping Review of Technology-Driven Approaches to Gait Characterization and Analysis. *Front Neurol*. 8 juin 2021;12:650024. doi:10.3389/fneur.2021.650024
42. Li S, Francisco GE, Zhou P. Post-stroke Hemiplegic Gait: New Perspective and Insights. *Front Physiol*. 2 août 2018;9:1021. doi:10.3389/fphys.2018.01021
43. Kluding PM, Dunning K, O'Dell MW, Wu SS, Ginosian J, Feld J, et al. Foot Drop Stimulation Versus Ankle Foot Orthosis After Stroke: 30-Week Outcomes. *Stroke*. juin 2013;44(6):1660-9. doi:10.1161/STROKEAHA.111.000334
44. Goto Y, Otaka Y, Suzuki K, Inoue S, Kondo K, Shimizu E. Incidence and circumstances of falls among community-dwelling ambulatory stroke survivors: A prospective study. *Geriatrics Gerontology Int*. mars 2019;19(3):240-4. doi:10.1111/ggi.13594
45. Montero-Odasso M, van der Velde N, Martin FC, Petrovic M, Tan MP, Ryg J, et al. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age Ageing*. 2 sept 2022;51(9):afac205. doi:10.1093/ageing/afac205 PubMed PMID: 36178003; PubMed Central PMCID: PMC9523684.
46. Persson C, Hansson P, Sunnerhagen K. Clinical tests performed in acute stroke identify the risk of falling during the first year: Postural stroke study in Gothenburg (POSTGOT)\*. *J Rehabil Med*. 2011;43(4):348-53. doi:10.2340/16501977-0677
47. Haute Autorité de santé. Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée : argumentaire [Internet]. Haute Autorité de santé; nov 2005. Disponible sur: <https://www.has->

sante.fr/upload/docs/application/pdf/prevention\_des\_chutes\_-\_argumentaire.pdf.pdf

48. Alt Murphy M, Munoz-Novoa M, Heremans C, Branscheidt M, Cabanas-Valdés R, Engelter ST, et al. European Stroke Organisation (ESO) guideline on motor rehabilitation. *European Stroke Journal*. 1 déc 2025;10(4):1160-88. doi:10.1177/23969873251338142

49. Schnitzler A, Woimant F, Tuppin P, de Peretti C. Prevalence of self-reported stroke and disability in the French adult population: a transversal study. *PLoS One*. 2014;9(12):e115375. doi:10.1371/journal.pone.0115375 PubMed PMID: 25521057; PubMed Central PMCID: PMC4270760.

50. Blavet, Thomas. 9,3 millions de personnes déclarent apporter une aide régulière à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie en 2021 [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-02/ER1255EMB.pdf>

51. Hébert R, Bravo G, Girouard D. Fidélité de la traduction française de trois instruments d'évaluation des aidants naturels de malades déments. *Can J Aging*. 1993;12(3):324-37. doi:10.1017/S0714980800013726

52. Service public de l'autonomie. Pour les personnes âgées [Internet]. 2025. Les plateformes d'accompagnement et de répit. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie/a-qui-s-adresser/les-plateformes-d-accompagnement-et-de-repit>

53. Ministère des Solidarités et de la Santé. Besoin de répit : 17 fiches-repère pour les aidants [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://solidarites.gouv.fr/besoin-de-repit-17-fiches-repere-pour-les-aidants>

54. Haute Autorité de Santé. Guide du parcours de santé – Accident vasculaire cérébral de l'adulte [Internet]. Saint-Denis: Haute Autorité de Santé; 2025. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-10/dir2/avc\\_-\\_guide\\_du\\_parcours\\_de\\_sante.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-10/dir2/avc_-_guide_du_parcours_de_sante.pdf)

55. Haute Autorité de Santé. Rééducation à la phase chronique d'un AVC de l'adulte : Pertinence, indications et modalités [Recommandation de bonne pratique] [Internet]. Saint-Denis: Haute Autorité de Santé; 2022. Disponible sur: [https://has-sante.fr/jcms/p\\_3150692/fr/reeducation-a-la-phase-chronique-d-un-avc-de-l-adulte-pertinence-indications-et-modalites?](https://has-sante.fr/jcms/p_3150692/fr/reeducation-a-la-phase-chronique-d-un-avc-de-l-adulte-pertinence-indications-et-modalites?)

56. Haute Autorité de Santé. Parcours de rééducation/réadaptation après la phase initiale d'AVC – Rapport d'élaboration. Saint-Denis : HAS; 2020.
57. Ministère de la Santé. Plan d'actions national « accidents vasculaires cérébraux » 2010-2014 [Internet]. 2010. Disponible sur: [https://www.avc-normandie.fr/media-files/plan-d-actions-avc\\_2010-2014,1611.pdf](https://www.avc-normandie.fr/media-files/plan-d-actions-avc_2010-2014,1611.pdf)
58. Haute Autorité de Santé. Guide/traceur – ALD n°1 : Vivre après un AVC. Saint-Denis: HAS; 2007.
59. Assurance Maladie. ameli [Internet]. Prado, le service de retour à domicile. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado>
60. Réseau TC-AVC Hauts-de-France. Plaquette d'informations à destination des professionnels intervenant auprès des personnes victimes d'un accident vasculaire cérébral (AVC), d'un traumatisme crânien (TC) ou d'une autre lésion cérébrale acquise [Internet]. Réseau TC-AVC Hauts-de-France; 2020. Disponible sur: [https://www.reseautcavc-hdf.org/wp-content/uploads/2021/05/Plaquettes\\_prof\\_RTC-AVC-2020-04-01.pdf](https://www.reseautcavc-hdf.org/wp-content/uploads/2021/05/Plaquettes_prof_RTC-AVC-2020-04-01.pdf)
61. Petit-Druetta N. Suivi en médecine générale des patients ayant eu un AVC. Thèse de doctorat en médecine. Lyon : Université Claude Bernard Lyon 1; 2014.
62. FOURNEL A. Évaluation des attentes des médecins généralistes dans la prise en charge neuro rééducative du post AVC chez les patients ayant subi un AVC léger, étude quantitative dans le Nord-Pas-de-Calais. [Thèse de doctorat en médecine] [Internet]. Université de Lille; 2025. Disponible sur: [https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th\\_Medecine/2025/2025ULILM496.pdf](https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2025/2025ULILM496.pdf)
63. Di Patrizio P, Blanchet E, Perret-Guillaume C, Benetos A. What use general practitioners do they tests and scales referred to geriatric? *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*. mars 2013;11(1):21-31. doi:10.1684/pnv.2013.0392
64. Burton L, Tyson S. Screening for cognitive impairment after stroke: A systematic review of psychometric properties and clinical utility. *J Rehabil Med*. 2015;47(3):193-203. doi:10.2340/16501977-1930
65. Quinn TJ, Richard E, Teuschl Y, Gattringer T, Hafdi M, O'Brien JT, et al. *European Stroke*

