



HAL
open science

État des lieux du suivi de patients âgés victimes d'accident vasculaire cérébral ischémique en médecine de ville : proposition de pistes d'amélioration

Laure-Elise Calderon-Lasota

► To cite this version:

Laure-Elise Calderon-Lasota. État des lieux du suivi de patients âgés victimes d'accident vasculaire cérébral ischémique en médecine de ville : proposition de pistes d'amélioration. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-01022634

HAL Id: dumas-01022634

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01022634>

Submitted on 10 Jul 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**DEPARTEMENT D'ENSEIGNEMENT ET DE
RECHERCHE EN MEDECINE GENERALE**

**ETAT DES LIEUX DU SUIVI DE PATIENTS AGES VICTIMES
D'ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL ISCHEMIQUE EN
MEDECINE DE VILLE.
PROPOSITION DE PISTES D'AMELIORATION.**

**Enquête transversale quantitative à partir d'une cohorte et enquête
descriptive qualitative à partir de focus group de médecins généralistes
niçois.**

THESE PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

Laure-Elise CALDERON-LASOTA

Née le 25 avril 1985
à Sogamoso en Colombie

Thèse soutenue publiquement à la faculté de médecine de Nice,
Le 22 octobre 2013

Devant le jury composé de :

Président du jury : Mr le Professeur Olivier GUERIN

Membres du jury : Mr le Professeur Philippe HOFLIGER
Mr le Professeur Jacques LEVRAUT
Mr le Docteur Sylvain LACHAUD

Directeur de thèse : Mme le Docteur Anne Marie BARISIC

FACULTE DE MEDECINE

Liste des professeurs au **1er mars 2013** à la Faculté de Médecine de Nice

DOYEN

M. BAQUÉ Patrick

ASSESEURS

M. BOILEAU Pascal
M. HEBUTERNE Xavier
M. LEVRAUT Jacques

Conservateur de la bibliothèque

M. SCALABRE Grégory

Chef des services administratifs

Mme HIZEBRY Valérie

Doyens Honoraires

M. AYRAUD Noël
M. RAMPAL Patrick

PROFESSEUR HONORAIRES

M. BALAS Daniel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
M. DAR COURT Guy
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DOLISI Claude
M. FREYCHET Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. HARTER Michel
M. INGLES AKIS Jean-André
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M. ZIEGLER Gérard

M. LALANNE Claude-Michel
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAPALUS Philippe
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE BAS Pierre
M. LE FICHOUX Yves
M. LOUBIERE Robert
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. OLLIER Amédée
M. SCHNEIDER Maurice
M. SERRES Jean-Jacques

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
 M. BASTERIS Bernard
 Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
 M. EMILIOZZI Roméo
 M. GASTAUD Marcel
 M. GIRARD-PIPAU Fernand
 Mme MEMRAN Nadine
 M. MENGUAL Raymond
 M. POIREE Jean-Claude
 Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	CAMOUS Jean-Pierre	Thérapeutique (48.04)
M.	DELLAMONICA Pierre	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction
(54.05)		
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	FRANCO Alain	Gériatrie et Biologie du vieillissement (53-01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophthalmologie (55.02)
M.	GERARD Jean-Pierre	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HEBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
Mme	LEBRETON Elisabeth	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique
(50.04)		
M.	ORTONNE Jean-Paul	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	VAN OBBERGHEN Emmanuel	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BATT Michel	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	BERARD Etienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)

M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIME Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	ROSENTHAL Eric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépatogastroentérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BAQUE Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BOUTTE Patrick	Pédiatrie (54.01)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie Plastique (50.04)
M.	FERRARI Emile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques
	(54.04)	
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUERIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PRADIER Christian	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	(46.01)	

M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie – virologie (45.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

M.	SAUTRON Jean-Baptiste	Médecine Générale
----	-----------------------	-------------------

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI-PERRET Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54.02)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	DONZEAU Michèle	Biologie du Développement et de la Reproduction
(54.05)		
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	FRANKEN Philippe	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
M.	GIUDICELLI Jean	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)
Mme	HINAULLT Charlotte	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)
Mlle	LANDRAUD Luce	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	MAGNE Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	MAGNIE Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et Mycologie (45.02)
Mlle	PULCINI Céline	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Epidémiologie-Economie de la Santé et Prévention
(46.01)		
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIES

M.	DIOMANDE Mohenou Isidore	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale
Mme	KLEEFIELD Sharon	Médecine Légale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNES DE L'UNIVERSITE

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	MAGNE Jacques	Biophysique
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Guérin, Professeur de Gériatrie,

Vous me faites le grand honneur de présider cette thèse. Je souhaite vous exprimer ma reconnaissance et ma sincère déférence.

A Monsieur le Professeur Hofliger, Professeur enseignant de Médecine Générale,

Je tiens à vous remercier de participer à ce jury. Je souhaite également vous exprimer ma gratitude pour les conseils et la confiance que vous m'avez accordés dans la réalisation de ce projet.

A Monsieur le Professeur Levraut, Professeur Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale

Je souhaite vous remercier d'avoir accepté d'être membre du jury de ma thèse. J'espère que vous trouverez ici la marque de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Lachaud, Neurologue

Je tenais à vous exprimer ma gratitude de vous être montré à l'écoute et très disponible. Je vous remercie d'avoir examiné ce travail et de participer à la soutenance de cette thèse.

A Madame le Docteur Barisic, Gériatre

Je t'exprime mes profonds remerciements pour ton aide compétente, ta patience et tes encouragements tout au long de ce travail. Merci de m'avoir accordé ta confiance dans cette aventure. J'ai eu beaucoup de chance de t'avoir comme directrice de thèse.

A tous les médecins généralistes des *focus group*,

Je vous remercie d'avoir consacré de votre temps et d'avoir partagé votre expérience. Vous avoir rencontré a été un grand honneur. Je suis fière et confortée dans mon choix professionnel.

A tous les Professeurs, praticiens hospitaliers, assistants et maîtres de stage,

Qui ont partagé leur connaissance et leur expérience au cours de ma formation d'interne et qui d'une façon ou d'une autre ont participé à l'aboutissement de ce travail.

A mon mari Julien,

Ton intelligence, ta confiance, ton humour, ta tendresse et ton amour me portent et me guident tous les jours ... Je t'aime Kiki.

A mes parents Jairo et Isabelle,

Merci de m'avoir encouragé et permis d'entreprendre mon histoire d'amour avec la médecine. Merci d'avoir toujours cru en moi. Vous êtes des parents formidables, sans vous je n'en serais pas là.

Vous resterez toujours une source d'inspiration et d'admiration pour moi. Je vous aime.

Gracias por haberme apoyado y permitido de llevar a cabo mi historia de amor con la medicina. Gracias por siempre haber creído en mi. Ustedes son unos padres estupendos.

Siempre serán para mí, una fuente de inspiración y de admiración. Los amo.

A mes frères et sœur, Juan Sebastian, Juliana y Alejandro,

Malgré la distance qui nous sépare depuis (de trop) nombreuses années, vous m'avez toujours soutenue et encouragée durant toutes mes études. C'est une grande fierté que d'être votre sœur. Je vous aime de tout mon cœur.

A mes beaux parents, Edouard et Marie-José,

Vous avez été un pilier et une source de réconfort tout au long de mes études. Merci pour votre soutien inconditionnel.

A mes Excites, Carole, Camille, Clara, Diane, Juliette, Leila, Maev, Marlene, Melane, Nath, Sibylle, Soso, Steph, Vaness :

Je tenais à vous remercier toutes pour tout ce que vous m'avez apporté au cours de toutes ces années et au cours de cette dernière ligne droite : votre soutien, vos conseils, vos histoires, vos rires. Votre amitié a été et est chaque jour d'un grand réconfort. Vous avez chacune une place très spéciale dans mon cœur. J'ai beaucoup de chance de vous avoir dans ma vie...

A mes amis Mika, Nico, Seb, Xav, Uriel, Jordan, Yann, Fafa, Dan, Alexis ...

Merci de votre soutien, de vos encouragements, de votre aide, de votre amitié... Vous êtes juste géniaux.

A mes cointernes de pédiatrie Nico, Cedric, Alexandra, Camille...

Merci de m'avoir soutenue et supportée pendant ce dernier semestre : des fous rires au larmes... que de rebondissements. Vous avez été au top ☺

A tous mes cointernes et amis: Perrine, Clément, Aurélie, Irina, Marc Alexis, Johan, Alexandre, Eloise, Marie, Hannah, Gwendoline, Mathieu, Sabrina, Virginie, Julien, David, Audrey...

Grâce à vous, l'internat a été une aventure extraordinaire.

Au Doc Antoine Tran, le meilleur STATICIEN de la terre avec un petit $p < 0,001$

Merci pour ton aide précieuse, et de m'avoir sorti de ce pétrin.

A Nico, le meilleur des MAC (apple)

Merci pour les magnifiques graphiques en 3D, grâce à toi ma thèse a fière allure.

Je remercie toutes les personnes formidables que j'ai rencontrées au cours de mes stages.

« La force qui est en chacun de nous est notre plus grand médecin. »

Hippocrate

TABLE DES MATIERES

RESUME	14
LISTE DES ABREVIATIONS	15
A. INTRODUCTION	17
<u>1. Généralités sur l'AVC</u>	19
1.1 Physiopathologie	20
1.2 Etiologies : Classification TOAST	22
<u>2. Épidémiologie</u>	25
2.1. Quelques chiffres	25
2.2 Facteurs de risques cardiovasculaires	26
2.2.1 Evaluation des facteurs de risques cardiovasculaires selon l'HAS	26
2.2.2 Facteurs de risque cardiovasculaire, AVC et sujet âgé	29
<u>3. Traitement</u>	31
3.1 Phase Aigue	31
3.1.1 Généralités	31
3.1.2 Traitement spécifique	33
3.1.2.1 Revascularisation par thrombolyse	33
3.1.2.2 Traitement antithrombotique	34
3.1.3 Traitement étiologique	34
3.2 Phase Chronique	34

3.2.1 Correction des facteurs de risque vasculaires	34
3.2.2 Traitement antithrombotique	35
3.2.3 Traitement chirurgical	36
3.2.4 La rééducation	36
3.2.5 Autres complications	37
3.3 Prévention secondaire ou PEC des facteurs de risque cardiovasculaires	37
3.3.1 Tension artérielle	37
3.3.2 Lipides	38
3.3.3 Diabète	39
3.3.4 Tabac	40
3.3.5 Alcool	40
3.3.6 Obésité	40
3.3.7 Activité physique	40
<u>4. Approche gériatrique et particularité de l'AVC ischémique du sujet âgé</u>	41
<u>5. Justification de l'étude</u>	44
5.1 Données actuelles de la science	44
5.2 Objectifs de l'étude	49
B. PATIENTS ET METHODES	50
<u>1. Etude observationnelle</u>	50

<u>2. Méthode <i>focus group</i></u>	52
2.1 Généralités	52
2.2 Choix de la méthode	53
2.3 Organisation des <i>focus group</i>	53
2.3.1 La grille d'entretien	53
2.3.2 Le recrutement des médecins généralistes	54
2.3.3 Les réunions	55
2.3.4 Modérateurs et observateurs	55
C. RESULTATS	57
<u>1. Etude observationnelle</u>	57
<u>2. Méthode <i>focus group</i></u>	68
2.1 Composition des <i>focus group</i> de médecins	68
2.2 Analyse de la retranscription des enregistrements sonores	68
2.2.1 Difficultés liées au diagnostic d'AVC ischémique chez le sujet âgé ...	69
2.2.2 Difficultés liées à l'application des Recommandations	70
2.2.3 Difficultés liées à la prise en charge thérapeutique	71
2.2.4 Difficultés liées à la fragilité du sujet âgé	73
2.2.5 Difficultés liées au manque de temps et au manque de disponibilité du médecin	74
2.2.6 Difficultés liées à la coordination des soins	74

2.2.7 Les frustrations des médecins	75
D. DISCUSSION	77
<u>1. Etude observationnelle</u>	77
1.1 Résultats	77
1.2 Avantages et inconvénients de l'étude	81
1.3 Limites de la recherche quantitative	81
<u>2. Méthode <i>focus group</i></u>	82
1.1 Résultats	82
1.2 Avantages et inconvénients de l'étude	88
1.3 Limites de la recherche quantitative	88
<u>3. Pistes d'amélioration</u>	90
3.1 Diagnostic	90
3.2 Thérapeutique	90
3.4 Coordinations des soins	91
3.3 Education	91
3.4 Réseaux de soins	92
E. CONCLUSION	93
F. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	96
ANNEXES	102

RESUME

Introduction :

L'accident vasculaire cérébral ischémique (AVCI) est une pathologie pour laquelle le nombre de patients est en constante augmentation. Selon les études, la prise en charge de la prévention secondaire reste sous optimale.

Objectifs :

Identifier les difficultés que peuvent rencontrer les médecins généralistes dans le suivi des patients victimes d'AVC ischémique et élaborer des pistes d'amélioration.

Méthodologie :

Une première étude quantitative a permis de faire l'état des lieux dans la prise en charge de l'AVC ischémique auprès de 50 patients âgés, puis une deuxième étude qualitative par *focus group* a permis de déterminer les difficultés rencontrées par les médecins traitants.

Résultats :

L'enquête transversale a montré des écarts de prise en charge par rapport aux recommandations actuelles. Ces écarts sont notamment retrouvés dans la prise en charge de l'ACFA, de la dyslipidémie et de la rééducation. Les médecins ont estimé avoir des difficultés à appliquer les recommandations, l'obstacle majeur étant la balance bénéfice risque. Ils ont souligné des barrières dans l'adhésion des patients aux mesures hygiéno-diététiques, source de frustration et de résignation. Dans la coordination des soins, des difficultés de communication avec les spécialistes ont été retrouvées. D'autres barrières ont été mentionnées sur l'éducation thérapeutique du patient.

Conclusion :

Il paraît indispensable d'optimiser les filières de prise en charge des patients à risque afin de réduire les récurrences et la morbi-mortalité de cette pathologie.

LISTE DES ABREVIATIONS

ACFA : Arythmie Complète par Fibrillation Auriculaire

ADL : Activities of Daily Living

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé.

AGGIR : Autonomie, Gérontologie Groupe Iso Ressources

AIC : Accident Ischémique Cérébral

AIT : Accident Ischémique Transitoire

ALD : affection Longue Durée

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicaments

AOMI : Artérite Oblitérante des Membres Inférieurs

ARS : Agence Régionale de Santé

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

AVCI : Accident Vasculaire cérébral Ischémique

AVK : Anti-Vitamine K

BMI : Body Mass Index

EGS : Evaluation Gériatrique Standardisée

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EVA : Echelle Visuelle Analogique

EVS : Echelle Verbale Simple (autoévaluation)

GDS : Geriatric Depression Scale

HAS : Haute Autorité de Santé

HBPM : Héparine Bas Poids Moléculaire

HTA : Hypertension Artérielle

HDL : High Density Lipoprotein

IADL : Instrumental Activities of Daily Living

ICIQ : International Consultation on Incontinence Questionnaire

IDM : Infarctus Du Myocarde

INR : International Normalized Ratio

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

ITBS : Iowa Tests of Basic Skills

LDL : Low Density Lipoprotein

MAPA : Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle

MMSE : Mini Mental State Examination

MNA : Mini Nutritional Assessment

NIHSS : National Institute of Health Stroke Score

NPI : NeuroPsychiatric Inventory

OMS : Organisation Mondiale de la Sante

RCVG : Risque Cardio Vasculaire Global

A. INTRODUCTION

L'accident vasculaire cérébral ischémique résulte de l'interruption de la circulation sanguine dans le cerveau, en général quand un vaisseau sanguin est bloqué par un caillot. L'apport en oxygène et en nutriments est stoppé, ce qui endommage les tissus cérébraux (Définition de l'OMS).

Le symptôme le plus courant de l'AVC est une faiblesse subite ou une perte de la sensibilité de la face ou d'un membre, la plupart du temps d'un seul côté du corps. Les autres symptômes sont la confusion mentale, la difficulté à parler ou des troubles de la compréhension, la baisse de la vision unilatérale ou double, la difficulté à marcher, des vertiges, la perte de l'équilibre ou de la coordination, des céphalées sévères inhabituelles, l'évanouissement ou l'inconscience.

Les conséquences de l'AVC dépendent de la partie du cerveau touchée et de la gravité de l'atteinte.

L'accident vasculaire cérébral, dont l'origine est ischémique dans 80% des cas, est un problème majeur de santé publique par sa fréquence et par sa morbidité et sa mortalité, et par son impact sur le système de soins.

Les AVC constituent l'une des affections les plus coûteuses pour la société. Selon le rapport sur la prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France (47) son poids financier est considérable : les dépenses sanitaires et médico-sociales annuelles sont estimées à 8,4 milliards d'euros. Les AVC sont actuellement une priorité nationale de santé publique avec la mise en œuvre d'« un plan national d'action AVC 2010-2014 » (48) pour, entre autre, développer la prévention et l'information. Par exemple, il est proposé de remplacer les termes « cardio-vasculaire » par « cardio-neuro-vasculaire » dans toutes les actions de santé publique relevant de ce domaine.

L'association d'une incidence stable et de la diminution de la mortalité par AVC a pour conséquence une augmentation de la prévalence des AVC ischémiques de 11% sur la période d'analyse du registre des accidents vasculaires cérébraux de Dijon : c'est le seul registre de population qui ait fonctionné sans discontinuité depuis plus de 20 ans dans le domaine de la neurologie en France. Pour la première fois en France, une étude épidémiologique sur une population non sélectionnée, entreprise sur une très longue période, a permis d'évaluer l'évolution des taux d'incidence, de mortalité et autres données épidémiologiques des AVC. La prévention des événements vasculaires après un AVC ischémique concerne donc un nombre croissant de patients.

La pathologie neurovasculaire chez cette population âgée comporte des spécificités qui impliquent une attention particulière pour la prise en charge. Il semble donc indispensable de savoir prendre en charge et effectuer un suivi spécifique et adapté pour cette pathologie dans cette tranche d'âge.