- Organisation and European Academy of Neurology joint guidelines on post-stroke cognitive impairment. *Euro J of Neurology*. déc 2021;28(12):3883-920. doi:10.1111/ene.15068
66. Meader N, Moe-Byrne T, Llewellyn A, Mitchell AJ. Screening for poststroke major depression: a meta-analysis of diagnostic validity studies. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 1 févr 2014;85(2):198-206. doi:10.1136/jnnp-2012-304194
67. Towfighi A, Ovbiagele B, El Husseini N, Hackett ML, Jorge RE, Kissela BM, et al. Poststroke Depression: A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. févr 2017;48(2). doi:10.1161/STR.0000000000000113
68. Liu F, Gong L, Zhao H, Li Y li, Yan Z, Mu J. Validity of evaluation scales for post-stroke depression: a systematic review and meta-analysis. *BMC Neurol*. 15 août 2024;24(1):286. doi:10.1186/s12883-024-03744-7
69. Mahesh B, Singh VK, Pathak A, Kumar A, Mishra VN, Joshi D, et al. Efficacy of Duloxetine in Patients with Central Post-stroke Pain: A Randomized Double Blind Placebo Controlled Trial. *Pain Medicine*. 1 juin 2023;24(6):610-7. doi:10.1093/pm/pnac182
70. Chen KY, Li RY. Efficacy and safety of different antidepressants and anticonvulsants in central poststroke pain: A network meta-analysis and systematic review. Abdelbasset WK, éditeur. *PLoS ONE*. 13 oct 2022;17(10):e0276012. doi:10.1371/journal.pone.0276012
71. Rebibo JD. Comment je prescris la neurostimulation du nerf tibial postérieur (TENS)? *Progrès en Urologie - FMC*. déc 2016;26(4):F80-2. doi:10.1016/j.fpurol.2016.09.003
72. Levy J, Karam P, Forestier A, Loze JY, Bensmail D. Botulinum toxin use in patients with post-stroke spasticity: a nationwide retrospective study from France. *Front Neurol*. 23 août 2023;14:1245228. doi:10.3389/fneur.2023.1245228
73. Andriantsifanetra C, Abramovici F, Tirmarche D, Bradai N, Sportouch P, Yelnik A. Évaluation de la coopération entre médecins généralistes et médecins de médecine physique et de réadaptation. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*. oct 2012;55:e31. doi:10.1016/j.rehab.2012.07.079

## LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 : LE REFLEXE MYOTATIQUE .....	4
FIGURE 2 : PROFILS DE DYSFONCTIONNEMENT DU BAS APPAREIL URINAIRE APRES UNE AFFECTION NEUROLOGIQUE.....	12
FIGURE 3 : FLOW CHART.....	<b>ERREUR ! LE SIGNET N'EST PAS DEFINI.</b>
FIGURE 4 : FREQUENCE PERÇUE EN CONSULTATION DES PRINCIPALES SEQUELLES POST-AVC .....	23
FIGURE 5 : SIGNES CLINIQUES RECHERCHES POUR LE REPERAGE DE LA SPASTICITE.....	24
FIGURE 6 : ÉVALUATION FONCTIONNELLE ET ORIENTATION DES PATIENTS PRESENTANT UNE SPASTICITE POST-AVC .....	24
FIGURE 7 : RECOURS A DES OUTILS STANDARDISES POUR L'ÉVALUATION DES TCPA .....	25
FIGURE 8 : OUTILS CITES POUR L'ÉVALUATION DES TCPA (N = 12).....	25
FIGURE 9 : ORIENTATION PRIORITAIRE DES PATIENTS EN CAS DE NECESSITE DE BILAN OU DE SUIVI NEUROPSYCHOLOGIQUE.....	26
FIGURE 10 : PRISE EN CHARGE DES TROUBLES THYMIQUES POST-AVC .....	27
FIGURE 11 : OUTILS CITES POUR L'ÉVALUATION DES TROUBLES THYMIQUES POST-AVC (N = 39) .....	27
FIGURE 12 : CLASSE D'ANTIDEPRESSEURS PRESCRITS EN PREMIERE INTENTION .....	28
FIGURE 13 : PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE LA DEGLUTITION POST-AVC.....	29
FIGURE 14 : PRISE EN CHARGE DES TROUBLES VESICO-SPHINCTERIENS POST-AVC .....	29
FIGURE 15 : PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE LA MARCHE POST-AVC.....	30
FIGURE 16 : PRISE EN CHARGE DE LA PERTE D'AUTONOMIE POST-AVC .....	31
FIGURE 17 : PRISE EN CHARGE DE L'AIDANT PRINCIPAL .....	31
FIGURE 18 : ORGANISATION DU SUIVI SPECIALISE POST-AVC.....	32
FIGURE 19 : FREINS PERÇUS DANS LE SUIVI POST-AVC EN MEDECINE GENERALE.....	33
FIGURE 20 : DIFFICULTES D'ACCES AUX CONSULTATIONS SPECIALISEES ET/OU PARAMEDICALES .....	33
FIGURE 21 : BESOINS ET PISTES D'AMELIORATION DU SUIVI POST-AVC .....	34
FIGURE 22 : INTERET POUR UNE FORMATION SUR LA PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS APRES UN AVC.....	34

## **LISTE DES TABLEAUX**

TABLEAU I : SIGNES DU SMN SELON BARNES .....	5
TABLEAU II : CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION .....	22
TABLEAU III : ASSOCIATION ENTRE LE MODE D'EXERCICE ET LES PRATIQUES DECLAREES DU SUIVI POST-AVC .....	35
TABLEAU IV : ASSOCIATION ENTRE ZONE D'EXERCICE ET DIFFICULTES D'ACCES AUX RESSOURCES .....	36
TABLEAU V : CORRELATION ENTRE LA FREQUENCE DES CONSULTATIONS LIEES AUX SEQUELLES POST-AVC ET LA FREQUENCE PERÇUE DE CERTAINES SEQUELLES CHRONIQUES (N = 69) .....	37

# TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>1. Données générales sur l'accident vasculaire cérébral (AVC)</b> .....	<b>1</b>
1.1. Définition et classification .....	1
1.2. Évaluation pronostique .....	2
1.3. Épidémiologie et retentissement fonctionnel .....	2
<b>2. Séquelles et déficiences chroniques post-AVC</b> .....	<b>3</b>
2.1. Troubles du tonus : spasticité.....	3
2.1.1. Définition et épidémiologie .....	3
2.1.2. Physiopathologie .....	4
2.1.3. Approche clinique.....	5
2.1.4. Prise en charge .....	6
2.2. Troubles cognitifs .....	7
2.2.1. Définition et épidémiologie .....	7
2.2.2. Prise en charge.....	7
2.3. Troubles thymiques .....	8
2.3.1. Épidémiologie .....	8
2.3.2. Approche clinique.....	9
2.4. Les troubles de la déglutition .....	9
2.4.1. Définition et épidémiologie .....	9
2.4.2. Approche clinique et prise en charge .....	10
2.5. Les troubles vésico-sphinctériens .....	11
2.5.1. Définition et épidémiologie .....	11
2.5.2. Prise en charge.....	12
<b>3. Limitations d'activité et restrictions de participation</b> .....	<b>13</b>
3.1. Les troubles de la marche .....	13
3.2. Perte d'autonomie et retentissement sur les aidants .....	15
<b>4. Organisation du parcours de soins post-AVC et place du médecin généraliste</b> .....	<b>16</b>
<b>5. Problématique de recherche</b> .....	<b>18</b>
<b>MATÉRIELS ET MÉTHODES</b> .....	<b>18</b>
1. Objectif de l'étude .....	18
2. Type d'étude et population étudiée .....	18
3. Outil et mode de recueil .....	19
4. Rédaction du questionnaire .....	19
5. Analyses statistiques .....	20
<b>RÉSULTATS</b> .....	<b>21</b>
1. Analyses descriptives .....	21
1.1. Population étudiée .....	21
1.2. Caractéristiques des répondants .....	22
1.3. Fréquences des consultations en lien avec les séquelles post-AVC .....	23
1.4. Évaluation des pratiques concernant les déficiences chronique post-AVC ..	24

1.5.	Évaluation des pratiques concernant les limitations d'activité et restrictions de participation .....	30
1.6.	Organisation du suivi post-AVC et recours aux ressources spécialisées .....	32
1.7.	Difficultés perçues dans le suivi post-AVC .....	33
1.8.	Besoins et pistes d'amélioration du suivi post-AVC.....	34
2.	<b>Analyses inférentielles exploratoires .....</b>	<b>35</b>
	<b>DISCUSSION.....</b>	<b>37</b>
	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>43</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>44</b>
	<b>LISTE DES FIGURES .....</b>	<b>52</b>
	<b>LISTE DES TABLEAUX .....</b>	<b>53</b>
	<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>54</b>
	<b>ANNEXES .....</b>	<b>I</b>

# ANNEXES

## Annexe 1 : score NIHSS

### NIHSS

Date :

Examineur :

- 1A – Niveau de conscience** .....  
 0 = vigilance normale, réponses aisées  
 1 = non vigilant, mais réveillable par stimulation mineure pour répondre et exécuter des consignes  
 2 = non vigilant, requiert des stimulations répétées pour rester éveillé ou obtenir un mouvement non stéréotypé  
 3 = mouvements stéréotypés, réponds de façon réflexe ou totalement aréactif.
- 1B- Réponse à 2 questions** (exemples: Quel âge avez-vous?; Où habitez vous?; Quel mois sommes nous?)....  
 0= réponds correctement aux 2 questions ;  
 1 = ne réponds correctement qu'à une seule question  
 2= ne réponds correctement à aucune des questions (stupeur ou aphasie = 2)
- 1C- Réponse à 2 ordres** (ex : ouvrir et fermer les yeux ; serrer le poing ; lever la main) .....  
 0 = exécute les 2 ordres correctement  
 1 = exécute un seul ordre correctement sur les 2  
 2 = n'exécute aucune tâche
- 2- Motricité oculaire** (seuls les mouvements horizontaux sont évalués) .....  
 0 = normal  
 1 = paralysie partielle, limitation du regard (sur un œil ou les 2); sans déviation forcée ni paralysie complète  
 2 = déviation tonique ou paralysie totale du regard (non surmontée par les réflexes oculo-céphaliques)
- 3- Champ visuel** .....  
 0 = normal  
 1 = quadrantanopsie (ou extinction visuelle ou hémianopsie partielle)  
 2 = hémianopsie totale  
 3 = double hémianopsie, incluant cécité corticale
- 4- Paralysie faciale** .....  
 0 = mobilité normale et symétrique  
 1 = paralysie mineure (pli naso-génien affaissé / souris asymétrique)  
 2 = paralysie faciale centrale totale (paralysie totale ou presque de la partie inférieure de la face)  
 3 = PF complète (territoire inférieure et supérieure) ou bilatérale
- 5- Motricité du membre supérieur** (à 45° en décubitus).....  
 0 = pas de chute (> 10 secondes)  
 1 = discrète chute, incomplète, avant 10 secondes, sans heurter le lit  
 2 = effort contre pesanteur possible mais le bras ne peut tenir (/ atteindre) la position et chute sur le lit avant 10 sec  
 3 = ébauche de mouvement, absence d'effort possible contre gravité  
 4 = absence de mouvement  
 5b - MSG.....  
*x= mb amputé, articulation douloureuse ou bloquée* 5a - MSD.....
- 6- Motricité du membre inférieur** (tendu à 30° pendant 5 secondes).....  
 0 = pas de chute (> 5 secondes)  
 1 = discrète chute, incomplète, avant 5 secondes, sans heurter le plan du lit  
 2 = effort contre pesanteur possible, mais le MI ne peut tenir (/ atteindre) la position et chute sur le lit avant 5 sec  
 3 = ébauche de mouvement, absence d'effort contre gravité  
 4 = absence de mouvement  
 6a - MID.....  
*x= mb amputé, articulation douloureuse ou bloquée* 6b - MIG.....
- 7- Ataxie des membres** (yeux ouverts ; n'est comptabilisée que si hors de proportion par rapport au déficit moteur)....  
 0 = absence (ou non testable)  
 1 = existe pour un membre  
 2 = existe pour 2 membres
- 8- Sensibilité** (sensibilité à la piqûre ou réaction de retrait après stimulus nociceptif) .....  
 0 = normale  
 1 = déficit discret / modéré (le patient sent que la piqûre est atténuée ou abolie, mais il a conscience d'être touché)  
 2 = anesthésie (il n'a pas conscience d'être touché)
- 9- Langage** (nommer un objet, décrire une image) .....  
 0 = normal  
 1 = aphasie discrète à modérée (perte de fluence / compréhension diminuée(s) sans limitation des idées exprimées)  
 2 = communication impossible (expression fragmentée; nécessite des efforts de la part de l'examineur pour déduire)  
 3 = mutisme, aphasie globale (aucun langage utile ni compréhension du langage oral possible)
- 10- Dysarthrie** .....  
 0 = articulation normale  
 1 = dysarthrie discrète ou modérée (bute sur certains mots, mais reste compréhensible)  
 2 = sévère (inintelligible en absence (ou disproportionnée) avec une éventuelle aphasie)
- 11- Extinction ou négligence**.....  
 0 = absence d'anomalie  
 1 = extinction/négligence visuelle, tactile ou spatiale à la stimulation bilatérale simultanée  
 2 = hémignégligence/extinction à plus d'une modalité sensorielle; ne reconnaît pas main/ s'oriente vers un seul ½ espace

Score NIHSS total : .....

.....
-------

Annexe 2 : score de Rankin modifié (mRS)

Niveau de Rankin	Description
0	Aucun symptôme
1	Aucune incapacité significative en dépit des symptômes; capable d'effectuer toutes les tâches et activités habituelles.
2	Handicap léger : incapable d'effectuer toutes les activités antérieures, mais capable de s'occuper de ses propres affaires sans assistance.
3	Handicap modéré : nécessitant de l'aide, mais capable de marcher sans assistance*.
4	Handicap modérément sévère : incapable de marcher sans assistance et incapable de s'occuper de ses propres besoins corporels sans assistance.
5	Handicap sévère : alité, incontinent et nécessitant de l'attention et des soins infirmiers constants.

## Annexe 3 : échelle de Zarit

### Échelle de Zarit ou Inventaire du Fardeau.

Le score total qui est la somme des scores obtenus à chacun de 22 items, varie de 0 à 88. Un score inférieur ou égal à 20 indique une charge faible ou nulle ; un score entre 21 et 40 indique une charge légère ; un score entre 41 et 60 indique une charge modérée ; un score supérieur à 60 indique une charge sévère.

Voici une liste d'énoncés qui reflètent comment les gens se sentent parfois quand ils prennent soin d'autres personnes. Pour chaque énoncé, indiquer à quelle fréquence il vous arrive de vous sentir ainsi : jamais, rarement, quelquefois, assez souvent, presque toujours. Il n'y a ni bonne, ni mauvaise réponse.

#### Cotation :

- 0 = jamais
- 1 = rarement
- 2 = quelquefois
- 3 = assez souvent
- 4 = presque toujours

#### À quelle fréquence vous arrive-t-il de...

Sentir que votre parent vous demande plus d'aide qu'il n'en a besoin ?	0 1 2 3 4
Sentir que le temps consacré à votre parent ne vous en laisse pas assez pour vous ?	0 1 2 3 4
Vous sentir tiraillé entre les soins à votre parent et vos autres responsabilités (familiales ou de travail) ?	0 1 2 3 4
Vous sentir embarrassé par les comportements de votre parent ?	0 1 2 3 4
Vous sentir en colère quand vous êtes en présence de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent nuit à vos relations avec d'autres membres de la famille ou des amis ?	0 1 2 3 4
Avoir peur de ce que l'avenir réserve à votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent est dépendant de vous ?	0 1 2 3 4
Vous sentir tendu en présence de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre santé s'est détériorée à cause de votre implication auprès de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous n'avez pas autant d'intimité que vous aimeriez à cause de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre vie sociale s'est détériorée du fait que vous prenez soin de votre parent ?	0 1 2 3 4
Vous sentir mal à l'aise de recevoir des amis à cause de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent semble s'attendre à ce que vous preniez soin de lui comme si vous étiez la seule personne sur qui il puisse compter ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous n'avez pas assez d'argent pour prendre soin de votre parent encore longtemps compte tenu de vos autres dépenses ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous ne serez plus capable de prendre soin de votre parent encore bien longtemps ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous avez perdu le contrôle de votre vie depuis la maladie de votre parent ?	0 1 2 3 4
Souhaiter pouvoir laisser le soin de votre parent à quelqu'un d'autre ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous ne savez pas trop quoi faire pour votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous devriez en faire plus pour votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous pourriez donner de meilleurs soins à votre parent ?	0 1 2 3 4
En fin de compte, à quelle fréquence vous arrive-t-il de sentir que les soins à votre parent sont une charge, un fardeau ?	0 1 2 3 4