Le médecin généraliste est de plus en plus souvent confronté à cette pathologie, et c'est à ce niveau que le rôle du médecin traitant est primordial puisqu'il est en première ligne dans la prévention primaire et dans la prévention secondaire.

Le but de ce travail a été dans un premier temps de décrire les éléments du suivi des patients de plus de 70 ans victimes d'AVC ischémique en médecine de ville pour identifier les éventuels écarts entre les pratiques et les recommandations concernant la prévention secondaire et la réhabilitation des ces patients. Puis, dans un second temps, de comprendre les causes possibles de ces écarts et d'essayer d'apporter des pistes d'amélioration pour la prise en charge et le suivi de ces patients.

1. Généralités sur l'AVC

L'accident vasculaire cérébral est, selon la définition internationale, « un déficit brutal d'une fonction cérébrale focale sans autre cause apparente qu'une cause vasculaire ».

On distingue ainsi deux groupes :

Le premier groupe est constitué des AVC ischémiques qui représentent 80% des AVC. Ils sont secondaires à l'occlusion d'un vaisseau artériel et se divisent en deux catégories :

- l'Accident Ischémique Transitoire (AIT) qui correspond à une perturbation réversible du métabolisme des neurones en moins d'une heure et sans preuve d'infarctus aigu à l'imagerie,
- et l'Accident Ischémique Constitué (AIC) ou « infarctus cérébral » représentant une destruction irréversible du tissu cérébral secondaire à l'occlusion d'une artère cérébrale ou à destination cérébrale.

Le second groupe est constitué par les hémorragies cérébrales (non traumatiques). Il se divise en deux groupes : les hémorragies intra-parenchymateuses (15%) et les hémorragies méningées (5%). Ils sont causés par la rupture d'un vaisseau sanguin.

Moins de 1% est représenté par l'occlusion d'une veine réalisant une thrombophlébite cérébrale.

L'étude menée pour ce travail ne concernera que les AVC ischémiques qui constituent la grande majorité des AVC. Les AVC hémorragiques pourraient faire l'objet d'une autre étude mais leur fréquence moindre présente moins d'intérêt pour l'impact en terme de santé publique.

1.1 Physiopathologie

L'irrigation sanguine alimente le cerveau en oxygène et glucose. Son interruption entraîne donc une hypoxie et une diminution des métabolites pouvant conduire jusqu'à la mort neuronale.

L'accident vasculaire cérébral ischémique constitué correspond à un foyer de nécrose du tissu cérébral secondaire à une ischémie par l'arrêt de la circulation sanguine. On voit donc apparaître un déficit neurologique qui dépend de la partie du cerveau touchée et de l'étendue de l'atteinte.

La vascularisation cérébrale est une circulation de type terminale, ce qui explique la gravité des lésions ischémiques cérébrales. Ce système vasculaire est très élaboré et complexe mais ayant peu de suppléance, il est donc très vulnérable.

La topographie de l'infarctus correspond donc à celle d'un territoire artériel précis (figure 1, 2 et 3).

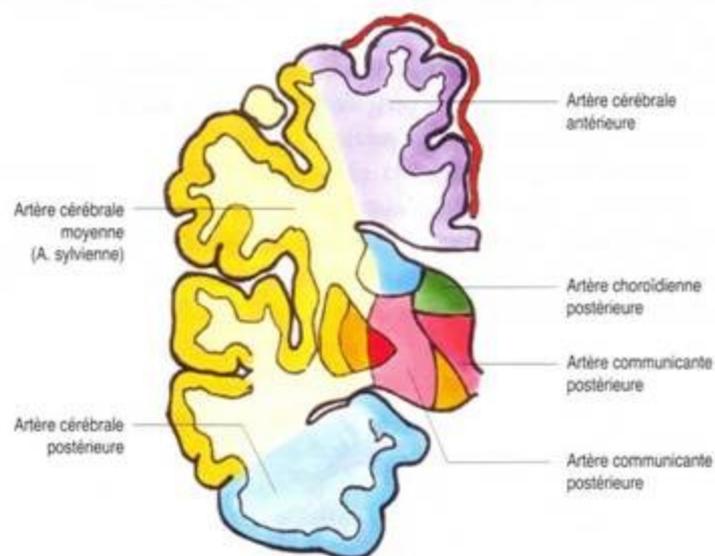


Figure 1 : Territoires artériels de la vascularisation cérébrale

Circulation artérielle cervicale et cérébrale

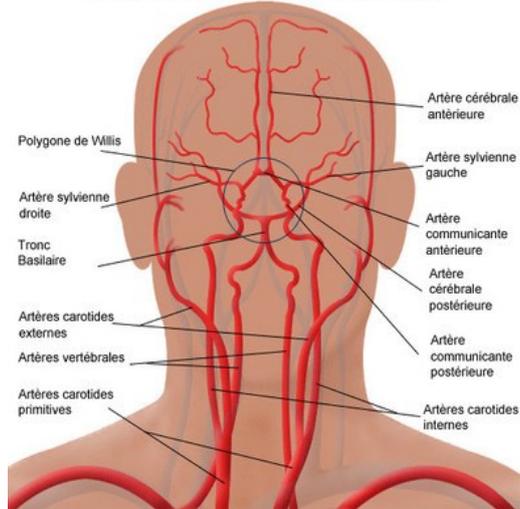


Figure 2 : Circulation artérielle cervicale et cérébrale

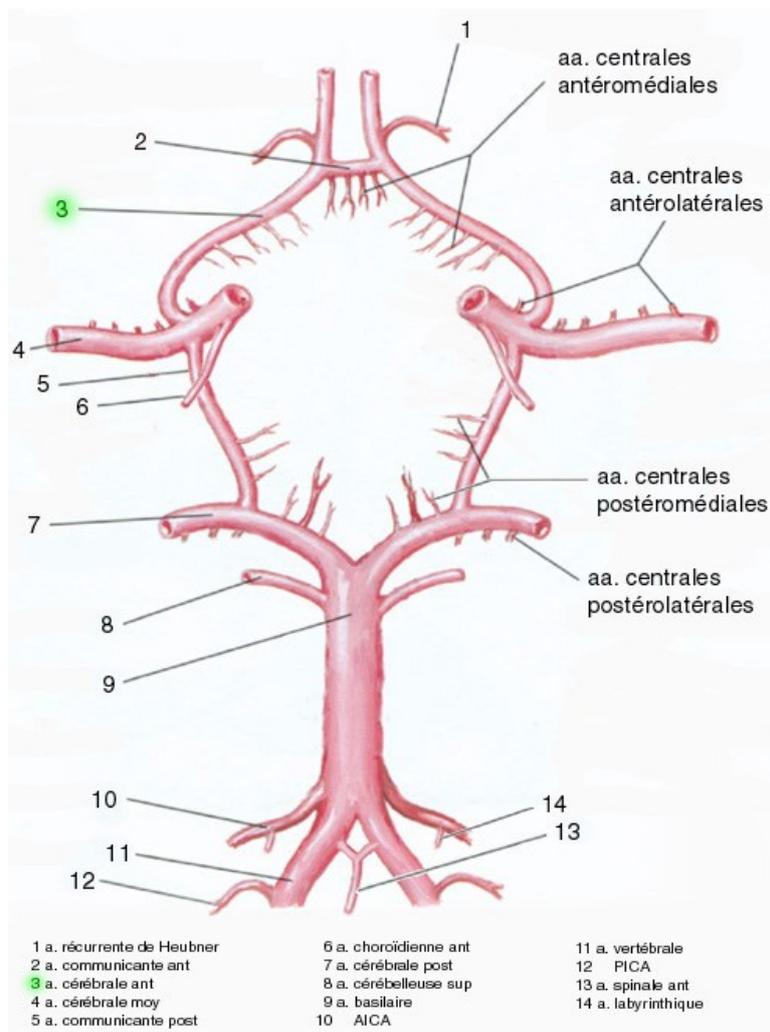


Figure 3 : Le Polygone de Willis

1.2 Etiologies : Classification TOAST

La répartition étiologique des sous types d'AVC ischémiques est décrite dans la classification TOAST (Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment). Il existe 5 sous types :

1) AVC ischémiques des gros vaisseaux :

Ils correspondent à 30% des AIC. La lésion élémentaire est la plaque d'athérosclérose. Il s'agit le plus souvent d'un AIC thromboembolique : fragmentation d'un thrombus sur ulcération de plaque et occlusion d'une artère distale, parfois occlusion au contact de la plaque.

2) AVC ischémiques cardio-emboliques :

Ils représentent environ 20% des AIC. La fibrillation auriculaire en est responsable dans un cas sur deux. Les cardiopathies emboligènes sont nombreuses, il faut distinguer celles avec un risque emboligène élevé de celles à risque emboligène modéré (tableau 1).

Cardiopathies à risque embolique élevé	Cardiopathies à risque modéré ou mal déterminé
Prothèse valvulaire mécanique	Rétrécissement mitral sans fibrillation atriale
Rétrécissement mitral avec fibrillation atriale	Rétrécissement aortique calcifié
Fibrillation atriale avec facteur de risque associé	Calcifications annulaires mitrales
Thrombus dans l'atrium ou le ventricule gauche	Bioprothèse valvulaire
Maladie de l'atrium	Foramen ovale perméable
Infarctus du myocarde récent (< 4 semaines)	Anévrisme du septum interauriculaire
Akinésie segmentaire étendue du ventricule gauche	Endocardite non bactérienne
Cardiomyopathie dilatée	
Endocardite infectieuse	
Myxome de l'atrium	

Tableau 1 : Principales cardiopathies emboligènes

3) AVC ischémiques des petites artères, lacunaires :

Elles correspondent à 20% des AIC. C'est une maladie des petites artères avec un infarctus inférieur à 15 mm de diamètre par occlusion d'une artériole profonde. Ces lésions sont secondaires à une micro-angiopathie par dépôt de lipohyalinose dont les principaux facteurs sont l'hypertension artérielle et le diabète.

4) AVC ischémiques d'autres étiologies déterminées :

Ce sous-groupe est représenté par majoritairement les dissections carotidiennes et vertébrales. Les autres causes sont plus rares, on y inclut les causes hématologiques (polyglobulie, drépanocytose, thrombophilie, etc.), et les artérites (inflammatoires, infectieuses, ou iatrogènes), et les maladies métaboliques. Ils représentent 20% des AVC ischémiques.

5) AVC ischémiques à étiologie indéterminée.

Ce dernier sous-type étiologique correspond à l'ensemble des AVC ischémiques non classées, qui restent inexplicables malgré un bilan exhaustif, à bilan étiologique incomplet ou dont au moins deux causes sont identifiées et entre lesquelles on ne peut trancher. Ils représentent 20% des AVC ischémiques.

Selon l'étude menée par Wu CY et al. en 2010 (75), la distribution des différents sous types d'AIC est différente selon l'âge (Figure 4 et 5). Ils ont montré que les taux d'AIC des gros vaisseaux, d'origine cardio-embolique et par autres étiologies déterminées étaient semblables en fonction de l'âge. Dans la tranche d'âge la plus jeune, il y avait une proportion plus élevée d'AIC par occlusion des petites artères par rapport aux autres tranches d'âge.

Les patients âgés de plus de 75 ans étaient ceux qui présentaient le moins d'AIC secondaire à l'occlusion des petites artères et le plus d'AIC d'origine indéterminée.

Age group	<50 years	50-75 years	>75 years	χ^2	P	Chi-square test of trend P
LAD	26 (17)	100 (14.2)	43 (14.1)	0.84	0.65	0.47
CE	21 (13.7)	72 (10.3)	46 (15)	5.13	0.07	0.325
SAO	76 (49.7)	290 (41.3)	91 (29.7)	19.8	<0.01	9.92
SOD	5 (3.3)	11 (1.6)	1 (0.3)	6.25	0.04	0.013
SUD	25 (16.3)	229 (32.6)	125 (40.8)	27.9	<0.01	3.47

Figures in parentheses are in percentage

(LAD : AIC des gros vaisseaux CE : AIC cardio-emboliques SAO : AIC par occlusion des petites artères SOD : AIC d'autres étiologies déterminées SUD : AIC à étiologies indéterminées)

Figure 4 : Distribution des sous types d'AIC selon l'âge.

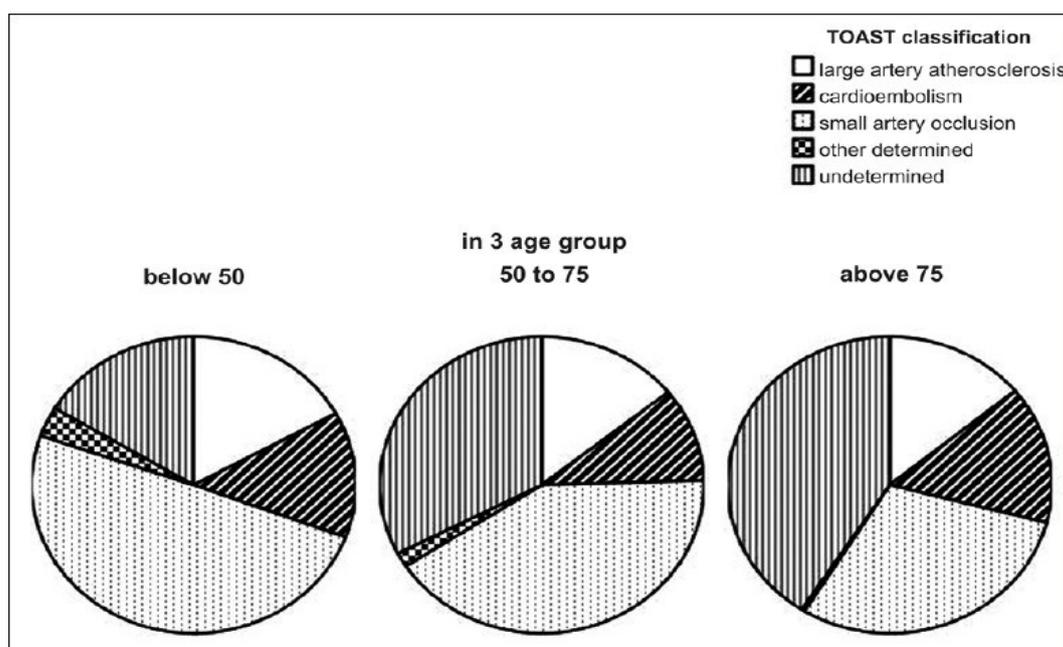


Figure 5 : La distribution des différents sous types d'AIC selon les groupes d'âge

Un autre travail effectué en 1999 par Sharma et al. (64) n'a pas montré de différence dans la répartition de type d'AVC ischémiques selon la vascularisation : infarctus totaux de la circulation antérieure, infarctus partiels de la circulation antérieure, infarctus de la circulation postérieure, entre les patient de moins de 75 ans et ceux de plus de 75 ans.

2. Épidémiologie

2.1 Quelques chiffres

Touchant chaque année environ 130 000 nouveaux patients en France, l'AVC a un taux d'incidence qui augmente avec l'âge, ainsi il est multiplié par deux tous les 10 ans après 55 ans (11). 25 % des AVC surviennent chez les moins de 65 ans (c'est-à-dire dans la population active) et 50 % chez les sujets de plus 75 ans.

Dans le registre britannique d'Oxfordshire cité par le rapport Féry-Lemonnier (26), l'AVC est plus fréquent que l'infarctus du myocarde (45 % vs. 42 % des événements vasculaires).

Après un premier AVC, le risque de récurrence est important, estimé entre 30 % et 43 % à cinq ans (12).

L'accident vasculaire cérébral est la première cause de handicap acquis de l'adulte, la deuxième cause de démence (après la maladie d'Alzheimer) et la troisième cause de mortalité en France (23).

Il s'agit de la première cause de mortalité pour la femme. Après 65 ans, le nombre de décès par AVC chez la femme égale celui par infarctus du myocarde chez l'homme. Dans le monde, l'athérombose est la première cause de mortalité aujourd'hui (54) et pour les 15 ans à venir. Les AVC sont la deuxième cause de mortalité et la première cause de handicap acquis de l'adulte (23).

Le poids financier de l'AVC pour l'assurance maladie et la société est considérable: les travaux du Comité de pilotage du plan d'actions national «accidents vasculaires cérébraux 2010-2014 » concluent à une dépense annuelle d'environ 8,3 milliards d'euros (5,9 milliards pour le secteur sanitaire et 2,4 milliards d'euros pour le secteur médico-social) (48).

La dépense moyenne annuelle par patient en affection de longue durée (ALD) « accident vasculaire cérébral invalidant » était estimée à 9 642 euros en 2004 (soit 14 % de plus qu'un patient en ALD pour maladie d'Alzheimer et 15 % de plus qu'un patient en ALD pour

«maladie de Parkinson »). La même année, le total des remboursements pour cette ALD était estimé à 2 353 millions d'euros (soit 34 % de plus que pour l'ALD « maladie d'Alzheimer et autres démences » et 3,25 fois plus que pour l'ALD « maladie de Parkinson ») (48).

2.2 Facteurs de risque cardiovasculaires

Les facteurs de risque cardio-vasculaires sont généralement classés en 3 groupes selon leur degré d'imputabilité.

L'hypertension artérielle, les dyslipidémies, le diabète, le tabagisme et l'âge sont les principaux facteurs de risque cardio-vasculaire. D'autres facteurs comme l'obésité ou la sédentarité sont considérés comme des facteurs prédisposants.

2.2.1 Evaluation des facteurs de risques cardiovasculaires selon l'HAS

La Haute Autorité de Santé (HAS) a publié récemment des recommandations pour la Prise en Charge Thérapeutique du Patient Dyslipidémique (35), pour le Traitement Médicamenteux du Diabète de Type 2 (36), et pour la Prise en Charge des Patients Adultes atteints d'Hypertension Artérielle Essentielle (37).