La revue du Gériatrie, Tome 26, N°4 AVRIL 2001



## Annexe 4 : Questionnaire de l'étude

### Profil professionnel

#### 1. Votre mode d'exercice \*

- Remplaçant
- Médecin libéral
- Médecin salarié (extra-hospitalier)
- Mixte
- Médecin hospitalier

#### 2. Années d'exercice depuis votre installation \*

- < 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- Entre 11 et 20 ans
- > 20 ans

#### 3. Votre département d'exercice principal \*

- Aisne (02)
- Somme (80)
- Oise (60)
- Pas-de-Calais (62)
- Nord (59)

#### 4. Votre zone d'exercice \*

- Urbaine
- Péri-urbaine
- Rurale

#### 5. Nombre estimé de patients ayant présenté un AVC sur les 12 derniers mois dans votre patientèle \*

- < 10
- Entre 10 et 20
- Entre 20 et 40
- > 40
- Je ne sais pas

#### 6. Fréquence de consultations en lien avec les complications suivant un AVC dans votre pratique \*

- Plusieurs fois par semaine
- Plusieurs fois par mois
- Plus rare

### Complications rencontrées et conduites habituelles

#### Spasticité (trouble spastique)

#### 7. À quelle fréquence rencontrez-vous cette complication chez vos patients après un AVC ? \*

- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais
- Je ne connais pas cette complication

#### 8. Demandez-vous à vos patients s'ils ressentent des spasmes et/ou des raideurs musculaires après un AVC ? \*

- Oui
- Non

#### 9. A l'examen, recherchez vous : \*

	Oui	Non
Un varus équin de la cheville ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une flexion persistante du coude ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une main fermée / en griffe ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un comblement du creux axillaire de l'épaule ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### 10. Évaluez-vous l'impact fonctionnel de la spasticité (gêne à la marche, à l'habillage, aux soins) ? \*

- Oui
- Non

#### 11. Avez-vous déjà adressé un de vos patients en consultation MPR en vue de la réalisation d'injections de toxine botulique ? \*

- Oui
- Non

## Complications rencontrées et conduites habituelles

### Troubles neuropsychologiques

12. À quelle fréquence rencontrez-vous cette complication chez vos patients après un AVC ? \*

- Souvent  
 Parfois  
 Rarement  
 Jamais

13. Utilisez-vous des tests / questionnaires standardisés pour évaluer les troubles neuropsychologiques ? \*

- Oui  
 Non

14. Précisez le(s) test(s) utilisé(s)

15. En cas de nécessité de réalisation d'un bilan ou suivi neuropsychologique, vers qui adressez-vous vos patients en priorité ? (une seule réponse attendue) \*

- Neuropsychologue  
 Neurologue  
 Consultation mémoire / Gériatre  
 Médecin MPR  
 Autre

## Complications rencontrées et conduites habituelles

### Troubles thymiques (dépression / anxiété)

16. À quelle fréquence rencontrez-vous cette complication chez vos patients après un AVC ? \*

- Souvent  
 Parfois  
 Rarement  
 Jamais

17. Utilisez-vous des tests / questionnaires standardisés pour les évaluer ? \*

- Oui  
 Non

18. Précisez le(s) test(s) utilisé(s)

19. Avant d'introduire un traitement antidépresseur post-AVC, demandez-vous habituellement un avis spécialisé (neurologue/psychiatre) ? \*

- Oui  
 Non

20. En cas de retentissement important, quelle classe d'antidépresseurs prescrivez-vous le plus souvent en première intention chez vos patients dans les suites d'un AVC ? (une seule réponse attendue) \*

- ISRS (ex. sertraline, citalopram, escitalopram, fluoxétine)  
 IRSNA (ex. venlafaxine, duloxétine)  
 Tricycliques (ex. amitriptyline, clomipramine)  
 Tétracycliques (miansérine, mirtazapine)

21. Avez-vous déjà orienté vos patients vers des associations de patients ou des groupes de soutien (ex. France AVC, GEM TC 80) ? \*

- Oui  
 Non

## Complications rencontrées et conduites habituelles

### Troubles de la marche / chutes

22. À quelle fréquence rencontrez-vous cette complication chez vos patients après un AVC ? \*

- Souvent  
 Parfois  
 Rarement  
 Jamais

23. En cas de suspicion de troubles de la marche, pensez-vous à interroger vos patients : \*

	Oui	Non
Sur la fréquence de leurs chutes ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sur leur appréhension à chuter ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sur leur capacité à se relever du sol après une chute ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. Réalisez-vous un test clinique simple de marche / équilibre (ex. test de la station unipodale) ? \*

- Oui  
 Non

25. Vous sentez-vous à l'aise avec la prescription des aides techniques à la marche ? \*

- Oui  
 Non

### Complications rencontrées et conduites habituelles

#### Troubles de la déglutition

26. À quelle fréquence rencontrez-vous cette complication chez vos patients après un AVC ? \*

- Souvent  
 Parfois  
 Rarement  
 Jamais

27. En cas de suspicion de troubles de la déglutition, recherchez-vous habituellement : \*

	Oui	Non
Des fausses routes et/ou une toux pendant les repas ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une perte de poids inexpliquée ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des épisodes d'infections respiratoires basses récidivantes ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une stase salivaire ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28. En cas de suspicion de troubles de la déglutition, réalisez-vous un test simple (ex. test à l'eau) ? \*

- Oui  
 Non

29. Orientez-vous vos patients vers un(e) orthophoniste pour ce motif ? \*

- Oui  
 Non

### Complications rencontrées et conduites habituelles

#### Troubles vésico-sphinctériens

30. A quelle fréquence rencontrez-vous cette complication de novo chez vos patients après un AVC ? \*

- Souvent  
 Parfois  
 Rarement  
 Jamais

31. En cas de suspicion de troubles vésico-sphinctériens, recherchez-vous habituellement : \*

	Oui	Non
Une incontinence urinaire d'effort ou par urgenturie ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des signes de rétention urinaire ou vidange incomplète ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une constipation de novo ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

32. Vous sentez-vous à l'aise avec la prise en charge thérapeutique d'une vessie neurologique ? \*

- Oui  
 Non

33. Avez-vous déjà prescrit ou orienté un patient vers une prise en charge par électrostimulation périméale (type UroStim) ?

- Oui  
 Non

34. Avez-vous déjà fait une demande de bilan urodynamique en cas de suspicion de vessie neurologique ? \*

- Oui  
 Non

### Complications rencontrées et conduites habituelles

#### Perte d'autonomie

35. À quelle fréquence rencontrez-vous cette complication chez vos patients après un AVC ? \*

- Souvent  
 Parfois  
 Rarement  
 Jamais

36. En pratique, utilisez-vous une échelle pour évaluer l'autonomie / la dépendance (ex. ADL, IADL, GIR) ? \*

- Oui  
 Non

37. Êtes-vous à l'initiative de la constitution d'un dossier MDPH avec vos patients ? \*

- Oui  
 Non

38. Rencontrez-vous des difficultés pour mettre en relation vos patients avec une assistante sociale afin de les accompagner dans leurs démarches administratives ? \*

- Oui  
 Non

39. En cas de perte d'autonomie significative, recherchez-vous habituellement des signes d'épuisement chez l'aidant principal ? \*

- Oui  
 Non

40. En cas de signes d'épuisement de l'aidant, orientez-vous le patient et/ou son aidant vers : \*

	Oui	Non
Une plateforme d'accompagnement et de répit (PFR) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un dispositif de relais hors domicile (ex. accueil de jour/de nuit, hébergement temporaires en EHPAD) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un dispositif de relais à domicile (ex. bâlichonage, aide à domicile de nuit) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Travail en réseau et coordination

41. Vos patients ayant présenté un AVC bénéficient-ils généralement d'une consultation spécialisée dans les 12 mois suivant l'AVC (neurologie, MPR, gériatrie) ? \*

- Oui  
 Non

42. Connaissez-vous le réseau TC-AVC Hauts-de-France (coordonnées / modalités) ? \*

- Oui  
 Non

43. Avez-vous déjà sollicité le réseau TC-AVC pour organiser une évaluation / coordination (orthophonie, neuropsychologie, MPR, social) ?

\*

- Oui  
 Non

44. Avez-vous le réflexe de demander une consultation MPR lorsqu'une rééducation pluridisciplinaire ou un appareillage peut être utile ?

\*

- Oui  
 Non

## Difficultés rencontrées (« freins ») et besoins

45. Estimez-vous manquer de temps pour aborder les complications post-AVC lors d'une consultation standard de médecine générale ?

\*

- Oui  
 Non

46. Seriez-vous favorable au développement d'une consultation dédiée et valorisée adaptée au suivi post-AVC (temps, complexité, coordination) ? \*

- Oui  
 Non

47. Pensez-vous que le suivi post-AVC gagnerait à être structuré autour d'un calendrier type (consultations et évaluations planifiées à 3, 6, 12 mois) ? \*

- Oui  
 Non

48. Seriez-vous intéressé par la mise à disposition d'un protocole de suivi type post-AVC utilisable en médecine générale ?

\*

- Oui  
 Non

49. Seriez-vous intéressé par une formation sur la prise en charge de ces complications après un AVC : \*

	Oui	Non
La spasticité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les troubles neuropsychologiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les troubles thymiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les troubles de la déglutition	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les troubles vésico-sphinctériens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

50. Rencontrez-vous ainsi que vos patients des difficultés d'accès aux consultations spécialisées et/ou paramédicales suivantes : \*

	Oui	Non
Neurologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MPR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gériatrie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kinésithérapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orthophonie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

51. Disposez-vous d'informations actualisées sur les ressources locales (réseaux, MPR, orthophonistes, associations de patients) ?

\*

- Oui  
 Non

52. Pensez-vous que des actions d'éducation thérapeutique du patient et de son aidant devraient être davantage développées en ambulatoire ?

\*

- Oui  
 Non

53. Souhaiteriez-vous disposer de supports pratiques à remettre aux patients et aidants (fiches, brochures, sites fiables) ?

\*

- Oui  
 Non

54. Pensez-vous que le développement des infirmières en pratique avancée (IPA) pourrait améliorer le suivi des patients post-AVC (dépistage, éducation, coordination) ? \*

- Oui  
 Non

## Annexe 5 : Mini-Mental State Examination (MMSE)

### Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO)

#### Orientation

/ 10

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire.  
Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.  
Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? \_\_\_\_\_

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

1. En quelle année sommes-nous ?
2. En quelle saison ?
3. En quel mois ?
4. Quel jour du mois ?
5. Quel jour de la semaine ?

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous trouvons.

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?\*
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?\*\*
9. Dans quelle province ou région est située ce département ?
10. A quel étage sommes-nous ?

#### Apprentissage

/ 3

Je vais vous dire trois mots ; je vous voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

- |            |    |        |    |          |                          |
|------------|----|--------|----|----------|--------------------------|
| 11. Cigare |    | Citron |    | Fauteuil | <input type="checkbox"/> |
| 12. Fleur  | ou | Clé    | ou | Tulipe   | <input type="checkbox"/> |
| 13. Porte  |    | Ballon |    | Canard   | <input type="checkbox"/> |

Répéter les 3 mots.

#### Attention et calcul

/ 5

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

- |     |    |                          |
|-----|----|--------------------------|
| 14. | 93 | <input type="checkbox"/> |
| 15. | 86 | <input type="checkbox"/> |
| 16. | 79 | <input type="checkbox"/> |
| 17. | 72 | <input type="checkbox"/> |
| 18. | 65 | <input type="checkbox"/> |

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :

Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?\*\*

#### Rappel

/ 3

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

- |            |    |        |    |          |                          |
|------------|----|--------|----|----------|--------------------------|
| 11. Cigare |    | Citron |    | Fauteuil | <input type="checkbox"/> |
| 12. Fleur  | ou | Clé    | ou | Tulipe   | <input type="checkbox"/> |
| 13. Porte  |    | Ballon |    | Canard   | <input type="checkbox"/> |

#### Langage

/ 8

- Montrer un crayon.
22. Quel est le nom de cet objet ?\*
- Montrer votre montre.
23. Quel est le nom de cet objet ?\*\*
24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »\*\*\*

Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :

25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite,
26. Pliez-la en deux,
27. Et jetez-la par terre. »\*\*\*\*

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :  
28. « Faites ce qui est écrit ».

Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :

29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »\*\*\*\*\*

#### Praxies constructives

/ 1

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander : 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ? »

Annexe 6 : Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

**MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)**  
Version 7.1 **FRANÇAIS**

NOM :  
Scolarité :  
Sexe :

Date de naissance :  
DATE :

VISUOSPATIAL / ÉXÉCUTIF							POINTS
<p style="text-align: center;">[ ]</p>	<p style="text-align: center;">[ ]</p>	Copier le cube  Dessiner HORLOGE (11 h 10 min) (3 points)					
		[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	___/5
DÉNOMINATION							
<p style="text-align: center;">[ ]</p>		<p style="text-align: center;">[ ]</p>		<p style="text-align: center;">[ ]</p>			___/3
MÉMOIRE	Lire la liste de mots, le patient doit répéter. Faire 2 essais même si le 1er essai est réussi. Faire un rappel 5 min après.	VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE	Pas de point
	1 <sup>er</sup> essai						
	2 <sup>ème</sup> essai						
ATTENTION	Lire la série de chiffres (1 chiffre/ sec.). Le patient doit la répéter. [ ] 2 1 8 5 4 Le patient doit la répéter à l'envers. [ ] 7 4 2						___/2
	Lire la série de lettres. Le patient doit taper de la main à chaque lettre A. Pas de point si 2 erreurs [ ] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB						___/1
	Soustraire série de 7 à partir de 100. [ ] 93 [ ] 86 [ ] 79 [ ] 72 [ ] 65 4 ou 5 soustractions correctes : 3 pts, 2 ou 3 correctes : 2 pts, 1 correcte : 1 pt, 0 correcte : 0 pt						___/3
LANGAGE	Répéter : Le colibri a déposé ses œufs sur le sable . [ ] L'argument de l'avocat les a convaincus. [ ]						___/2
	Fluidité de langage. Nommer un maximum de mots commençant par la lettre «F» en 1 min [ ] ___ (N≥11 mots)						___/1
ABSTRACTION	Similitude entre ex : banane - orange = fruit [ ] train - bicyclette [ ] montre - règle						___/2
RAPPEL	Doit se souvenir des mots SANS INDICES	VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE	Points pour rappel SANS INDICES seulement
		[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	
Optionnel	Indice de catégorie						
	Indice choix multiples						
ORIENTATION	[ ] Date [ ] Mois [ ] Année [ ] Jour [ ] Endroit [ ] Ville						___/6
© Z.Nasreddine MD		www.mocatest.org		Normal ≥ 26 / 30		TOTAL ___/30 Ajouter 1 point si scolarité ≤ 12 ans	
Administré par : _____							