Ces recommandations préconisent **l'évaluation du niveau de risque cardiovasculaire global** pour mieux adapter la prise en charge hygiéno-diététique et pharmacologique du patient à risque cardiovasculaire élevé. Dans cette démarche, l'identification et le dénombrement des facteurs de risque cardiovasculaires tiennent une place importante. En dépit d'une volonté affichée d'harmoniser les recommandations, l'analyse des documents publiés par la HAS montre encore des différences dans la définition des facteurs de risque.

Le tableau ci-dessous présente les facteurs de risque définis selon les 3 recommandations.

Facteur de risque	Recommandations		
	Dyslipidémie	Diabète	Hypertension
AGE : Homme de 50 ans ou plus Femme de 60 ans ou plus	+ 1	+ 1	+ 1
TABAGISME (actuel ou arrêté depuis moins de 3 ans)	+ 1	+ 1	+ 1
ANTECEDENTS FAMILIAUX D'ACCIDENT CARDIOVASCULAIRE PRECOCE IDM ou mort subite < 55 ans chez le père ou chez un parent de 1 ^{er} degré de sexe masculin IDM ou mort subite < 65 ans chez la mère ou chez un parent de 1 ^{er} degré de sexe féminin	+ 1	+ 1	+ 1
AVC constitué avant 45 ans	non précisé	+ 1	
HYPERTENSION ARTERIELLE PERMANENTE (traitée ou non)	+ 1	+ 1	* semi-quantitatif
DIABETE DE TYPE 2 (traité ou non)	+ 1	*	+ 1
MICROALBUMINURIE (>30mg/24h)	non précisé	+ 1	non précisé
DYSLIPIDEMIE : LDL-cholestérol \geq 1,60 g/l (4,1 mmol/l)	*	non précisé	+ 1
HDL-cholestérol \leq 0,40 g/l (1 mmol/l)	+ 1	+ 1	
HDL-cholestérol \geq 0,60 g/l (1,5 mmol/l)	- 1	- 1	non précisé
*	Facteur de risque en relation avec la recommandation		
+ 1	Compte pour 1 facteur de risque dans l'estimation du RCVG		
- 1	compte pour 1 facteur protecteur dans l'estimation du RCVG (soustraire « 1 risque » au score)		
non précisé	Facteur de risque non précisé dans les recommandations		

Plusieurs facteurs de risque apparaissent sans ambiguïtés dans les 3 recommandations. Il s'agit : de l'âge (supérieur à 50 ans pour un homme et supérieur à 60 ans pour une femme), du tabagisme (actuel ou arrêté depuis moins de 3 mois) et des antécédents familiaux précoces d'infarctus du myocarde ou de mort subite.

Les antécédents familiaux d'accidents vasculaires cérébraux sont absents des recommandations pour la prise en charge des *dyslipidémies*. Ils sont intégrés aux antécédents cardiaques dans les recommandations pour la prise en charge de *l'hypertension artérielle* et comptent pour un facteur de risque indépendant dans les recommandations pour la prise en charge du *diabète*.

L'hypertension artérielle est définie par le seuil de 140/90 mmHg dans les recommandations de prise en charge du patient *dyslipidémique* ou *diabétique*. Elle est stratifiée en 3 classes dans les recommandations pour *l'HTA*.

Le diabète de type 2, défini par une glycémie à jeun supérieure à 1.26g/L compte pour 1 facteur de risque dans les 3 recommandations. Cependant, la microalbuminurie est un facteur de risque supplémentaire dans les recommandations pour le *diabète*, mais pas dans celles pour les *Dyslipémies* et *l'HTA*.

Le niveau de LDL-cholestérol cible dépend du nombre de facteurs de risque associés dans les recommandations pour les *dyslipidémies* et le *diabète*. Dans ces dernières, un HDL-Cholestérol ≤ 0.40 g/L est considéré comme un facteur de risque supplémentaire indépendant. En revanche, dans les recommandations pour *l'HTA*, la dyslipidémie est définie par un LDL-cholestérol ≥ 1.6 g/L et/ou un HDL-cholestérol ≤ 0.4 g/L.

Enfin, le HDL-Cholestérol ≥ 0.60 g/L est un facteur protecteur dans les recommandations pour les *dyslipidémies* et le *diabète*, mais pas dans les recommandations pour *l'HTA*.

Ainsi pour un individu donné, le décompte des facteurs de risque peut varier significativement selon que le praticien aborde la prévention cardiovasculaire avec l'un ou l'autre des documents de la HAS.

2.2.2 Facteurs de risque cardiovasculaire, AVC et sujet âgé.

Certains facteurs de risque sont parfaitement identifiés dans les AIC :

- L'âge est le facteur de risque non modifiable le plus important. Après 55 ans, pour chaque tranche d'âge de 10 ans, les taux d'AVC sont multipliés par deux.
- Le sexe masculin augmente par 1,25 le taux d'incidence des AVC par rapport à la femme. Il existe une exception pour les femmes de 35 à 45 ans et pour celles âgées de plus de 85 ans.
- L'influence des formes familiales d'AVC et des ethnies a été démontrée. Les sujets d'origine africaine et asiatique sont particulièrement à risque.
- L'HTA est le plus important facteur modifiable d'AIC. Il multiplie le risque d'AIC par 4.
- L'élévation du cholestérol total ou du LDL-cholestérol est un facteur de risque que de certains types d'AIC (athérosclérose et lacunes).
- Le diabète un facteur de risque majeur, il multiplie le risque d'AIC par 2 à 5.
- Le rôle du tabac est établi et montre un risque relatif d'AIC de 1,9.
- Le rôle de l'obésité dans l'AIC a démontré un risque relatif de 2.
- La relation entre la consommation d'alcool et le risque d'AVC est complexe. Une faible consommation d'alcool (moins de deux verres par jour) est un facteur protecteur des AIC alors qu'une forte consommation (plus de cinq verres par jour) augmente le risque de tous les AVC.
- L'arythmie cardiaque par fibrillation auriculaire (ACFA) est la première cause contrôlable d'AIC. Que l'ACFA soit permanente ou paroxystique, elle multiplie le risque relatif d'AIC par cinq.

Les études portant sur les facteurs de risque du sujet âgé ayant présenté un AVC suggèrent une répartition différente de celle observée chez les patients plus jeunes.

Di Carlo et al., 1999 (22) ont comparé les facteurs de risque vasculaires entre 2 groupes de patients ayant présenté un premier évènement cardiovasculaire, l'un constitué de 1358 patients âgés de 80 ans et plus et l'autre de 3141 patients de moins de 80 ans. Ils ont montré que les patients les plus âgés présentaient moins souvent une hypertension artérielle (44% versus 50%), un diabète (17,1% versus 22,6%), un alcoolisme chronique (25,5% versus 38,3%), un tabagisme actif (22% versus 44,5%) que les patients plus jeunes ; en revanche, ils présentaient plus souvent une fibrillation auriculaire (26,3% versus 14,5%).

Ces résultats ont été confirmés par une autre étude, celle de Arboix et al. (2006) (4), portant sur 303 patients de plus de 85 ans et 1537 patients de moins de 85 ans ayant présenté un infarctus cérébral. Elle a montré que les patients plus âgés avaient moins souvent une hypertension artérielle (44,9% versus 54,8%), un diabète (16,2% versus 22,4%), une dyslipidémie (9,2% versus 19,6%), un tabagisme (1,7% versus 12,4%) et un alcoolisme chronique (0,3% versus 3,1%). Par contre, on retrouvait plus fréquemment chez ces mêmes patients une insuffisance cardiaque (15,5% versus 3,8%), une insuffisance rénale (5,3% versus 2,3%), un antécédent d'infarctus cérébral (9,6% versus 6,9%) et une fibrillation auriculaire (42,6% versus 27,1%).

Une étude plus récente menée par Wu CY et al. en 2010 sur 1161 patients victimes AIC, montre que l'influence des facteurs de risque selon l'âge présente une distribution différente. Ainsi l'HTA et le diabète sont plus fréquents chez le sujet âgé (75).

Age group	<50 years (n = 153)	50-75 years (n = 702)	>75 years (n = 306)	χ^2	P	Chi-square of trend P
Hypertension	75 (49)	489 (69.7)	206 (67.3)	24.1	<0.01	0.002
Diabetes	22 (14.4)	245 (34.9)	99 (32.4)	24.64	<0.01	0.031
Heart disease	23 (15.0)	125 (17.8)	93 (30.4)	24.03	<0.01	6.76
Previous stroke	16 (10.5)	219 (31.2)	98 (32.0)	28.69	<0.01	5.75
Smoking	82 (53.6)	288 (41.0)	84 (27.5)	32.03	<0.01	1.06
Alcohol	45 (29.4)	164 (23.4)	28 (9.2)	35.28	<0.01	1.11
Obesity	36 (23.5)	152 (21.7)	39 (12.7)	12.52	<0.01	0.001

Figures in parentheses are in percentage

Figure 6 : Distribution des facteurs de risque selon l'âge

C'est pourquoi la connaissance des facteurs de risque d'AIC selon l'âge doit être prise en compte pour la prévention primaire et secondaire.

Ainsi la prévention primaire et secondaire d'AIC doit également se baser sur la connaissance de l'influence des facteurs de risque selon l'âge.

3. Traitement

Le niveau de preuve des recommandations sont résumés dans l'annexe 1.

3.1 Phase Aigue

3.1.1 Généralités

L'infarctus cérébral est une urgence thérapeutique. Le pronostic vital et fonctionnel dépend de la rapidité de prise en charge. Le bénéfice de structures spécialisées dans l'accueil d'urgence des AVC est largement démontré en termes de mortalité et de morbidité. Ces structures ont la possibilité d'assurer au plus vite la prise en charge diagnostique et thérapeutique. L'échelle NIHSS permet d'évaluer la gravité et le pronostic des patients atteints d'AVC ischémique.

Elle comporte 15 items et permet une cotation de 0 à 42. Elle permet de suivre l'évolution d'un déficit neurologique.

La prise en charge thérapeutique en aigue est organisée en plusieurs temps.

Le premier temps consiste à la mise en place de mesures générales essentielles et des mesures de prévention des agressions cérébrales secondaires d'origine systémique : surveillance neurologique et respiratoire, contrôle de la pression artérielle, contrôle de la température, correction des troubles métaboliques.

Le deuxième temps consiste à discuter un traitement de revascularisation : la thrombolyse est le seul traitement ayant démontré limiter les lésions ischémiques en levant l'occlusion artérielle. Le bénéfice de ce traitement n'est démontré que s'il est appliqué précocement. Environ 5 à 10% des AVC ischémiques bénéficient de ce traitement en France.

Par la suite, la mise en place d'un traitement anti thrombotique spécifique en fonction de l'étiologie de l'AVC ischémique est primordiale.

Finalement, la prévention et le prise en charge des complications doit être un travail constant : complications thromboembolique, l'œdème cérébral, l'épilepsie...

La kinésithérapie motrice doit être démarrée le plus rapidement possible, ainsi que les soins de nursing et la prévention d'escarres, si possible dans les 24 premières heures, même si des troubles de la vigilance sont observés. A la phase aigue de l'AVC, chez le patient ne présentant pas d'activité motrice, il est recommandé de stimuler la fonction sensitive.

La rééducation fonctionnelle de la marche est recommandée dès que possible, et doit être poursuivie tout au long de l'évolution de l'AVC pour améliorer l'indépendance dans les déplacements (grade B).

3.1.2 Traitement spécifique:

3.1.2.1 Revascularisation par thrombolyse :

A ce jour, le traitement de référence reconnu par l'ANSM en cas d'AVC par occlusion d'une artère cérébrale consiste en l'injection intraveineuse d'un médicament appelé Actilyse® (altéplase) qui a pour objectif de lyser le caillot. Elle doit être effectuée le plus tôt possible. Celle-ci permet de guérir le patient dans 40% des cas, seulement si l'injection est débutée moins de 4 heures 30 après les premiers symptômes d'AVC. La thrombolyse intraveineuse peut être envisagée après 80 ans jusqu'à 3 heures (accord professionnel).

Mais la complication redoutée de l'injection intraveineuse de ce médicament est la survenue d'une hémorragie cérébrale avec aggravation neurologique pouvant aller jusqu'au décès dans 6% des cas, ou sans aggravation neurologique visible dans 20% des cas.

Des décisions de thrombolyse par voie intra artérielle peuvent être prises au cas par cas, après concertation entre neurologues vasculaires et neuroradiologues, et ce jusqu'à 6 heures pour les occlusions de l'artère cérébrale moyenne, voire au-delà de 6 heures pour les occlusions du tronc basilaire du fait de leur gravité extrême (accord professionnel).

Il est important de noter le défaut de thrombolyse chez les patients les plus âgés expliqué par un taux de morbidité plus élevée que chez les patients plus jeunes. Cependant certaines études montrent des résultats favorables en terme de degré de handicap ou de dépendance dans les activités quotidiennes (échelle de Rankin) et de taux d'hémorragie intracérébrale semblables entre un groupe de patients âgés de plus de 80 ans et de patients de moins de 80 ans ayant bénéficié de thrombolyse intraveineuse (25). De même, l'étude IST-3, étude contrôlée versus placebo effectuée sur 3035 patients à travers 12 pays, a montrée autant de bénéfices de la thrombolyse intraveineuse chez les patients les plus âgés (40). Ces résultats sont confirmés par l'étude menée par Nishant K Mishra et al. (52), qui démontre l'intérêt de la thrombolyse

même chez les sujets de plus de 80 ans et qui conclue que l'âge ne doit être en aucun cas un obstacle au traitement.

De même, l'étude menée par Kim D et al. montre que la thrombolyse intra artérielle a des résultats semblables chez les patients de moins de 80 ans comparés à ceux de 80 ans et plus, en termes de recanalisation et d'hémorragies. (41)

3.1.2.2 Traitement antithrombotique :

- Antiagrégants plaquettaires:

Un traitement antiplaquettaire par aspirine (160 à 300 mg/j) est recommandé dans les 48 heures après un AVC ischémique d'origine athéromateuse, lacunaire et d'origine indéterminé, sauf si un traitement fibrinolytique est envisagé. Le clopidogrel peut être utilisé en cas de contre-indication à l'aspirine.

- Anticoagulants:

L'utilisation systématique d'héparine (héparine non fractionnée, HBPM ou héparinoïdes) à dose curative n'est pas recommandée à la phase aiguë de l'AVC ischémique, y compris dans la fibrillation auriculaire non valvulaire. Elle peut être utilisée dans des indications sélectives, présumées à haut risque de récurrence ou d'extension des phénomènes thromboemboliques.

3.1.3 Traitement étiologique :

La recherche et la prise en charge d'une cause vasculaire ou embolique d'origine cardiaque à l'AVC ischémique sont indispensables. Cependant, environ 30% des AVC ischémiques restent inexplicables, ce taux varie selon l'âge allant jusqu'à 50% chez le sujet jeune.

3.2 Phase Chronique

3.2.1 La correction des facteurs de risque vasculaires :

Nous y porterons une attention particulière.

3.2.2 Traitement antithrombotique :

Il est recommandé de mettre les patients sous traitement antithrombotique (Catégorie I, Niveau A).

- Un traitement antiplaquettaire au long cours : Après un Infarctus Cérébral ou un Accident Ischémique Transitoire lié à l'athérosclérose, à la maladie des petites artères ou d'origine indéterminée, un traitement par aspirine est indiqué en prévention des récurrences d'Infarctus Cérébral, d'Infarctus du Myocarde ou de décès de cause vasculaire (Catégorie I, Niveau A). Chez les patients allergiques à l'aspirine, le clopidogrel est indiqué.

Les patients présentant une fibrillation auriculaire et ayant une contre indication aux anticoagulants oraux, doivent recevoir un traitement par aspirine.

- Les anticoagulants :

- Les AVK sont indiqués en cas de cardiopathie emboligène particulièrement en cas de fibrillation auriculaire (Catégorie I, Niveau A)

Le traitement anticoagulant oral n'est pas recommandé pour les patients avec une comorbidité importante, comme ceux qui présentent des chutes à répétition, une mauvaise compliance, une épilepsie mal contrôlée, ou des hémorragies gastro-intestinales (Catégorie III, Niveau C). Un âge avancé, en soi, n'est pas une contre-indication à une anticoagulation orale (Catégorie I, Niveau A).

- Les nouveaux anticoagulants oraux : le dabigatran (Pradaxa), inhibiteur direct de la thrombine et rivaroxaban (Xarelto), inhibiteur direct du facteur Xa, sont indiqués dans la prévention des événements thromboemboliques veineux post-intervention chirurgicale programmée pour prothèse totale de hanche ou de genou. Ils ont récemment obtenu une extension d'indication pour la prévention de l'accident vasculaire cérébral et de l'embolie systémique dans la fibrillation auriculaire non-valvulaire. Ils sont une alternative aux AVK, particulièrement en cas de fluctuations de l'INR en dehors de la zone thérapeutique. A ce jour,

il n'y a pas de surveillance biologique de routine proposée, le contrôle du niveau d'anticoagulation n'est indiqué qu'en cas de risque élevé d'hémorragie ou de thrombose. Cependant, une attention particulière doit être portée à leur prescription notamment en cas d'insuffisance rénale ou d'interaction médicamenteuse.

3.2.3 Traitement chirurgical

La chirurgie carotidienne est indiquée en cas de sténose athéromateuse symptomatique de la bifurcation carotidienne ou supérieure à 70% en réduction de diamètre (études NASCET et ECST) chez un sujet stable sans séquelle majeure. Chez les hommes, un bénéfice est observé dès que la sténose est supérieure à 50%. Le bénéfice maximum de l'endartériectomie est obtenu dans les 15 jours suivant l'AVC ou l'AIT. Au-delà de 6 mois le bénéfice apporté par la chirurgie est identique à celui obtenu dans les sténoses carotides asymptomatiques.

L'angioplastie carotidienne n'est pas indiquée en première intention. La chirurgie vertébrale, voire sous-clavière, n'a pas d'indication validée.