# Annexe 7 : test des 5 mots de Dubois



## 5 mots de Dubois

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Evalueur : \_\_\_\_\_

### ETAPE D'APPRENTISSAGE

#### Rappel spontané

- Boisson  
Limonade
- Ustensile de cuisine  
Passoire
- Véhicule  
Camion
- Bâtiment  
Musée
- Insecte  
Sauterelle

#### Rappel avec indice

- 
- 
- 
- 
- 

Score d'apprentissage : \_\_\_\_ / 5

### Tâche interférente

### ETAPE DE MEMOIRE

#### Rappel spontané

- Boisson  
Limonade
- Ustensile de cuisine  
Passoire
- Véhicule  
Camion
- Bâtiment  
Musée
- Insecte  
Sauterelle

#### Rappel avec indice

- 
- 
- 
- 
- 

Score de mémoire : \_\_\_\_ / 5

SCORE TOTAL : \_\_\_\_ / 10



## Annexe 8 : échelle de Hamilton (HDRS)

### Echelle HDRS (échelle de dépression de Hamilton)

#### 1) Humeur dépressive (tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, auto-dépréciation)

- 0 Absent
- 1 Ces états affectifs ne sont signalés que si l'on interroge le sujet.
- 2 Ces états affectifs sont signalés verbalement spontanément.
- 3 Le sujet communique ces états affectifs non verbalement (expression faciale, attitude, voix, pleurs).
- 4 Le sujet ne communique pratiquement que ses états affectifs dans ses communications spontanées verbales et non verbales.

#### 2) Sentiments de culpabilité

- 0 Absent.
- 1 S'adresse des reproches à lui-même, a l'impression qu'il a causé un préjudice à des gens.
- 2 Idées de culpabilité ou ruminations sur des erreurs passées ou des actions condamnables.
- 3 La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité.
- 4 Entend des voix qui l'accusent ou le dénoncent et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes.

#### 3) Suicide

- 0 Absent
- 1 A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue.
- 2 Souhaite être mort ou équivalent : toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même.
- 3 Idées ou gestes de suicide.
- 4 Tentatives de suicide.

#### 4) Insomnie du début de nuit

- 0 Absent.
- 1 Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir.
- 2 Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir.

#### 5) Insomnie du milieu de nuit

- 0 Pas de difficulté.
- 1 Le malade se plaint d'être agité ou troublé pendant la nuit.
- 2 Il se réveille pendant la nuit.

#### 6) Insomnie du matin

- 0 Pas de difficulté.
- 1 Se réveille de très bonne heure le matin mais se rendort.
- 2 Incapable de se rendormir s'il se lève.

#### 7) Travail et activités

- 0 Pas de difficulté.
- 1 Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente.
- 2 Perte d'intérêt pour les activités professionnelles ou de détente, ou décrite directement par le malade ou indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations.
- 3 Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité.
- 4 A arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle.

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

- 0 Langage et pensées normaux.
- 1 Léger ralentissement à l'entretien.
- 2 Ralentissement manifeste à l'entretien.
- 3 Entretien difficile.
- 4 Stupeur.

#### 9) Agitation

- 0 Aucune
- 1 Crispations, secousses musculaires.
- 2 Joue avec ses mains, ses cheveux, etc.
- 3 Bouge, ne peut rester assis tranquille.
- 4 Se tord les mains, ronges ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvres.

#### 10) Anxiété psychique

- 0 Aucun trouble.
- 1 Tension subjective et irritabilité.
- 2 Se fait du souci à propos de problèmes mineurs.
- 3 Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage.
- 4 Peurs exprimées sans que l'on pose de questions.

#### 11) Anxiété somatique (bouche sèche, troubles digestifs, palpitations, céphalées, pollakiurie, hyperventilation, transpiration, soupirs)

- 0 Absente.
- 1 Discrète.
- 2 Moyenne.
- 3 Grave.
- 4 Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle.

#### 12) Symptômes somatiques gastro-intestinaux

- 0 Aucun.
- 1 Perte d'appétit mais mange sans y être poussé. Sentiment de lourdeur abdominale.
- 2 A des difficultés à manger en l'absence d'incitations. Demande ou besoins de laxatifs, de médicaments intestinaux.

#### 13) Symptômes somatiques généraux

- 0 Aucun
- 1 Lourdeur dans les membres, dans le dos ou la tête. Douleurs dans le dos, céphalées, douleurs musculaires, perte d'énergie et fatigabilité.
- 2 Si n'importe quel symptôme est net.

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

- 0 Absents.
- 1 Légers.
- 2 Graves.

#### 15) Hypochondrie

- 0 Absente
- 1 Attention concentrée sur son propre corps.
- 2 Préoccupations sur sa santé.
- 3 Plaintes fréquentes, demandes d'aide.
- 4 Idées délirantes hypochondriaques.

#### 16) Perte de poids

- A : selon les dires du malade
- 0 Pas de perte de poids.
- 1 Perte de poids probable liée à la maladie actuelle.
- 2 Perte de poids certaine.
- B : appréciée par pesées
- 0 Moins de 500 g de perte de poids par semaine.
- 1 Plus de 500 g de perte de poids par semaine.
- 2 Plus de 1 kg de perte de poids par semaine.

#### 17) Prise de conscience

- 0 Reconnaît qu'il est déprimé et malade.
- 1 Reconnaît qu'il est malade mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, à un besoin de repos, etc.
- 2 Nie qu'il est malade.

## Annexe 9 : *Hospital anxiety and Depression scale* (HAD)

### **Échelle HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale***

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

**1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)**

- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0

**2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois**

- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus 3

**3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver**

- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0

**4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses**

- Autant que par le passé 0
- Plus autant qu'avant 1
- Vraiment moins qu'avant 2
- Plus du tout 3

**5. Je me fais du souci**

- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

**6. Je suis de bonne humeur**

- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0

**7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)**

- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3

**8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti**

- Presque toujours 3

- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

**9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué**

- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

**10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence**

- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0

**11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place**

- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

**12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses**

- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3

**13. J'éprouve des sensations soudaines de panique**

- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

**14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision**

- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

## Annexe 10 : Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)

### 1. Tristesse apparente:

Représente l'abattement, la morosité, et le désespoir (plus que lors d'une phase passagère d'humeur maussade), reflétés dans le discours, l'expression du visage, et la posture. Cotez selon la profondeur et l'incapacité de s'égayer.

- 0 = Pas de tristesse.
- 2 = A l'air absent mais s'illumine sans difficulté.
- 4 = Paraît triste et malheureux (malheureuse) la plupart du temps.
- 6 = A constamment l'air misérable. Extrêmement abattu(e).

### 2. Tristesse décrite:

Représente les descriptions d'humeurs dépressives, sans prendre en compte le fait qu'elles se reflètent ou non sur l'apparence. Cela comprend l'humeur maussade, l'abattement et le sentiment d'être au-delà d'une aide possible et sans espoir.

- 0 = Tristesse occasionnelle dans la gestion des circonstances.
- 2 = Triste ou morose mais la personne s'égaie sans difficultés.
- 4 = Sensations insidieuses de tristesse et de morosité. L'humeur est toujours influencée par des circonstances extérieures.
- 6 = Tristesse continue ou invariante, sensation de misère ou de découragement.

### 3. Tension intérieure:

Représente des sensations d'inconfort mal défini, irascibilité, bouillonnement intérieur, tension mentale qui monte en panique, en effroi, ou en angoisse. Cotez selon l'intensité, la fréquence, la durée et le besoin d'être rassuré(e).