3.2.4 La rééducation

Il est recommandé de poursuivre la rééducation, après la sortie de l'hôpital, pendant un an après la survenue de l'AVC (Catégorie II, Niveau A). La rééducation après accident vasculaire cérébral (AVC) a pour objectif la récupération de la meilleure fonction possible en stimulant la plasticité cérébrale et les compensations fonctionnelles, tout en prévenant certaines complications. Les capacités de récupération du sujet âgé dépendent de nombreux facteurs : l'état physiologique et psychique antérieur, les antécédents pathologiques et notamment neurologiques, et la sévérité en elle-même de l'AVC. La rééducation, au mieux réalisée dans une structure spécialisée telle qu'un service de médecine physique et de réadaptation, améliore considérablement le pronostic fonctionnel et vital, grâce aux techniques spécialisées d'équipes interdisciplinaires. L'objectif est la meilleure autonomie

possible dans le lieu de vie habituel du patient. L'âge en lui-même ne devrait pas être un critère d'admission dans de telles structures.

3.2.5 Autres complications

La prise en charge au long cours d'un AVC doit s'attacher à rechercher et traiter les principales complications qui sont représentées par les récurrences, la persistance du handicap moteur, la spasticité, les douleurs neuropathiques (10 % des patients), la dépression post-AVC (30 % des patients), la démence post-AVC (10 % des patients), l'épilepsie vasculaire (5% des patients) et les syndromes parkinsoniens ou mouvements anormaux d'origine vasculaire (moins d'1% des patients) (16, 34, 51).

3.3 Prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire

3.3.1 Tension artérielle

- Un traitement hypotenseur est recommandé chez tout hypertendu après un infarctus cérébral ou un AIT (grade A), avec un objectif de pression artérielle en dessous de 140/90 mmHg. Il est recommandé de s'assurer du contrôle de la pression artérielle, notamment par l'auto mesure ou la MAPA.
- Chez le diabétique ou en cas d'insuffisance rénale, il est recommandé d'abaisser la pression artérielle en dessous de 130/80 mmHg (grade B). Le choix de la classe médicamenteuse dépendra du statut rénal. En cas de micro albuminurie, un inhibiteur du système rénine-angiotensine est recommandé compte tenu de l'action complémentaire démontrée de ce traitement en termes de néphroprotection (grade B).
- L'objectif tensionnel et les modalités de la diminution de la pression artérielle doivent prendre en compte l'existence d'une sténose ≥ 70 % ou d'une occlusion des artères cervicales ou intracrâniennes.

- La réduction de la pression artérielle de 10 mmHg pour la systolique et de 5 mmHg pour la diastolique est associée à une réduction du risque vasculaire quel que soit le niveau initial de pression artérielle. Par conséquent, le traitement des sujets normotendus (pression artérielle < 140/90 mmHg) peut être envisagé (grade B).
- Le traitement par diurétiques thiazidiques ou par une association diurétiques thiazidiques et inhibiteurs de l'enzyme de conversion est d'efficacité démontrée (grade A). Les autres classes médicamenteuses peuvent être choisies en fonction des comorbidités ou du niveau tensionnel visé.
- Une diminution des apports en sel en dessous de 6 grammes par jour est recommandée pour aider à réduire la pression artérielle chez l'hypertendu.
- L'étude en intention de traiter menée par Beckett NS et al. en 2008, a comparé l'influence du traitement antihypertenseur entre deux groupes de patients âgés de 80 ans et plus. Le groupe placebo était constitué de 1912 patients et le groupe sous antihypertenseurs de 1933 patients. La cible tensionnelle sous traitement était de 150/80 mmHg. L'étude a montré la réduction de 30% AVC et de 39% des décès par AVC mais aussi la réduction de 21% des décès toutes causes confondues, de 23% de décès d'origine cardiovasculaire et de 64% de décompensation cardiaque (7).

3.3.2 Lipides

- Un traitement par statine est recommandé pour les patients avec un infarctus cérébral ou un AIT non cardio-embolique et un LDL-cholestérol ≥ 1 g/l (grade A). Pour les infarctus cérébraux ou AIT cardio-emboliques, le bénéfice des statines n'a pas été spécifiquement étudié.
- La cible de LDL-cholestérol recommandée est < 1g/l.
- Un traitement par statine est recommandé quel que soit le taux de LDL-cholestérol chez les patients diabétiques (grade B) ou devant un antécédent coronarien (grade A).

- Un traitement par statine peut être envisagé chez les patients avec un LDL-cholestérol $< 1 \text{ g/l}$ et un infarctus cérébral ou un AIT associé à une maladie artérioscléreuse symptomatique.
- Il est recommandé d'utiliser une statine ayant démontré une réduction des événements vasculaires chez les patients avec un infarctus cérébral ou un AIT (grade A).
- Le traitement doit être associé à des règles hygiéno-diététiques.

3.3.3 Diabète

- Un traitement par statine est recommandé quel que soit le niveau de LDL-cholestérol (grade B). Il est recommandé d'obtenir un taux de LDL-cholestérol $< 1 \text{ g/l}$.
- Un contrôle glycémique strict est recommandé pour réduire les complications microvasculaires (grade A) et macrovasculaires (grade B). L'objectif est la quasi normalisation glycémique ($\text{HbA1c} < 6,5 \%$) (grade B). Cet objectif devra être adapté au profil du patient (âge physiologique, ancienneté du diabète, comorbidités, espérance de vie et risque iatrogène).

En effet, les diabétiques âgés diffèrent des diabétiques plus jeunes notamment en termes de facteurs de risque cardiovasculaires associés, de comorbidité, d'hétérogénéité de population, d'enjeux et risques thérapeutiques, et d'espérance de vie. Une évaluation gériatrique standardisée (EGS) permet pour chaque patient de fixer les objectifs thérapeutiques et glycémiques. Les complications du diabète chez le sujet âgé sont surtout représentées par les hypoglycémies et les lésions du pied. Les règles hygiéno-diététiques ne doivent pas être trop strictes afin d'éviter tout risque de dénutrition (31).

- Les mesures d'hygiène de vie (arrêt du tabac, diététique, exercice physique, prise en charge pondérale) sont indispensables.

3.3.4 Tabac

- Le sevrage tabagique est recommandé au décours d'un infarctus cérébral ou d'un AIT (grade B).
- Des aides à l'arrêt du tabac sont recommandées en cas de dépendance tabagique.
- L'éviction du tabagisme dans l'environnement du patient est également recommandée.

3.3.5 Alcool

- Les hommes consommant plus de trois verres de boisson alcoolisée par jour (3 unités d'alcool par jour ou 30 g/jour) et les femmes consommant plus de deux verres par jour (2 unités d'alcool par jour ou 20 g/jour) doivent réduire ou interrompre leur consommation (grade C).
- Après un infarctus cérébral, les patients alcoolodépendants doivent bénéficier des méthodes de sevrage appropriées et d'une prise en charge spécifique.

3.3.6 Obésité

- La réduction du poids corporel doit être envisagée pour tout patient avec infarctus cérébral ou AIT ayant une obésité abdominale (tour de taille > 88 cm chez la femme ou 102 cm chez l'homme).
- La prévention de l'obésité chez les patients inactifs du fait du handicap occasionné par l'infarctus cérébral doit être envisagée en agissant à la fois sur l'exercice physique et la réduction des apports alimentaires.

3.3.7 Activité physique

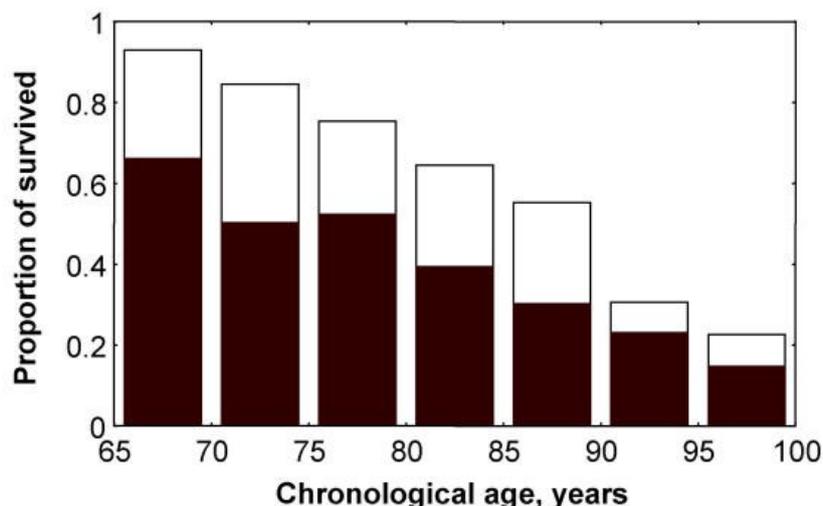
Après un infarctus cérébral ou un AIT, une activité physique régulière d'au moins 30 minutes par jour, adaptée aux possibilités du patient, est recommandée.

4. Approche gériatrique et particularité de l'AVC ischémique du sujet âgé

Les personnes âgées, de part de leur fragilité et leurs comorbidités, ont besoin d'une approche diagnostique et thérapeutique plus complexe que chez les patients jeunes. La démarche traditionnelle centrée sur une pathologie est insuffisante. L'état de santé des personnes âgées dépend aussi des facteurs sociaux, psychiques et environnementaux.

Une évaluation gériatrique standardisée semble indispensable dans la prise en charge globale du sujet âgé. Elle doit permettre au médecin un dépistage des pathologies associées ainsi que de la dépendance et de la situation sociale du patient. Les critères de fragilité doivent être recherchés.

Comme le montre l'étude menée par Mitnitski AB et al. (49), la proportion de survie diminue avec l'âge. Cependant, les sujets fragiles (rectangles pleins) montrent une survie plus faible dans toutes les tranches d'âge que les sujets en bonne forme (rectangles vides).



L'évaluation gériatrique standardisée a pour objectif le maintien de l'indépendance et de la qualité de vie des sujets âgés. Elle permet de mieux prendre connaissance des facteurs de

fragilité et d'en établir un relevé, afin de construire un plan de prise en charge, de prévention et d'éducation thérapeutique adapté au patient.

On recherche le juste soin, et il faut aller au-delà des recommandations, de la guérison, c'est une « médecine adaptative », résultat de ce qui est souhaitable, faisable et raisonnable.

Cette évaluation gériatrique passe par une « expertise » :

- De l'état physique complet : en insistant sur l'état neurologique, les troubles de la marche et le risque de chute mais aussi la vision et l'audition. Rechercher également une hypotension orthostatique.
- De l'état nutritionnel : par l'échelle MNA, le BMI et le bilan biologique.
- Des fonctions cognitives : par le MMSE de Folstein, test de référence pour dépister les troubles cognitifs (une score inférieur à 24/30 nécessite un bilan complémentaire en milieu spécialisé), le test des 5 mots et le test de l'horloge.
- De l'autonomie : par des échelles d'évaluation des activités de la vie quotidienne IADL et ADL, grille AGGIR.
- De l'humeur : par l'échelle GDS.
- Du comportement : échelle NPI.
- De la capacité physique : Time up and Go, station unipodale.
- Evaluation de la fonction urinaire : score ICIQ.
- De la vulnérabilité : échelle ITBS.
- De la douleur : EVA et EVS (autoévaluation), doloplus et Algoplus (hétéroévaluation)
- Du mode de vie et condition sociale des patients dont entourage et aide a domicile pour comprendre les difficultés que va présenter le patient à suivre les règles hygiéno-diététiques et l'observance thérapeutique.
- Evaluer l'ordonnance et le risque de polymédication.

Les bénéfices de l'Évaluation Gériatrique Standardisée (EGS) sont: la précision diagnostique, l'orientation de la personne âgée mais aussi l'amélioration des fonctions cognitives, de l'autonomie, du risque de iatrogénie, la diminution du nombre d'hospitalisations, de la diminution des coûts et de la mortalité.

Selon l'étude pionnière « the Sepulveda study » menée par Rubenstein LZ et al. en 1984 (59 et 60), a montré une proportion plus élevée de la mortalité, des hospitalisations, des admissions en EHPAD, des couts et du déclin fonctionnel en absence d'évaluation gériatrique Cette étude a été renforcée et confirmée par d'autres études comme celle menée par Bernabei R et al. en 1998 (9) et la méta analyse menée par Stuck AE et al. en 2002 (67), montre l'intérêt de l'EGS dans la diminution du déclin fonctionnel et notamment cognitif, du nombre de consultations à domicile, des couts ou du risque d'admission en EHPAD chez le sujet âgé.

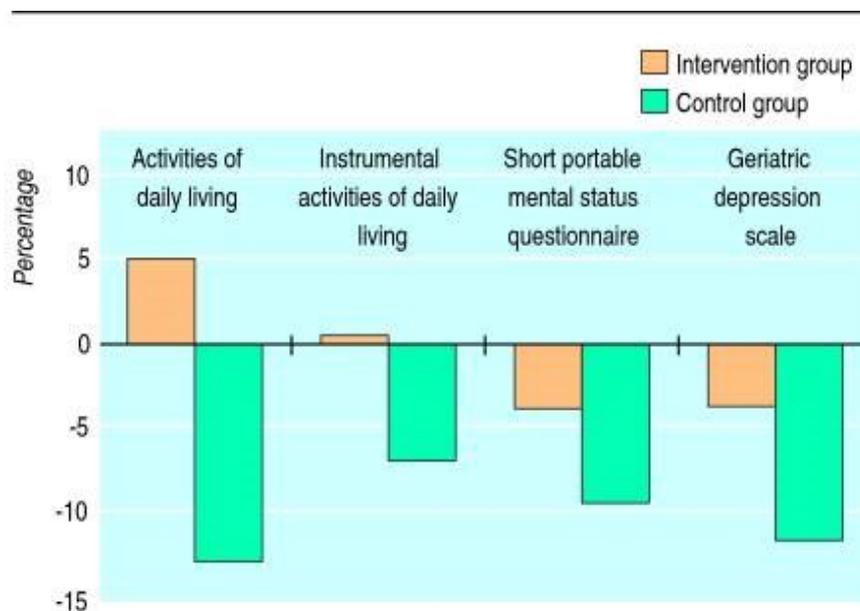


Figure 1 : Pourcentage du changement fonctionnel après un an de suivi (9)

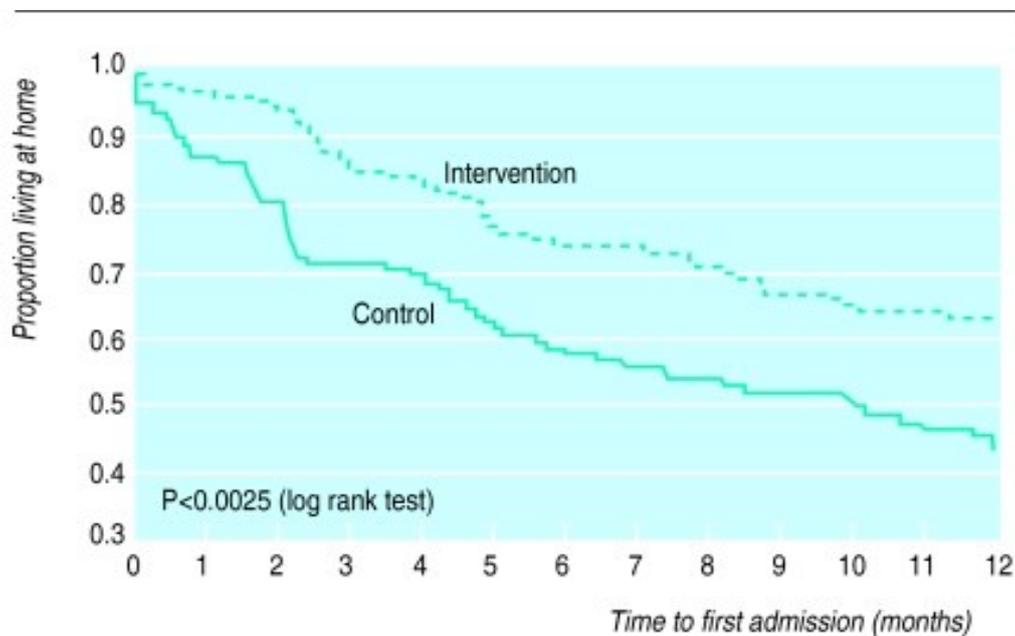


Figure 2 : Proportion de sujets admis a l'hôpital ou en EHPAD dans le groupe suivi et le groupe témoin (9)

5. Justification de l'étude

5.1 Données actuelles de la science

L'accident vasculaire cérébral est un problème majeur de santé publique par sa fréquence et en termes de morbidité et de mortalité, et par son impact sur le système de soins.

La grande majorité des AVC est d'origine ischémique et plus de 50% surviennent après 75 ans.

Ils représentent la première cause d'handicap de l'adulte, la deuxième cause de démence et la troisième cause de mortalité dans les pays industrialisés (51).

La majorité des décès ont lieu pendant les trois premiers mois et le taux de mortalité reste supérieur à celui de la population générale 2 ans, voire 10 ans après l'AVC (71). Cette survie est encore amputée après un deuxième AVC puisque la survie globale à 24 mois n'est que de 48,3% versus 56,7% après un premier AVC (60) (figure1).

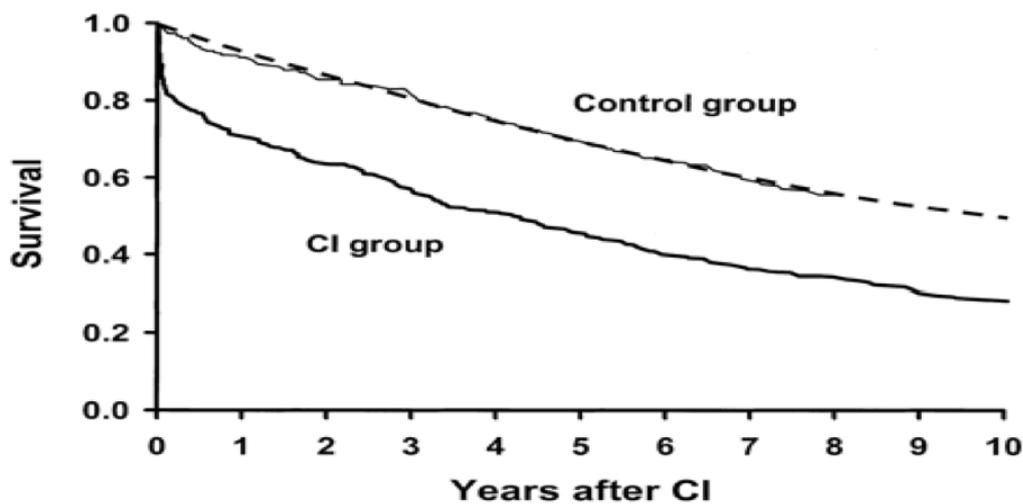


Figure 1 : Survivants sur 10 ans entre un groupe témoin (control group) et un groupe de patients cérébrolésés (CI group = cerebral infarction) (60)

L'âge est le seul facteur de risque non modifiable, les deux sexes confondus, non accessible à une prévention primaire ni secondaire. Or, devant l'évolution de la démographie des sociétés industrialisées au cours des dernières décennies, on assiste à une nette augmentation du nombre et de la proportion des sujets âgés et notamment des sujets de plus de 75 ans. Et grâce à l'amélioration des données de la science, l'espérance de vie à la naissance des femmes et des hommes n'a cessé d'augmenter entre 1950 et 2009, passant de 69,2 années pour les femmes et 63,4 années pour les hommes en 1950 à 84,5 années pour les femmes et 77,8 années pour les hommes en 2009 (Insee).

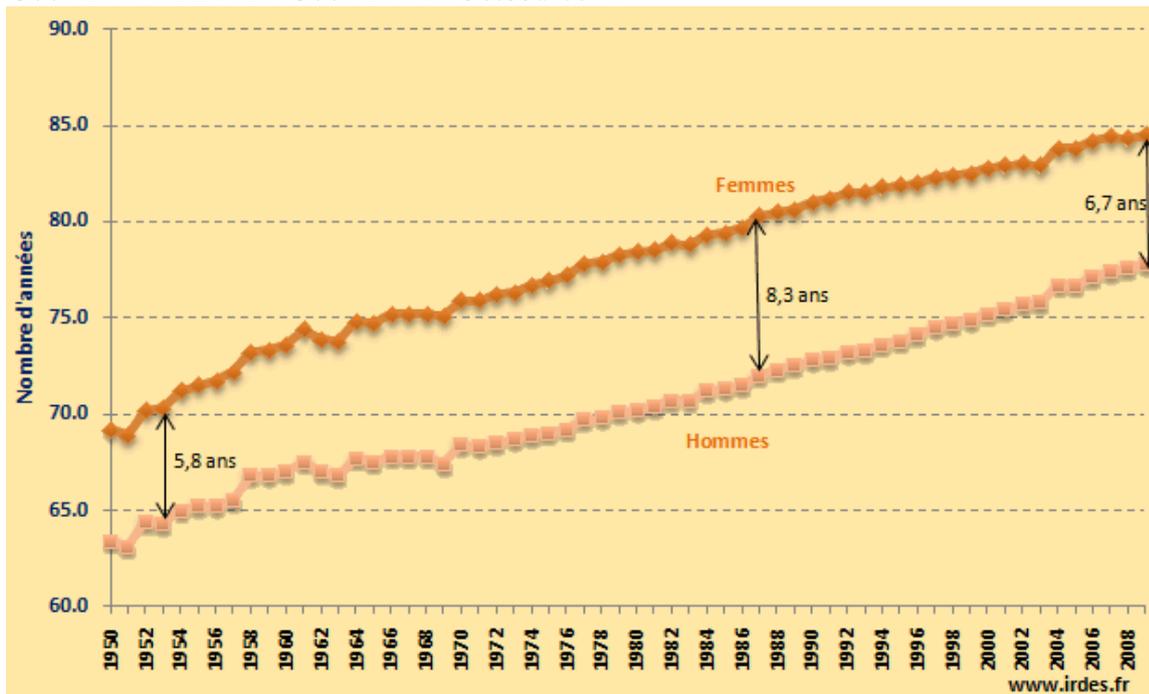


Figure 4 : Espérance de vie en France sur la période 1950 et 2009 (Insee)

L'augmentation du nombre de patients de plus de 75 ans et de l'espérance de vie s'accompagne par conséquent d'une augmentation du nombre de patients victimes d'AVC. La prévention des événements vasculaires après l'AVC concerne donc un nombre croissant de patients.

Les survivants d'un AVC ou d'un AIT ont un risque élevé de subir un autre événement vasculaire dans les années à venir.

Après un premier épisode d'accident ischémique, le risque de récurrence est d'environ 10 % à un an, 14 % à 2 ans et 20% à 5 ans, avec une influence du sexe (plus élevé chez les hommes), de l'âge (augmentation avec l'âge) et de l'existence d'antécédents d'hypertension artérielle ou de diabète (38, 61).

L'athéromatose explique pourquoi les patients ayant fait un AVC ne sont pas juste à risque élevé pour des événements cérébro-vasculaires récurrents, mais aussi pour des événements

dans d'autres lits vasculaires (58). Des données récentes du registre REACH (58) ont indiqué que 40% des patients ayant eu un AVC avaient au moins une maladie athérombotique symptomatique dans d'autres lits vasculaires (figure 2).

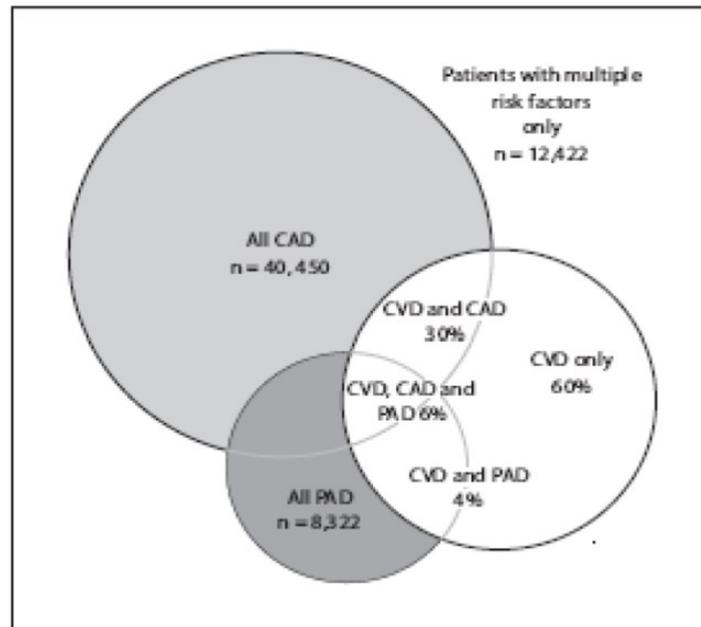


Figure 2 : Coexistence de l'atteinte de différents secteurs vasculaires

CAD : (coronary artery disease) coronaropathie; CVD : (cerebrovascular disease) maladie cérébro-vasculaire; PAD : (peripheral artery) artériopathie périphérique

Comme pour les autres risques vasculaires, les possibilités de prévention se sont développées au cours de ces dernières années avec un impact majeur sur la survie mais aussi sur le coût de la santé.

Cependant de nombreuses études mettent en évidence une absence de suivi et d'adhésion aux recommandations.

En effet, de nombreuses études (72, 68, 45, 17) ont étudié la persistance des traitements en prévention secondaire chez les patients victimes d'AVC/AIT. Les résultats sont variables selon les études mais la majorité conclut à une prise en charge sous optimale.

Une étude suédoise menée par Wettermark B et al. (72) réalisée sur 17 902 patients ayant subi un AIC ou un AIT montre que la poursuite des antiagrégants plaquettaires varie entre 80 et 90%, celle des antihypertenseurs entre 75 et 80%, et la persistance des statines est de seulement 40%.

En France, une étude publiée en 2008 a suivi sur un an les facteurs de risque de 240 patients au décours d'un AVC. Les résultats ont montré qu'à 6 mois, seulement 41% des patients avaient une pression artérielle systolique inférieure à 140 mm Hg et que 55% avaient un LDL-cholestérol inférieur à 1g/l (taux recommandé). Cinquante-neuf pourcent des patients tabagiques n'étaient pas sevrés (68). Au niveau des règles hygiéno-diététiques, on retrouve qu'à 3 mois, 4,9% avaient toujours une consommation excessive d'alcool. Au suivi à 1 an, il y avait peu de changement et 36% des patients obèses n'avaient pas réduit leur poids (57).

Pourtant il n'y a à ce jour que peu d'études concernant les causes de cette absence de suivi ou des difficultés rencontrés par les médecins expliquant le défaut d'adhésion aux recommandations.

Le médecin généraliste se retrouve de plus en plus souvent confronté à cette pathologie, et son rôle est donc primordial puisqu'il est en première ligne dans la prévention primaire et secondaire.

L'AVC du sujet âgé survient chez des sujets fragiles, présentant de nombreuses comorbidités et autres altérations psychiques et environnementales. L'AVC prend alors une dimension différente ce qui justifie ce travail.

Il semble donc nécessaire de savoir prendre en charge et d'effectuer un suivi particulier et adapté dans cette tranche d'âge.

L'optimisation de la prise en charge de l'AVC ischémique représente donc un véritable enjeu de sante publique. Il paraît donc intéressant de faire l'état des lieux de cette prise en charge de

l'AVC ischémique du sujet âgé en médecine de ville et de réfléchir à l'amélioration possible de cette prise en charge.

L'amélioration de la prévention primaire et secondaire, par la prise en charge précoce et globale des facteurs de risque représente un enjeu de santé publique et repose essentiellement sur le médecin généraliste. Elles suggèrent cependant des spécificités de la pathologie neurovasculaire chez cette population âgée chez qui la prise en charge nécessite une attention particulière.

5.2 Objectif de l'étude

L'objectif de ce travail a été initialement de décrire les éléments du suivi des patients de plus de 70 ans victimes d'AVC ischémique en médecine de ville afin de préciser les écarts entre les pratiques et les recommandations concernant la prévention secondaire et la réhabilitation des ces patient. Puis, secondairement, par l'intermédiaire du *focus group* de comprendre les causes possibles de ces écarts et essayer d'apporter des pistes d'amélioration à la prise en charge.

En effet, les informations fournies par la méthode *focus group* doivent être utilisées avec d'autres méthodes de recherche car cette méthode ne permet pas de dresser une documentation exhaustive des pratiques mais renseigne sur les idées et les opinions.

Ainsi, une étude transversale a été réalisée parallèlement à celle du *focus group* dans le but de réaliser un état des lieux de la prise en charge de l'AVC en médecine de ville.

Cette étude observationnelle a pour but d'évaluer la qualité de la prise en charge de l'AVC ischémique en médecine de ville chez tous les patients victimes d'AVC ischémique hospitalisés dans le service post AVC de l'hôpital de Cimiez du 1^{er} janvier 2010 au 31 décembre 2010 et suivis en médecine de ville.

Cette étude a été réalisée à partir d'une grille de recueil des données.

Par l'étude *focus group*, nous allons essayer de comprendre les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans le suivi de l'AVC ischémique du sujet âgé.

L'objectif final sera de proposer des pistes d'amélioration pour le suivi de ces patients.

B. MATERIELS ET METHODES

1. Etude observationnelle

Cette étude monocentrique, transversale observationnelle a été conduite sur 50 patients.

Elle a été effectuée chez des patients de 70 ans et plus admis pour AVC ischémique constitué ou transitoire dans le service gériatrique « post AVC » à l'hôpital de Cimiez de Nice.

Ce service est un service de soins de suite et de réadaptation. Les patients admis étaient adressés soit par l'Unité Neuro-Vasculaire, soit par un service général d'urgence, soit par un service gériatrique aigu. Le service possède une capacité de 24 lits et la durée moyenne d'hospitalisation était de 51 jours.

Les patients devaient être admis entre le premier janvier 2010 et le 31 décembre 2010, être retournés à domicile et être suivis par un médecin traitant généraliste en ville.

Etaient exclus les patients hospitalisés pour AVC hémorragiques, ou victimes d'un hématome extra ou sous dural, ou une hémorragie méningée, les patients pour lesquels un placement en EHPAD a été effectué dans les suites de l'hospitalisation, et les patients décédés au cours de l'hospitalisation dans le service ont également été écartés de l'étude.

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none">- âge > ou égal à 70 ans- AVC ischémique- hospitalisé dans le service « post AVC » de l'hôpital de Cimiez	<ul style="list-style-type: none">- âge < 70 ans- AVC hémorragique- décès- perdu de vue

entre le 1 ^{er} janvier 2010 et le 31 décembre 2010 - suivi par médecin traitant en ville	- suivi par un médecin non généraliste
---	--

L'accès aux dossiers médicaux des patients a été facile, il s'est fait directement dans le service après l'accord du chef de service. La consultation des dossiers médicaux a été effectuée du 15 avril 2013 au 15 mai 2013.

Les données se rapportant à la prise en charge en ville ont été recueillies auprès des médecins traitants par téléphone par l'intermédiaire d'un questionnaire (annexe 2). Le recueil de ces données a été réalisé du 15 mai 2013 au 31 juin 2013. Au total, 49 médecins généralistes ont été contactés, en effet 2 patients étaient suivis par le même médecin traitant. Cette étape s'est avérée laborieuse devant les difficultés à obtenir les entretiens avec les médecins traitants (jusqu'à 8 tentatives malgré la prise de rendez-vous téléphonique).

Le recueil des données a été effectué à l'aide d'une grille des recueil des données comprenant 10 questions: la fréquence du suivi, l'âge, le sexe, les principaux facteurs de risque cardiovasculaires (HTA, diabète, dyslipidémie, tabagisme) et autres antécédents cardiovasculaires (ACFA, AOMI, AIC, coronaropathie), le traitement, le bilan biologique (bilan lipidique, HbA1c, INR), la présence de déficits neurologiques (déficit moteur et aphasie) et leur rééducation, l'existence d'un suivi cardiologique ou neurologique.

Les analyses statistiques ont fait appel au test du Chi-2 quand il s'agissait de comparer des variables qualitatives et au test Wilcoxon quand il s'agissait de comparer des variables quantitatives.

Les analyses statistiques ont été réalisées grâce au logiciel SAS v.9.0.

2. Méthode *focus group*

2.1 Généralités

Dans le domaine de la santé se développent depuis les années 90 des études avec une approche qualitative. Complémentaire de la recherche quantitative, la recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer mais à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative (10). Elle débute par un travail d'observation et se termine par une hypothèse explicative.

D'abord utilisée dans les sciences sociales et humaines, l'approche qualitative s'adapte bien au domaine de la santé par la compréhension des comportements des acteurs du système de santé.

C'est pourquoi, le choix s'est porté sur la réalisation d'une étude qualitative capable d'appréhender les difficultés des praticiens dans leur suivi de l'AVC ischémique.

La méthode du *focus group* est une méthode de recherche basée sur des entretiens de groupe qui permet de collecter des informations sur un sujet ciblé (5). La discussion est libre mais comme son nom l'indique, focalisée sur le sujet. C'est une analyse collective, rétrospective des cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication, ou d'un événement qui aurait pu causer un dommage au patient et la sécurité des soins. En effet, identifier les difficultés rencontrées par les médecins est une étape indispensable avant de proposer d'éventuelles solutions.

La recherche qualitative est particulièrement adaptée aux problèmes de médecine générale. Son développement est nouveau en France.

La méthode du *focus group* est basée sur un entretien collectif de quatre à huit personnes. Il existe une grille d'entretien pour étayer la conversation et un modérateur pour veiller à l'expression libre expression de chacun avec le souci d'un équilibre de temps de parole entre les différents participants.

Toute la réunion est enregistrée en respectant l'anonymat des personnes présentes et des lieux cités.

Les enregistrements sont ensuite retranscrits mot pour mot pour une analyse ultérieure.

Cette méthode permet d'évaluer les besoins, les attentes, les satisfactions ou de mieux comprendre les opinions, les motivations ou les comportements.

Elle permet également de faire émerger de nouvelles idées inattendues pour le chercheur.

Le nombre de *focus group* est variable. En général, dès que les *focus group* cesse de fournir une information nouvelle, il n'est pas nécessaire de continuer à organiser des sessions.

2.2 Choix de la méthode

Le but de cette étude a été de recueillir la vision des médecins généralistes. Le *focus group*, par sa libre expression, est la méthode la plus appropriée pour collecter les points de vue des médecins.

Par la discussion chacun défend ses propriétés, ses préférences, ses valeurs et son vécu.

La dynamique de groupe donne lieu à l'émergence de nouveaux points de vue. Ceux-ci peuvent être discutés, dans le temps, par les participants.

C'est une méthode simple à organiser et acceptable du fait de la liberté d'expression, du caractère anonyme des réponses et du retour d'analyse pour les médecins généralistes.

2.3 Organisation des *focus group*

2.3.1 La grille d'entretien

La grille d'entretien doit porter 8 à 10 questions courtes et claires. Elles doivent être ouvertes et stimuler le travail de groupe.

Leur agencement permet de donner l'équilibre et la dynamique de la réunion.

GRILLE D'ENTRETIEN

- 1- Quel est le pourcentage de patients âgés que vous suivez pour AVC ischémique?
- 2- Quel est votre place dans le suivi de ces patients? Et il y a t'il d'autres médecins spécialistes dans ce suivi ?
- 3- Quelles sont vos relations avec les médecins spécialistes ? quelles sont les difficultés rencontrées dans l'échange d'informations ou la discussion de la prise en charge?
- 4- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans le suivi de ces patients ? (relationnel, prescription de bilan biologique, renouvellement d'ordonnances, adhésion au traitement, observances, règles hygiéno-diététiques...)?
- 5- Rencontrez vous des difficultés dans l'application des recommandations sur la prévention secondaire de l'AVC ischémique de l'HAS ? Lesquelles ? avez vous d'autres sources d'information ?
- 6- Pensez vous avoir un rôle de prévention? Quels conseils donnez vous à ces patients ?
- 7- Quelles difficultés rencontrez vous dans prise en charge de l'ACFA chez le sujet ayant présenté un AVC ischémique ?
- 8- Quelles difficultés rencontrez vous dans la prise en charge de la dyslipidémie chez le sujet âgé ayant présenté un AVC ischémique?