- 0 = Placide. Seulement quelques tensions passagères.
- 2 = Sentiments occasionnels d'irascibilité et d'inconfort mal défini.
- 4 = Sensation continue de tension intérieure ou panique intermittente que le/la patient(e) ne peut maîtriser qu'avec difficulté.
- 6 = Effroi ou angoisse incessants. Panique irrésistible.

### 4. Sommeil réduit:

Représente un vécu de durée ou de profondeur du sommeil réduits en comparaison avec le rythme habituel du/de la patient(e) quand il/elle se sent bien.

- 0 = Dort comme d'habitude.
- 2 = Petite difficulté à l'endormissement ou quantité du sommeil légèrement réduite, sommeil un peu allégé, quelque peu moins réparateur.
- 4 = Rigidité ou résistance au sommeil modérées.
- 6 = Sommeil réduit ou interrompu pendant au moins 2 heures.

### 5. Appétit réduit:

Représente la sensation d'une perte d'appétit comparé à celui de la personne quand elle va bien. Cotez par perte d'envie pour les aliments ou par le besoin de se forcer pour manger.

- 0 = Appétit normal ou augmenté.
- 2 = Appétit légèrement réduit.
- 4 = Pas d'appétit. Les aliments n'ont pas de goût.
- 6 = Doit être persuadé(e) de seulement manger.

### 6. Difficultés de concentration:

Représente la difficulté de rassembler ses pensées jusqu'à un manque de concentration incapacitant. Cotez selon l'intensité, la fréquence, et le degré d'incapacité produit.

- 0 = Pas de difficultés à se concentrer.
- 2 = Difficultés occasionnelles à rassembler ses idées.
- 4 = Difficultés pour se concentrer avec capacité réduite à lire ou à tenir une conversation.
- 6 = Incapable de lire ou de converser sans grande difficulté.

### 7. Lassitude:

Représente la difficulté à démarrer, ou la lenteur à initier et à effectuer des activités de la vie quotidienne.

- 0 = Presque pas de difficultés à démarrer. Pas de mollesse.
- 2 = Difficultés à commencer des activités.
- 4 = Difficultés à commencer de simples activités de routine qui se font avec effort.
- 6 = Lassitude complète. Incapable de faire quoi que ce soit sans aide.

### 8. Incapacité à ressentir:

Représente le vécu subjectif d'un intérêt réduit pour l'environnement, ou pour des activités qui, normalement, procurent du plaisir. La capacité à réagir avec les émotions adéquates aux circonstances ou aux gens est réduite.

- 0 = Intérêt normal pour son environnement et les gens.
- 2 = Capacité réduite à prendre du plaisir à ses centres d'intérêt habituels.
- 4 = Perte d'intérêt pour son environnement. Perte de sentiments pour ses amis et connaissances.
- 6 = Sensation d'être émotionnellement paralysé, incapable à ressentir de la colère, du chagrin ou du plaisir et échet total ou même douloureux à ressentir quoi que ce soit pour des parents proches et amis.

### 9. Pensées pessimistes:

Représente des sentiments de culpabilité, d'infériorité, d'autocritique, sensation d'être immoral, de remords et de ruine.

- 0 = Pas de pensées pessimistes.
- 2 = Sensations d'échec fluctuantes, autocritique ou dépréciation de soi.
- 4 = Auto-accusations persistantes, ou idées de culpabilité ou de faute encore rationnelles. De plus en plus pessimiste vis-à-vis du futur.
- 6 = Illusions de ruine, de remords, de faute irréparable. Auto-accusations absurdes et inébranlables.

### 10. Pensées suicidaires:

Représente le sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, qu'une mort naturelle serait la bienvenue, des pensées suicidaires et la préparation de l'acte de suicide. (Les tentatives de suicide ne devraient pas influencer la cotation par elles-mêmes).

- 0 = Aime la vie ou la prend comme elle vient.
- 2 = Las de la vie. Pensées suicidaires seulement passagères.
- 4 = Pense qu'il vaudrait mieux qu'il/elle soit mort(e). Les pensées suicidaires sont habituelles, et le suicide considéré comme une solution éventuelle, mais sans plan ou intention particulière.
- 6 = Plans explicites de suicide pour la prochaine occasion. Préparation active pour le suicide.

### Total:

Le diagnostic de dépression ne peut se faire à partir d'un simple questionnaire mais un total supérieur à 20/60 est généralement considéré comme anormal.

Un niveau de 30 points est considéré comme une définition de la dépression grave (Montgomery & Åsberg 1979).

Annexe 11 : 9-item Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

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

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

FOR OFFICE CODING   0   +        +        +         
=Total Score:       

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

**Pas du tout  
difficile(s)**

**Assez  
difficile(s)**

**Très  
difficile(s)**

**Extrêmement  
difficile(s)**

## Annexe 12 : échelle de Beck

### INVENTAIRE DE BECK POUR LA DÉPRESSION

Nom : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Résultat : \_\_\_\_\_

Ceci est un questionnaire contenant plusieurs groupes de phrases. Pour chacun des groupes :

1. Lisez attentivement toutes les phrases.
2. Placez un «X» dans la parenthèse à côté de la phrase qui décrit le mieux comment vous vous sentez depuis une semaine et dans le moment présent.
3. Si plusieurs phrases vous conviennent, placez un «X» à chacune.