Les questions sur la connaissance des recommandations, plus délicates en raison du sentiment de jugement que pouvait ressentir le médecin étaient plus appropriées au milieu de l'entretien pour favoriser le climat de confiance.

2.3.2 Le recrutement des médecins généralistes

Les participants ont des caractéristiques communes et homogènes en lien avec le thème abordé.

Leur sélection vise à étayer les opinions pour faire émerger tous les points de vue sur le sujet. Il ne s'agit pas ici d'être représentatif de la population source. Le nombre de médecins est de quatre à huit, pour chaque groupe, tous volontaires.

Dans le cadre de notre étude, le recrutement des médecins généralistes s'est fait après simple contact téléphonique et par email, après un tirage au sort.

Les critères d'inclusion des participants sont :

- l'exercice libéral de la médecine générale.
- le fait d'être le médecin traitant d'un patient inclus dans l'étude quantitative.

2.3.3 Les réunions

Elles se sont déroulées le 8 et le 9 août 2013.

Avant le début des interviews, une présentation générale effectuée. Elle comprenait le sujet de l'étude, l'objectif de l'étude, la méthode utilisée (études quantitative puis qualitative), et l'explication du principe *focus group*.

Les discussions de chacun des groupes ont duré 1h30 et 1h15.

Les enregistrements ont été réalisés à partir d'un dictaphone.

Le nombre des séances d'entretien de groupe nécessaire à l'étude est fonction de la richesse des discussions : des groupes doivent être réalisés jusqu'à épuisement des idées.

Nous avons réalisé deux réunions de *focus group* : le nombre de participants était de 6 puis de 7 pour chaque groupe. Cela a facilité les échanges et l'essor de nouvelles idées.

2.3.4 Modérateurs et observateurs

Le modérateur est chargé d'animer le groupe. L'objectif est de faire émerger les différents points de vue. Il peut laisser au départ la dynamique de groupe d'agir de manière non

directive puis recentrer en fin de séance. Il doit bien maîtriser la technique de conduite de réunion par la reformulation, la clarification, et l'esprit de synthèse. Il est aidé par un observateur de groupe qui connaît la thématique. Celui-ci est aussi chargé de noter les aspects non verbaux et relationnels qui apparaissent lors de réunions.

Le modérateur était mon directeur de thèse, le Dr Barisic, cardio-gériatre et j'étais l'observateur.

Le modérateur et l'observateur se sont appuyés sur la grille d'entretien et sont intervenus ponctuellement et de manière alternative pour guider la conversation.

L'observateur et le modérateur présentent le but du projet et la technique utilisée. Ils informent les participants du caractère confidentiel de leur identité pour les mettre à l'aise.

2.3.5 La retranscription des enregistrements

La première étape est une phase de collecte, il s'agit de transcrire ce qui a été dit immédiatement après la séance par l'observateur, les paroles de chaque intervenant sont retranscrites mot pour mot ainsi que les aspects non verbaux. L'analyse porte aussi bien sur le verbal que le non verbal et l'émotionnel. Le principe de base consiste à analyser les transcriptions de parole de base de participants (verbatim). Tous ces verbatim sont étiquetés en fonction de l'idée qui peut les résumer.

L'analyse du verbatim permet de dégager à partir des propos tenus par les participants les attentes et les jugements émis par ces derniers.

2.3.6 L'analyse des résultats des focus group

L'analyse de ces données va permettre de cibler rapidement les grandes questions auxquelles les participants attachent de l'importance et d'obtenir des informations. Elle est réalisée sous forme d'une synthèse descriptive des données recueillies.

C. RESULTATS

1. Etude observationnelle

Initialement, 147 patients ont été hospitalisés dans le service de soins de suite et réadaptation dédié à la prise en charge des AVC à l'hôpital de Cimiez entre le 1^{er} janvier 2010 et le 31 décembre 2010. Parmi ces sujets ont été exclus de l'étude : 27 AVC hémorragiques, 18 décès et 32 sujets adressés en EHPAD à la sortie du service. Au total, 70 patients ont été inclus dans l'étude, parmi lesquels il y a eu 9 décès, 9 perdus de vue et 2 patients dont les médecins traitants n'ont pas souhaité participer à l'étude. Le nombre définitif de patients pris en compte dans l'étude était de 50 (n=50) (*Figure 1*).

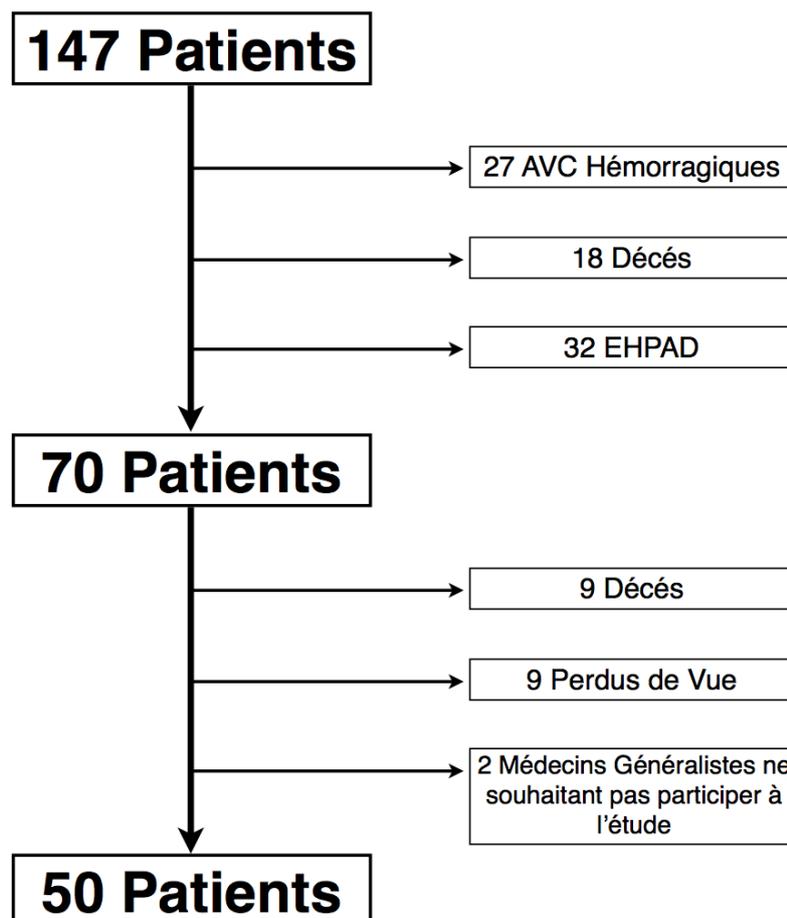
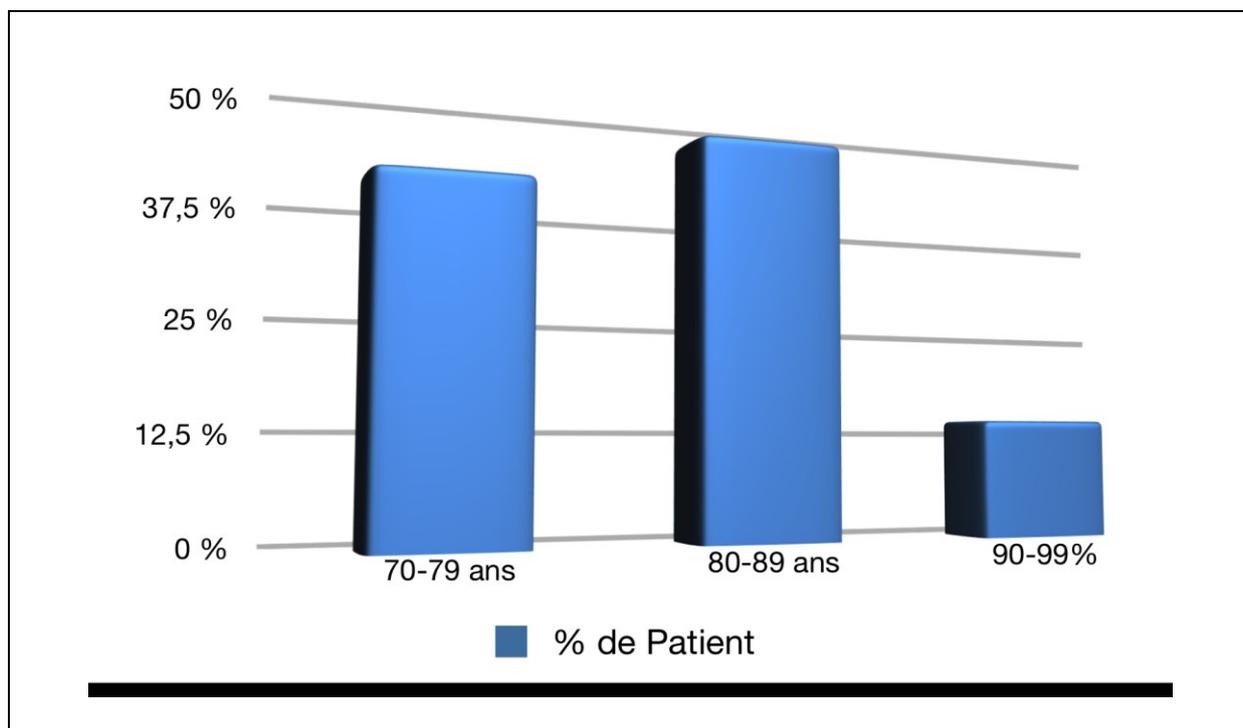


Figure 1 : Algorithme des patients de l'étude

La population de l'étude comprenait 50 patients, 31 hommes (62%) et 19 femmes (38%), avec un sexe ratio H/F=1,63. L'âge moyen des patients de cette étude était de 82,3 ans (variant de 71 à 99 ans), avec une répartition par tranche d'âge de 40% de patients âgés entre 70 et 79 ans, 46% de patients âgés de 80 à 89 ans et 14% des patients âgés (graphique 1).



Graphique 1 : Répartition de patients en fonction des tranches d'âge.

Chaque patient avait un suivi régulier par son médecin traitant : 34% des patients consultaient tous les mois, 22% des patients consultaient tous les 2 mois, 40% consultaient tous les 3 mois et 4% des patients avaient un suivi au delà de 3 mois.

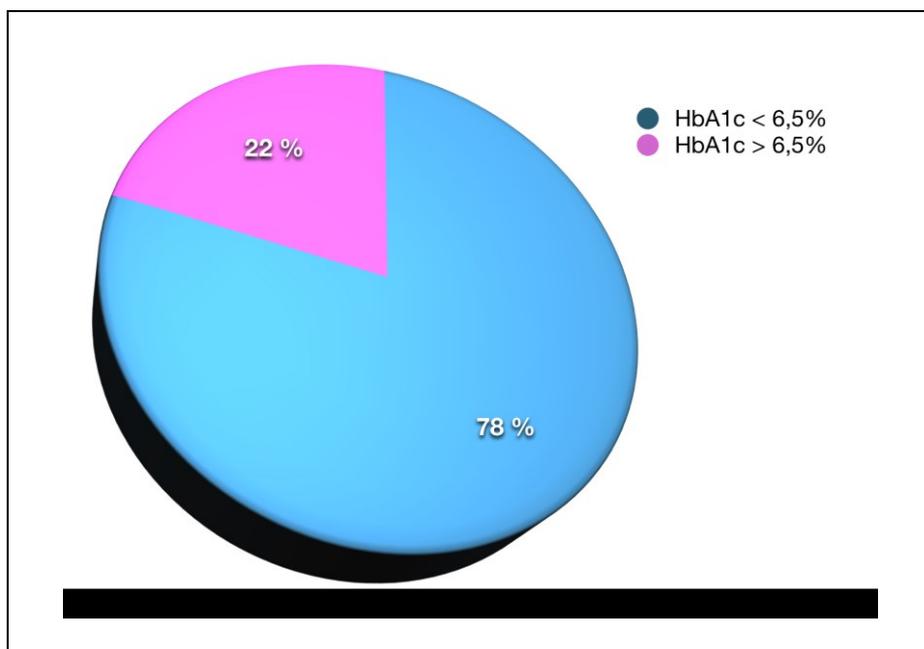
Parmi les 50 patients de cette étude, 54% avaient un suivi cardiologique tous les six mois et 16% avaient un suivi neurologique une fois par an. La répartition des facteurs de risque cardiovasculaires était la suivante: HTA 78%, diabète 20%, dyslipidémie 54%, tabagisme actif 4% et tabagisme sévère 33,5% (tableau 1 et graphique 4).

On retrouve également dans les antécédents cardiovasculaires des patients : 48% d'ACFA, 60% de coronaropathie, 32% d'AOMI et 28% d'AVC ischémique. Aucun patient n'avait présenté de nouvel AVC ischémique depuis 2010 (tableau 1).

	Patients n=50	p
Données démographiques		
Sexe Masculin	62% (31)	0,089
Age	82,3 ans	
Facteurs de Risque Vasculaire		
HTA	78% (39)	<0,0001
Diabète	20% (10)	<0,0001
Dyslipidémie	54% (23)	0,572
Tabagisme Actif	4% (2)	<0,0001
Tabagisme Sévère	33,5% (17)	0,004
Antécédents Cardio-Vasculaire		
AOMI	32% (16)	0,003
Coronaropathie	60% (30)	0,097
AIC	28% (14)	0,002
ACFA	48% (24)	0,783

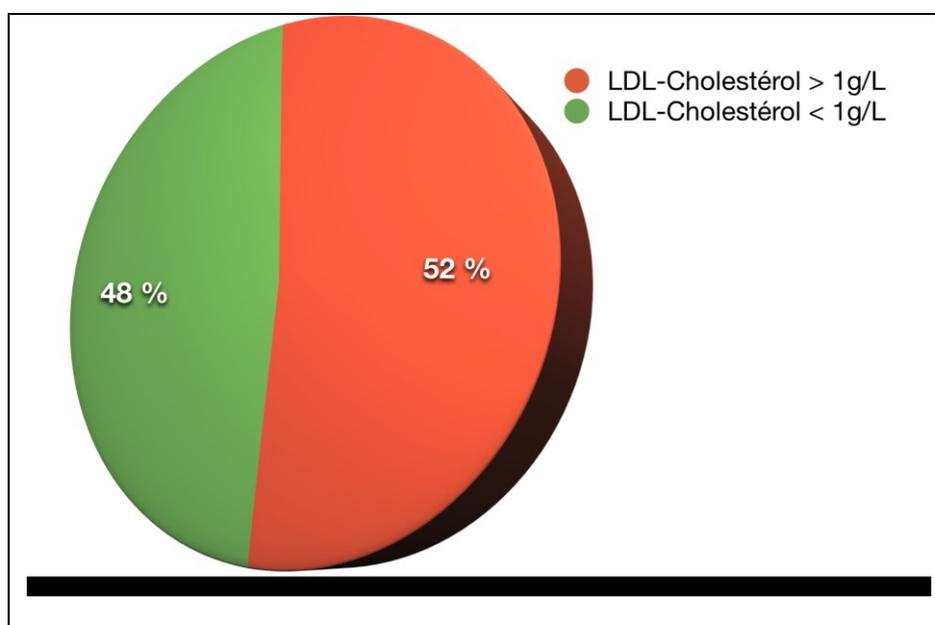
Tableau 1 : Caractéristiques démographiques, facteurs de risques et antécédents cardiovasculaires des patients de l'étude

Au sein des sujets diabétiques, tous recevaient un traitement et 78% avaient un diabète équilibré avec une HbA1c inférieure ou égale à 6,5% (graphique 2 et 4).



Graphique 2 : taux de HbA1c adapté

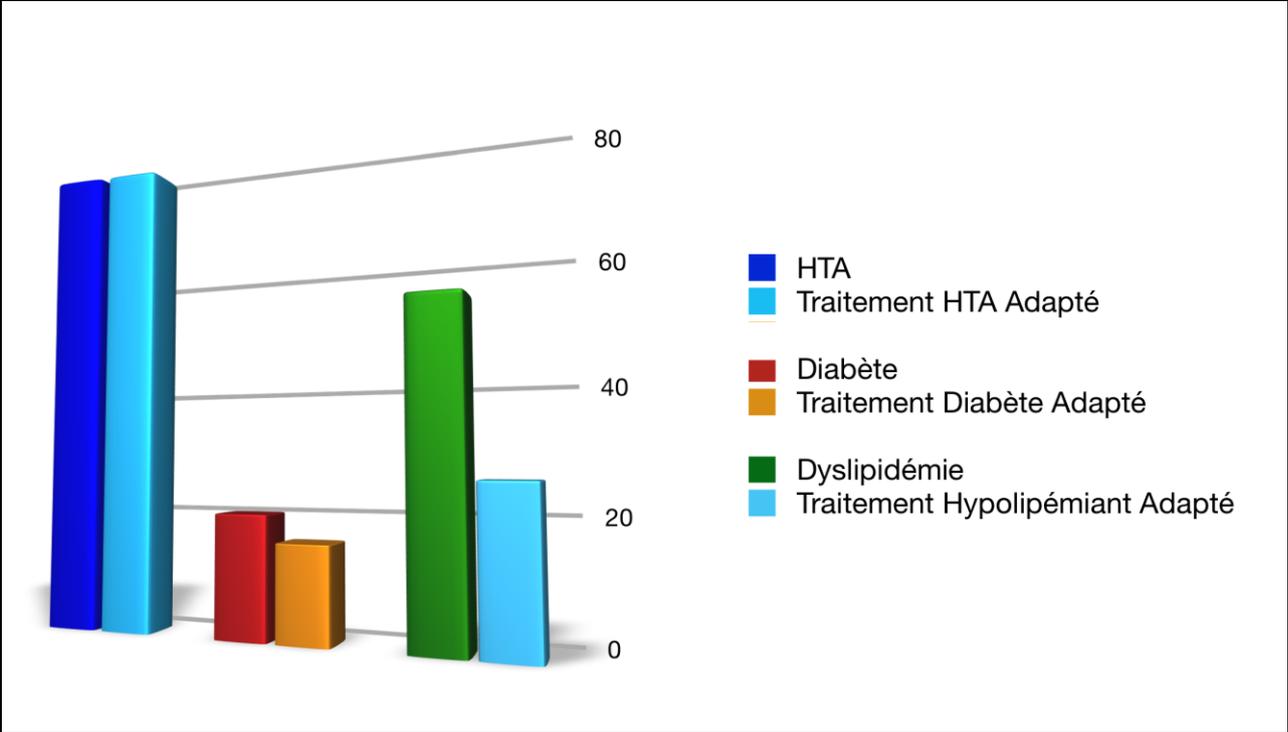
Parmi les 50 patients, 48% avaient un bilan lipidique adapté aux recommandations, c'est à dire présentant un LDL-Cholestérol < 1g/L en cas d'AVC ischémique d'origine thrombotique ou un LDL-Cholestérol adapté en fonction des antécédents cardiovasculaires et autres facteurs de risque cardiovasculaires associés en cas d'AVC ischémique d'origine embolique (graphique 3 et 4).



Graphique 3 : taux de LDL adapté

Parmi les patients n'ayant pas de bilan lipidique adapté, 53,8 % n'avaient pas de statines ; pour les 46,2 % autres patients, le traitement n'était pas aux doses optimales et aucune association avec d'autres traitements hypocholestérolémiants, tel que inhibiteur de l'HMG-CoA réductase, n'a été retrouvée.

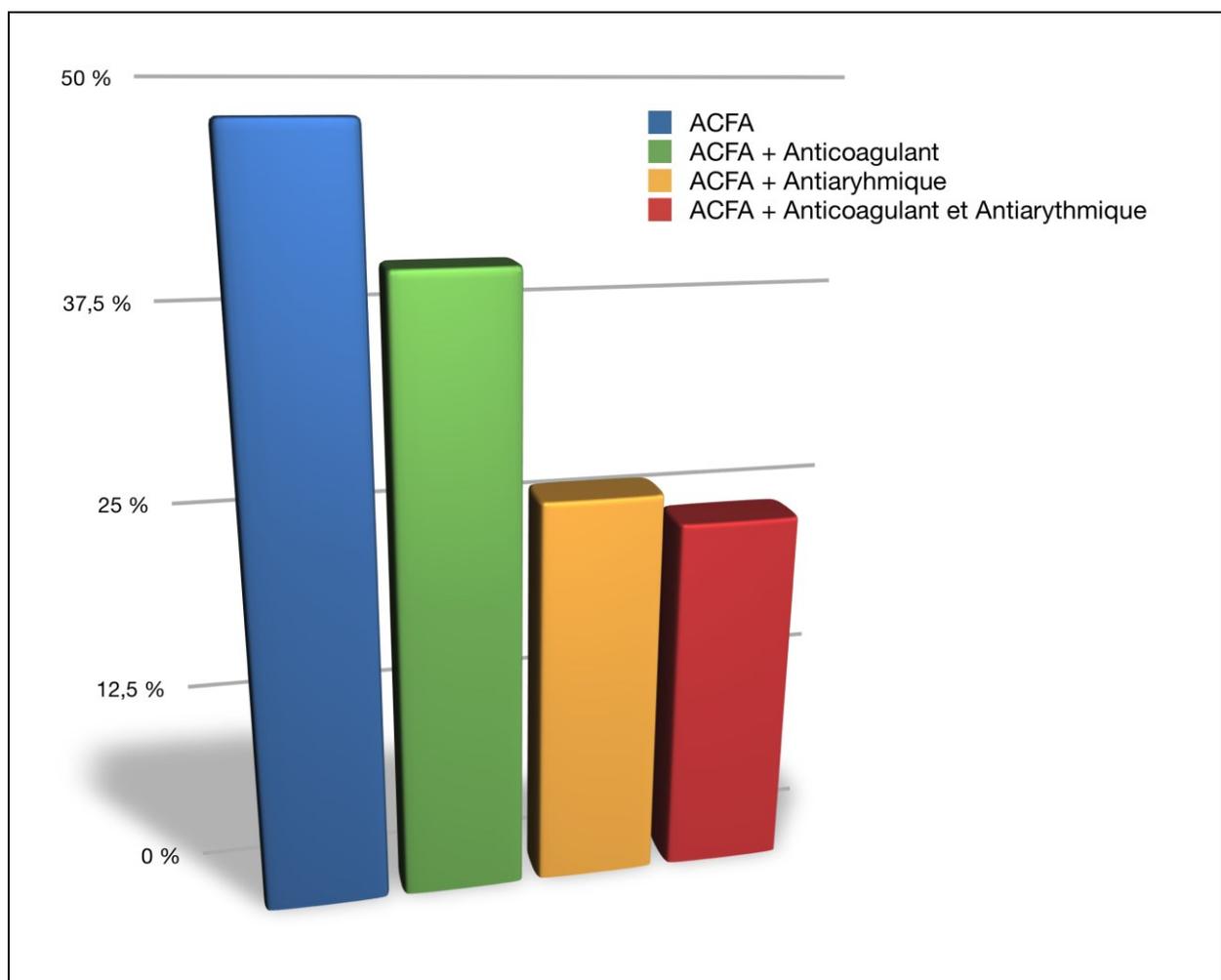
Tous les patients avaient une tension artérielle adaptée aux recommandations, soit inférieure à 140/90 mmHg ou inférieure à 130/80 mmHg en cas de diabète (graphique 4).



Graphique 4 : Répartition et adéquation de la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaires (en pourcentage)

Parmi les sujets présentant une ACFA, 80% étaient sous anticoagulants dont 16% sous NACO. Au sein de ce même groupe, 54% étaient sous anti arythmiques (ou bradycardisants). 50% des patients souffrant d'ACFA étaient sous anticoagulant et anti arythmiques (ou bradycardisants).

Parmi les patients ayant été victimes d'AVC ischémique d'origine thrombotique, 11,5 % ne bénéficiaient pas d'antiagrégants plaquettaires. Aucun patient n'avait une double antiagrégation plaquettaire. Aucun patient n'avait d'association antiagrégant plaquettaire et anticoagulant.



Graphique 5 : Prise en charge médicamenteuse de l'ACFA

Parmi les patients n'ayant ni statine, ni anticoagulant, ni antiagrégant plaquettaire, aucune contre indication n'était précisée dans le dossier médical ni rapportée par le médecin traitant.

En fonction de la tranche d'âge, on ne retrouve pas de différence significative dans l'équilibre du diabète, ni dans la prescription d'anticoagulants et d'anti arythmiques (ou bradycardisants), ni dans la présence d'antiagrégants plaquettaires (tableau 2).

	70-79	80-89	90-99	p
Traitement HTA Adapté	100 %	100 %	100 %	
Traitement Diabète Adapté	71 %	66 %		0,0956
Traitement Anti-Thrombotique Adapté	85 %	91 %	85 %	0,8
Traitement Anti-Arythmique Adapté	40 %	56 %	50 %	0,45
Bilan Lipidique Adapté	35 %	52 %	14 %	0,061

Tableau 2 : Adéquation de la prise en charge de l'HTA, du diabète, du bilan lipidique et de l'ACFA en fonction de la tranche d'âge.

L'analyse des données des patients en fonction de la présence d'un suivi cardiologique ou non (tableau 3), ainsi que de la présence d'un suivi neurologique ou non, montre :

- une fréquence plus élevée de bilan lipidique adapté chez les patients ayant un suivi cardiologique ($p = 0,055$) ; le bilan lipidique est également plus fréquemment adapté en cas de suivi neurologique mais de façon non significative ($p = 0,4$).
- on ne note pas de différence significative dans la prescription d'antiagrégants plaquettaires, d'anticoagulants ou d'anti arythmiques que le patient soit suivi ou non par un cardiologue ou un neurologue.

On note cependant une différence significative dans la prescription des anti thrombotiques, antiagrégants plaquettaires et anticoagulants, en fonction du suivi cardiologique ou non, avec respectivement 52% versus 36% ($p<0,050$). Cette différence n'est pas significative pour le suivi neurologique.

	Suivi Cardiologique	Sans Suivi Cardiologique	p
ACFA Sous Anticoagulant	50 %	38 %	0,38
ACFA Sous Antiarythmique	29 %	25 %	1
ACFA Sous Anticoagulant et Antiarythmique	29 %	25 %	1
AIC Sous Traitement Antithrombotique Adapté	52 %	36 %	<0,050
Bilan Lipidique Adapté	60 %	23 %	<0,055

Tableau 3 : adéquation de la prise en charge de l'ACFA, du bilan lipidique et de la prescription d'antithrombotiques en fonction d'un suivi cardiologique.

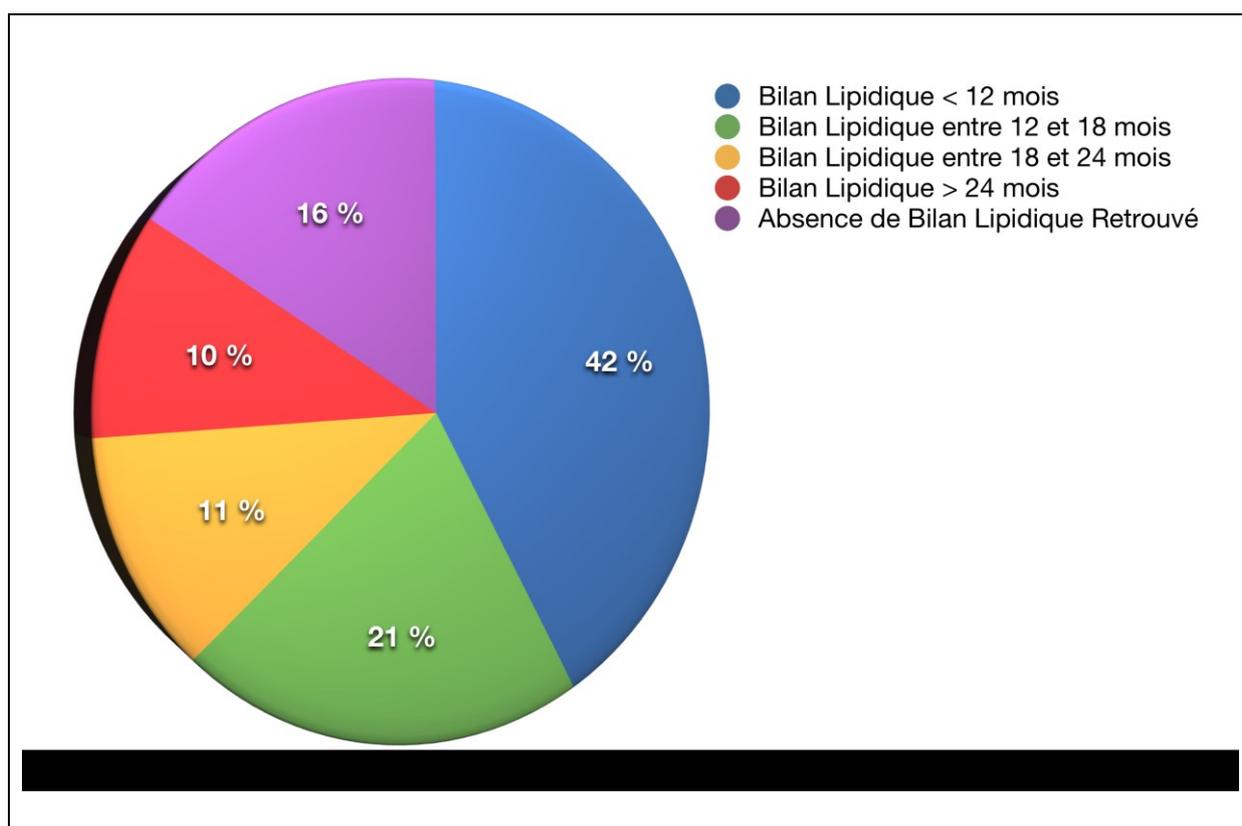
Que le patient ait un antécédent d'AVC ischémique ou que qu'il ait eu un unique épisode (tableau 4), on ne peut pas de mettre en évidence de différence significative d'un bilan lipidique adapté, d'une HbA1c équilibrée et d'une ACFA sous traitement adapté ou d'un traitement antithrombotique bien prescrit. On ne note pas de différence significative dans la présence de récurrence que le patient soit suivi par un cardiologue et/ou un neurologue.

	Récidive AVC	Absence Récidive AVC	p
ACFA	38,50 %	61,50 %	0,21
ACFA Sous Anticoagulant	90 %	81,50 %	0,25
ACFA Sous Antiarythmique	50 %	50 %	1
Antécédent Cardio-Vasculaire	43 %	28 %	0,33
Traitement HTA Adapté	100 %	100 %	
Traitement Diabète Adapté	33 %	83 %	0,418
Bilan Lipidique Adapté	43 %	38 %	0,27
Suivi Cardiologique	57 %	52 %	1
Suivi Neurologique	25 %	62,50 %	0,67

Tableau 4 : Antécédents, adéquation de la prise en charge de l'HTA, du diabète et bilan lipidique et suivi spécialiste, en fonction de la présence de récurrence d'AIC.

En ce qui concerne la fréquence des bilans nécessaires au suivi:

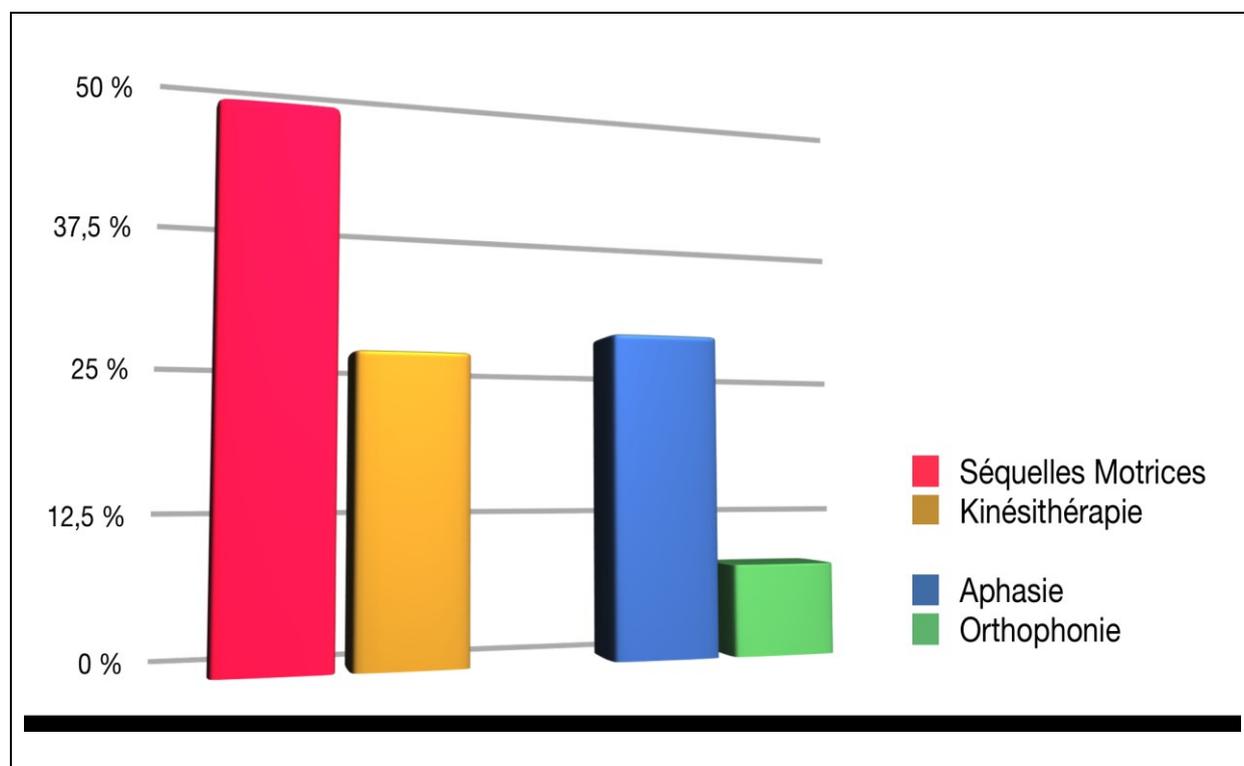
- 1 diabétique sur 10 n'avait pas de dosage d'HbA1c et 4 diabétiques sur 10 présentaient de dosage d'HbA1c datant de plus de 3 mois, allant de 4 à 8 mois.
- parmi les 16 patients sous anticoagulants, tous avaient un dosage mensuel de l'INR sauf 2 patients qui ont un dosage à un mois et demi.
- chez 16% des cas aucun bilan lipidique n'a été retrouvé par le médecin traitant, dans les autres cas on retrouvait 50% des bilans datant de plus de 12 mois, 33% datant de plus de 18 mois et 16,6% datant de plus de 2 ans (graphique 6).



Graphique 6 : Delai des bilans lipidiques des patients.

Parmi les 50 patients de cette étude, 23 patients présentaient des séquelles motrices à type d'hémiplégie, parésie d'un membre, troubles de la marche ou de l'équilibre et 56,5% de ces patients bénéficient de kinésithérapie.

De même, 14 patients souffraient d'aphasie séquellaire et 28,5% bénéficiaient de séances d'orthophonie.



Graphique 7 : Adéquation de la prise en charge des séquelles neurologiques

2. Focus group

2.1 Composition des *focus group* de médecins

Deux *focus groups*, d'1h30 et d'1h15 chacun ont été réalisés.

Au total, 13 médecins généralistes ont participé.

Caractéristiques des participants :

- répartition par sexe : 12 hommes et 1 femme
- âge moyen : 49 ans (41 à 70 ans)
- les 11 médecins sont installés à Nice exerçant en milieu urbain, 1 médecin exerçait à Breil en milieu rural
- 5 médecins étaient en secteur 1 et 8 médecins en secteur 2

2.2 Analyse de la retranscription des enregistrements sonores

Chaque entretien a été retranscrit dans les 48 heures afin de garder en mémoire les informations contextuelles comme le vécu de l'entretien et les éventuelles difficultés rencontrées, pour en tenir compte dans l'analyse.