1.	0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 2 ( ) 3 ( )	Je ne me sens pas triste. Je me sens morose ou triste. Je suis morose ou triste tout le temps et je ne peux pas me remettre d'aplomb. Je suis tellement triste ou malheureux(se) que cela me fait mal. Je suis tellement triste ou malheureux(se) que je ne peux plus le supporter.	11.	0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( )	Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant que je le suis d'habitude. Je deviens contrarié(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'en temps ordinaire. Je me sens irrité(e) tout le temps. Je ne suis plus irrité(e) du tout par les choses qui m'irritent habituellement.
2.	0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 2 ( ) 3 ( )	Je ne suis pas particulièrement pessimiste ou découragé(e) à propos du futur. Je me sens découragé(e) à propos du futur. Je sens que je n'ai rien à attendre du futur. Je sens que je n'arriverai jamais à surmonter mes difficultés. Je sens que le futur est sans espoir et que les choses ne peuvent pas s'améliorer.	12.	0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( )	Je n'ai pas perdu intérêt aux autres. Je suis moins intéressé(e) aux autres maintenant qu'auparavant. J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les autres et j'ai peu de sentiment pour eux. J'ai perdu tout mon intérêt pour les autres et je ne me soucie pas d'eux du tout.
3.	0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 2 ( ) 3 ( )	Je ne sens pas que je suis un échec. Je sens que j'ai échoué plus que la moyenne des gens. Je sens que j'ai accompli très peu de choses qui aient de la valeur ou une signification quelconque. Quand je pense à ma vie passée, je ne peux voir rien d'autre qu'un grand nombre d'échecs. Je sens que je suis un échec complet en tant que personne (parent, mari, femme).	13.	0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( )	Je prends des décisions aussi bien que d'habitude. J'essaie de remettre à plus tard mes décisions. J'ai beaucoup de difficultés à prendre des décisions. Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout.
4.	0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 2 ( ) 3 ( )	Je ne suis pas particulièrement mécontent(e). Je me sens «tanné(e)» la plupart du temps. Je ne prends pas plaisir aux choses comme auparavant. Je n'obtiens plus de satisfaction de quoi que ce soit. Je suis mécontent(e) de tout.	14.	0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( )	Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'auparavant. Je m'inquiète de paraître vieux(vieille) et sans attrait. Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font paraître sans attrait. Je me sens laid(e) et répugnant(e).
5.	0 ( ) 1 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( )	Je ne me sens pas particulièrement coupable. Je me sens souvent mauvais(e) ou indigne. Je me sens plutôt coupable. Je me sens mauvais(e) et indigne presque tout le temps. Je sens que je suis très mauvais(e) ou très indigne.	15.	0 ( ) 1 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( )	Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant. J'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose. Je ne travaille pas aussi bien qu'avant. J'ai besoin de me pousser fort pour faire quoi que ce soit. Je ne peux faire aucun travail.
6.	0 ( ) 1 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( )	Je n'ai pas l'impression d'être puni(e). J'ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver. Je sens que je suis ou serai puni(e). Je sens que je mérite d'être puni(e). Je veux être puni(e).	16.	0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( )	Je peux dormir aussi bien que d'habitude. Je me réveille plus fatigué(e) que d'habitude. Je me réveille 1-2 heures plus tôt que d'habitude et j'ai de la difficulté à me rendormir. Je me réveille tôt chaque jour et je ne peux dormir plus de cinq heures.
7.	0 ( ) 1 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( )	Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même. Je suis déçu(e) de moi-même. Je ne m'aime pas. Je suis dégoûté(e) de moi-même. Je me hais.	17.	0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( )	Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude. Je me fatigue plus facilement qu'avant. Je me fatigue à faire quoi que ce soit. Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.
8.	0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( )	Je ne sens pas que je suis pire que les autres. Je me critique pour mes faiblesses et mes erreurs. Je me blâme pour mes fautes. Je me blâme pour tout ce qui m'arrive de mal.	18.	0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( )	Mon appétit est aussi bon que d'habitude. Mon appétit n'est plus aussi bon que d'habitude. Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant. Je n'ai plus d'appétit du tout.
9.	0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 2 ( ) 3 ( )	Je n'ai aucune idée de me faire du mal. J'ai des idées de me faire du mal mais je ne les mettrais pas à exécution. Je sens que je serais mieux mort(e). Je sens que ma famille serait mieux si j'étais mort(e). J'ai des plans définis pour un acte suicidaire. Je me tuerais si je le pouvais.	19.	0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( )	Je n'ai pas perdu beaucoup de poids (si j'en ai vraiment perdu dernièrement). J'ai perdu plus de 5 livres. J'ai perdu plus de 10 livres. J'ai perdu plus de 15 livres.
10.	0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( )	Je ne pleure pas plus que d'habitude. Je pleure plus maintenant qu'auparavant. Je pleure tout le temps maintenant. Je ne peux plus m'arrêter. Auparavant, j'étais capable de pleurer mais maintenant je ne peux pas pleurer du tout, même si je le veux.	20.	0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( )	Je ne suis pas plus préoccupé(e) de ma santé que d'habitude. Je suis préoccupé(e) par des maux ou des douleurs, ou des problèmes de digestion ou de constipation. Je suis tellement préoccupé(e) par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour moi de penser à autre chose. Je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens.
			21.	0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( )	Je n'ai noté aucun changement récent dans mon intérêt pour le sexe. Je suis moins intéressé(e) par le sexe qu'auparavant. Je suis beaucoup moins intéressé(e) par le sexe maintenant. J'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe.

## État des lieux des pratiques des médecins généralistes des Hauts-de-France face aux complications de l'accident vasculaire cérébral

### RÉSUMÉ

#### Introduction

L'accident vasculaire cérébral (AVC) constitue la première cause de handicap acquis sévère de l'adulte. Après la phase aiguë, le suivi au long cours repose en grande partie sur le médecin généraliste, notamment pour le repérage des complications chroniques, l'orientation et la coordination du parcours de soins. Pourtant, les pratiques des médecins généralistes dans ce domaine restent peu décrites en France. L'objectif de cette étude était de décrire les pratiques des médecins généralistes des Hauts-de-France face aux complications chroniques post-AVC, d'identifier les freins rencontrés et de recueillir les besoins exprimés.

#### Sujets et Méthodes

Nous avons conduit une étude observationnelle, descriptive et transversale, reposant sur un questionnaire anonyme auto-administré diffusé entre le 1er janvier et le 31 mars 2026 auprès des médecins généralistes des Hauts-de-France. Les analyses ont comporté une phase descriptive, puis une phase inférentielle exploratoire.

#### Résultats

70 questionnaires ont été recueillis, dont 69 ont été analysés. Les répondants étaient principalement des médecins libéraux (55,1 %) et des remplaçants (34,8 %). Les complications les plus fréquemment rencontrées étaient la perte d'autonomie (97,1 %), les troubles de la marche (94,2 %), les troubles thymiques (94,2 %) et les troubles neuro-cognitifs (85,5 %). Les repères cliniques paraissaient bien identifiés pour la plupart des complications. La prise en charge de la spasticité et des troubles vésico-sphinctériens semblait moins maîtrisée. Les principaux freins rapportés étaient le manque de temps en consultation (81,2 %), le manque d'informations actualisées sur les ressources locales (75,4 %) et les difficultés d'accès aux ressources, notamment l'orthophonie (79,7 %), la neurologie (76,8 %) et la MPR (66,7 %). Les besoins exprimés portaient sur une consultation dédiée, un protocole de suivi type, des supports pratiques et des formations ciblées, en particulier sur la spasticité et les troubles vésico-sphinctériens.

#### Conclusion

Les médecins généralistes apparaissent comme des acteurs clés du suivi post-AVC, avec une bonne connaissance du dépistage clinique, mais se heurtent à la complexité des situations, au manque de temps et à une lisibilité insuffisante du parcours et des ressources spécialisées. Une meilleure structuration du suivi, associée à des outils adaptés et à une articulation plus claire avec les acteurs identifiés, pourrait améliorer la prise en charge en soins primaires.

**Mots-clés** : accident vasculaire cérébral, médecine générale, soins primaires, complications chroniques, handicap, parcours de soins

## Current Practices of General Practitioners in the Hauts-de-France Region in the Management of Stroke Complications

### ABSTRACT

#### Introduction

Stroke is the leading cause of severe acquired disability in adults. After the acute phase, long-term follow-up relies largely on general practitioners, particularly for the identification of chronic complications, referral, and coordination of care. However, the practices of general practitioners in this field remain poorly described in France. The aim of this study was to describe the practices of general practitioners in the Hauts-de-France region regarding chronic post-stroke complications, to identify the barriers they face, and to explore their perceived needs.

#### Subjects and Methods

We conducted an observational, descriptive, cross-sectional study based on an anonymous self-administered questionnaire distributed to general practitioners in the Hauts-de-France region between January 1 and March 31, 2026. The analysis included a descriptive phase followed by an exploratory inferential phase.

#### Results

Seventy questionnaires were collected, of which sixty-nine were included in the analysis. Respondents were mainly private practitioners (55.1%) and locum physicians (34.8%). The most frequently encountered complications were loss of autonomy (97.1%), gait disorders (94.2%), mood disorders (94.2%), and neurocognitive disorders (85.5%). Clinical warning signs appeared to be well identified for most complications. In contrast, the management of spasticity and vesicosphincter disorders appeared less well mastered. The main barriers reported were lack of time during consultations (81.2%), insufficient up-to-date information on local resources (75.4%), and difficulties in accessing services, particularly speech and language therapy (79.7%), neurology (76.8%), and physical and rehabilitation medicine (66.7%). Reported needs included a dedicated consultation, a standardized follow-up protocol, practical support materials, and targeted training, especially on spasticity and vesicosphincter disorders.

#### Conclusion

General practitioners appear to be key actors in post-stroke follow-up, demonstrating good knowledge of clinical screening. However, they face complex clinical situations, time constraints, and limited visibility of the care pathway and available specialized resources. Better structured follow-up, supported by appropriate tools and clearer coordination with identified stakeholders, could improve care in primary settings.

**Keywords** : stroke, general practice, primary care, chronic complications, disability, care pathway