La retranscription des 2 *focus group* a été jointe en annexe (Annexe 3).

La participation des médecins a été très active et ils semblaient satisfaits à la fin de la réunion.

Ils se sont tous exprimés librement en groupe mais il y avait des différences en termes de quantité d'expression (dans 1er le *focus group* les médecins 1, 2 et 5 étaient plus actifs et dans le 2^{ème} *focus group* les médecins 3, 5, 4 et 6 étaient plus actifs).

Il existe plusieurs types d'analyses. Dans cette étude, nous avons choisi l'analyse thématique qui est d'avantage centrée sur les thèmes que sur les mots. Plusieurs thèmes ont émergé lors de l'analyse des *focus group* en rapport avec ceux de la grille d'entretien. L'analyse a été faite par la lecture de chaque *focus group* afin de déterminer

les éléments saillants. Les informations d'un même thème ont été ainsi rassemblées puis classées en sous-thèmes. Certains sous thème peuvent se retrouver dans les différents thèmes.

En voici la synthèse :

- **difficultés liées au diagnostic d'AVC ischémique chez le sujet âgé :**
- **difficultés liées à l'application des recommandations :**
- **difficultés liées à la prise en charge thérapeutique :**
- **difficultés liées à la fragilité du sujet âgé et aux comorbidités :**
- **difficultés liées au manque de temps et au manque disponibilité du médecin :**
- **difficultés liées à la coordination des soins :**
- **les frustrations des médecins généralistes :**

2.2.1 Difficultés liées au diagnostic d'AVC ischémique chez le sujet âgé :

A cette première question : *“Quel est le pourcentage de patients âgés que vous suivez pour AVC ischémique?”*, la réponse a posé de nombreux problèmes. Cette première question recherchait une notion de fréquence, de façon à pouvoir évaluer l'habitude qu'avaient les médecins généralistes à prendre en charge ce type de pathologie. Pourtant, cette question a suscité une autre interrogation en amont. En effet, il fallait définir ce qu'était un AVC ischémique et si les AIT en faisaient partie. Les participants pensaient initialement que seuls les AVC ischémiques avec séquelles devaient être pris en compte.

Au cours des deux *focus group*, les médecins ont rapporté les difficultés à établir le diagnostic positif d'AIT chez certains patients devant une symptomatologie frustrante et douteuse, avec des faits rapportés peu évocateurs et des examens complémentaires non contributifs, sans compter des épisodes non relatés par les patients. Cette difficulté était notamment présente chez la personne âgée du fait de symptômes peu spécifiques, et parce qu'ils peuvent être décrits

comme des épisodes d'absence, de malaise, avec une amnésie des faits qui ne parfois rapportés que par l'entourage.

Devant ces deux constatations, le nombre de patients ayant un antécédent d'AVC était nettement plus élevé que ce qu'ils pensaient.

Par ailleurs, il est nettement ressorti dans la discussion la distinction entre AIT et AVC ischémique comme étant deux entités n'ayant pas le même profil en terme de risque neurovasculaire. L'AIT était évoqué comme un événement de gravité moindre du fait de l'absence de symptomatologie sévère, de l'absence de séquelles et de retentissement sur l'autonomie, de l'absence d'hospitalisation systématique et de l'absence de bilan complémentaire contributif.

L'AIT a été rapporté comme un événement mineur passant souvent inaperçu ou bien pour lequel le médecin était mal informé.

2.2.2 Difficultés liées à l'application des Recommandations :

La plupart des médecins rapportaient ne pas bien connaître les recommandations sur la prise en charge de l'AVC ischémique, et nombreux ont avoué ne pas les connaître du tout, mais ils connaissaient les idées conductrices et l'importance du contrôle des facteurs de risque cardiovasculaires.

En général, les médecins ne semblaient pas réellement adhérer aux recommandations soumises par l'HAS. De nombreux freins ont été exposés par les participants: le manque de temps pour approfondir leur connaissances, l'impression d'absence de recul, l'absence de stabilité des données scientifiques et les modifications fréquentes des recommandations.

A de nombreuses reprises, la discussion avec les autres spécialistes est rapportée comme moyen de mise à jour de leurs connaissances. Les revues médicales, ainsi que la consultation des sites Internet ont également été citées par 2 médecins.

Par ailleurs, tous les médecins rapportaient des difficultés en ce qui concerne l'application des recommandations à la personne âgée qui nécessite une prise en charge spécifique. Les recommandations constituaient une référence, une ligne de conduite, mais dans le cas de la prise en charge du sujet âgé victime d'AVC ischémique, la discussion se faisait au cas par cas en tenant compte des différentes dimensions du sujet âgé.

De même, certaines recommandations ont été critiquées ; les objectifs thérapeutiques considérés trop restrictifs.

Les difficultés à effectuer la balance bénéfice risque, sont aussi rapportées comme étant un obstacle majeur à l'application des recommandations. L'utilisation de certains médicaments peut être risquée même après discussion avec les médecins spécialistes.

Ces craintes sont amplifiées après les polémiques médiatiques de certains médicaments comme les statines.

Nombreux médecins ont rapporté une prise en charge plus exhaustive en cas d'AVC ischémique grave avec séquelles, ainsi qu'une prévention secondaire des facteurs de risques cardiovasculaires plus exigeante qu'en prévention primaire, contrairement à la prise en charge de l'AVC ischémique moins grave ou sans séquelles.

La difficulté à réaliser des examens complémentaires dans le circuit de soin de ville a également été citée par un médecin, cette difficulté a été expliquée par plusieurs facteurs : l'acceptabilité et la faisabilité des bilans sanguins mais aussi, l'oubli du médecin.

2.2.3 Difficultés liées à la prise en charge thérapeutique :

Dans le domaine de l'AVC, les médecins semblaient satisfaits des progrès apportés par la science et la pharmacologie. De façon générale, ils décrivent une efficacité et une facilité d'un point de vue thérapeutique. Les anticoagulants étaient fréquemment prescrits et l'enjeu était clairement compris par les médecins. Cependant, certains médicaments posaient des

problèmes d'utilisation. Les médecins ont exprimé un manque de connaissance sur les nouveaux médicaments tels que les NACO : sur leur efficacité, leur indications, leur posologies, leur risques, leur surveillance, et les doutes n'étaient pas dissipés malgré avis auprès des cardiologues de ville. La prescription des statines était également décrite comme problématique, les doutes des médecins se portaient sur la puissance du médicament, l'intérêt du médicament chez le sujet âgé et la place des statines en prévention secondaire. Les antiarythmiques ont été peu abordés, mais leur prescription n'était pas habituelle en cas d'ACFA chez le sujet âgé. Les risques de troubles du rythme et notamment de bradycardie ont été évoqués, surtout si le patient était de nouveau en rythme sinusal ou si l'ACFA était spontanément « lente ».

Au cours des deux *focus group*, les médecins ont rapporté leurs inquiétudes sur l'apparition d'effets indésirables de certains médicaments et ont ainsi exprimé l'influence que cela pouvait avoir sur leur prescription. Parmi les classes médicamenteuses, les statines ont été citées comme celles présentant des effets secondaires fréquents et en lien parfois avec les fortes posologies administrées. Ces craintes étaient majorées par les scandales médiatiques récents. L'arrêt des statines a été signalé par les médecins traitants suite au faits précédemment exposés.

Nous avons retrouvé au cours des entretiens que l'observance médicamenteuse du patient semble correcte pour les médecins. Néanmoins, certaines posologies telles que celle des AVK pouvaient être source de confusion. Pour les patients les plus handicapés ou avec des troubles cognitifs, l'observance n'était pas un problème car ils bénéficiaient le plus souvent d'une infirmière à domicile. Toutefois, l'assiduité des prises du traitement sur le long terme n'apparaissait pas si évidente pour certains médecins.

Des difficultés dans l'application des règles hygiéno-diététiques ont également été rapportées au cours des *focus group*. La majorité des médecins ont signalé que ces règles n'étaient pas

appliquées et suivies par les patients. Ils ont exprimé un sentiment d'échec. Ils ont déclaré l'absence d'adhésion et d'effort dans la mise en pratique, les patients n'étant pas forcément prêts à faire des sacrifices. De plus, motiver le patient à modifier ses habitudes était décrit comme un tâche longue, nécessitant être répétée et souvent peu efficace. De plus, les médecins ont insisté sur une difficulté plus importante à l'adhésion au traitement et aux règles hygiéno-diététiques dans le cas d'AVC ischémique sans gravité.

En globalité, les médecins ont dit de ne pas être suffisamment formés à l'éducation thérapeutique personnalisée du patient.

Peu de médecins ont évoqué de difficulté face aux handicaps ou aux séquelles suite à l'AVC. L'importance des aspects psychiques dans la prise en charge globale du patient a également été évoquée au cours du *focus group*.

2.2.4 Difficultés liées à la fragilité du sujet âgé :

La fragilité du sujet âgé a été soulevée à de nombreuses reprises au cours des deux *focus group*. La multiplicité des pathologies était décrite fréquemment comme étant une entrave à la prise en charge des patients. En effet, les médecins rapportent des difficultés liées à la polymédication et à la iatrogénie. Mais la multiplicité des pathologies pouvait également faire passer l'AVC au second plan, notamment chez les patients ayant été victime d'AIT ou d'AVC estimés « peu graves ».

Les troubles cognitifs compliquaient d'une part la compréhension des informations et des conseils donnés au patient, l'observance médicamenteuse, la connaissance de leurs traitements et l'éducation thérapeutique de façon générale. D'autre part, les troubles cognitifs perturbent également l'interrogatoire du patient, l'examen clinique, le diagnostic des pathologies et l'évaluation de leur besoins, ce qui interfère également avec une prise en charge adaptée.

Une autre particularité de la prise en charge du sujet âgé a été rapportée, c'est l'absence d'adhérence au traitement, soit par lassitude, soit par difficulté d'adhésion aux règles hygiéno-diététiques, soit par difficultés de bouleverser des habitudes de vie.

Néanmoins, un autre point a été soulevé, celui du confort et de la qualité de vie du patient. En effet, les médecins expliquaient vouloir privilégier le bien-être de leurs patients âgés au détriment de l'atteinte des objectifs thérapeutiques considérés trop stricts.

2.2.5 Difficultés liées au manque de temps et au manque de disponibilité du médecin :

Une des difficultés rencontrées par le médecin généraliste est le manque de temps. En effet, les participants du *focus group* rapportent à plusieurs reprises le manque de temps pour avoir une prise en charge et un suivi adéquats. La mise à jour des dossiers et des ordonnances sont décrites comme étant des tâches fastidieuses, et qui restent souvent inachevées, manque de temps. Les médecins décrivent la nécessité de devoir aller chercher les informations auprès des autres professionnels de façon à coordonner la prise en charge de leurs patients.

Les médecins ont également rapporté que la consultation du patient âgé prenait du temps : tenir compte de toutes les pathologies, analyser tous les paramètres (paramètres anciens du dossier médical et les nouveaux relatés au cours de la consultation), éduquer les patients et leur donner les informations nécessaires sur leur maladie, la stratégie thérapeutique et les règles hygiéno-diététiques.

2.2.6 Difficultés liées à la coordination des soins :

En général, les médecins rencontraient des difficultés à coordonner les soins avec les autres spécialistes médicaux. Ils rapportaient le peu de travail en équipe et la perte de l'importance de leur rôle de médecin référent. De nombreux freins ont été exposés par les participants : absence de communication entre spécialistes, relations parfois conflictuelles, absence

d'information en temps réel, courriers trop longs, manque de temps dans la mise à jour des dossiers et des ordonnances. La communication a été commentée à de nombreuses reprises : elle était pauvre et le partage des informations était médiocre. Les courriers des spécialistes et des services hospitaliers étaient souvent trop tardifs. Les médecins regrettaient de ne pas être informés en cas de changement de prescriptions. De même, les ordonnances faites pas les spécialistes de ville ou par les hospitaliers étaient faites pour une durée longue, ce qui empêchait le suivi régulier et adapté des patients par leur médecin traitant. De cette façon, les médecins, ne se sentaient pas au cœur des décisions et perdaient de vue leurs patients.

Cependant, les médecins expliquaient que lorsqu'ils « connaissaient bien » les spécialistes, et donc avaient de bonnes relations et étaient rapidement informés, la continuité des soins se déroulait bien.

Aucune difficulté n'a été citée concernant les rapports et la coordination des soins avec les autres professionnels de santé tel le kinésithérapeute, l'orthophoniste, l'infirmière, etc.

2.2.7 Les frustrations des médecins:

Au cours des *focus group*, les médecins ont exprimé un sentiment de frustration devant toutes les difficultés retrouvées dans leur pratique quotidienne. La cause la plus souvent évoquée était la difficulté à peser la balance bénéfice risque et à faire des choix thérapeutiques. Les médecins ont évoqué les problèmes de responsabilité en cas d'erreur médicale ou de mauvaise prise en charge. Et notamment la responsabilité en cas de prescriptions faites sans concertation pluridisciplinaire.

De plus, le manque de recul sur les données pharmacologiques (prédominant sur les produits récents) et les polémiques amplifient les craintes des médecins traitants.

Le souci d'efficacité de la prise en charge et les attentes des patients majorent la pression ressentie par le médecin. De plus, l'absence d'adhésion au traitement et l'absence du respect

des règles hygiéno-diététiques, contradictoires, entraînent un sentiment d'agacement et d'échec.

Le sentiment de « laissés pour compte » est également ressenti par les médecins devant l'absence d'échange de vues sur la prise en charge avec les autres spécialistes de ville et les médecins hospitaliers : leur avis n'est pas pris en compte ; l'absence d'information majeure ce sentiment.

Les médecins se sentent seuls et non soutenus dans ces approches.

D. DISCUSSION

1. Etude observationnelle

1.1 Résultats

Au sein de la population de 50 patients hospitalisés pour AVC ischémique et suivis en ville, nous avons observé une nette prépondérance masculine, les hommes représentant presque 2/3 de la population. Cette différence n'est pas retrouvée dans d'autres travaux (27, 3, 22) cependant dans cette étude sont exclus les patients adressés en EHPAD et décédés avant l'étude.

Parmi nos patients, 78% étaient hypertendus, 20% diabétiques, 54% présentaient une dyslipidémie et 33,5% avaient un antécédent de tabagisme (seulement 4% non sevré), tous ces facteurs de risque étant sensiblement plus fréquents que ce qui est rapporté dans les populations comparables en âge (22, 4). Dans une étude plus récente menée par Wu CY et al. en 2010 (75), les taux retrouvés pour l'HTA, la dyslipidémie et le tabagisme se rapprochent plus de ceux de notre étude mais on note tout de même dans l'étude de Wu CY et al. une fréquence plus élevée de diabète et d'antécédent d'AVC ischémique préalable.

Dans notre étude, on retrouve une ACFA chez presque 50% des patients. La fibrillation auriculaire est classiquement reconnue comme une pathologie liée à l'âge comme le confirme l'étude Framingham (73, 74). Cette étude montre également la contribution significative de l'ACFA dans l'AVC chez le sujet âgé quelque soit l'âge. Dans notre étude, la présence d'ACFA est plus fréquente que ce qui est rapporté dans l'étude de Framingham.

Tous les patients avaient une tension artérielle adaptée aux recommandations, soit inférieure à 140/90 mm Hg ou inférieure à 130/80 mm Hg en cas de diabète. Ces résultats sont assez

étonnants devant les résultats de nombreuses publications montrant une tension artérielle non contrôlée entre 50 et 75% des sujets âgés hypertendus (70, 69, 55), soulignant la nécessité d'une meilleure prise en charge de l'hypertension artérielle chez les personnes âgées.

On peut expliquer ces résultats par les limites de notre étude liées à un biais de recueil des données : les médecins interrogés ont systématiquement répondu lors du phoning que la tension artérielle était contrôlée, peut être par méconnaissance des chiffres tensionnels ou par gêne de communiquer certains résultats non satisfaisants.

Dans notre étude, 22% des sujets diabétiques n'avaient pas une HbA1C adaptée aux recommandations. Ce pourcentage n'est pas représentatif devant la faible proportion de sujets diabétiques inclus dans cette étude. Il faut cependant noter que si le risque d'AVC est clairement augmenté chez les diabétiques (8, 30), il n'y a pas de publication montrant l'intérêt de traiter et d'équilibrer un patient diabétique dans l'optique de réduire son risque de présenter un infarctus cérébral (66, 39) et on ne dispose pas de données spécifiques chez les sujets les plus âgés. Néanmoins, la prise en charge reste recommandée car le traitement optimal du diabète réduit les complications micro vasculaires (39) et des études observationnelles suggèrent un lien entre glycémie et risque cardiovasculaire (18).

La prescription des statines en post-AVC est faible dans notre étude : seuls 47,6% des patients avaient un bilan lipidique adapté aux recommandations, et parmi les patients n'ayant pas de bilan lipidique adapté plus de la moitié n'avait pas de statines. D'autres études quantitatives ont des résultats similaires (72, 68, 45, 17). On note également un bilan lipidique trop ancien par rapport aux recommandations voire l'absence de disponibilité du bilan lipidique au moment du phoning ; ceci pouvant expliquer en partie à la non-prescription ou à la sous-prescription de statines.

Pourtant, l'étude SPARCL (2) a montré que l'atorvastatine prescrite à la posologie de 80 mg permettait une réduction significative de récurrence d'AVC chez les patients ayant présenté un AVC ischémique dont le LDL-cholestérol est $>$ à 1g/l et ce quelque soit l'âge. Dans la méta-analyse effectuée par Law et al (43), il a été mis en évidence que les statines diminuaient le taux de LDL-cholestérol ce qui réduisait le risque d'AVC de 17%.

Dans l'étude PROSPER (42), étude contrôlée et randomisée contre placebo, il a été montré que la prescription de 40 mg de pravastatine par jour n'avait aucun bénéfice dans l'incidence des événements cérébrovasculaires, bien que l'incidence des AIT fut réduite de façon non significative. Les taux d'infarctus non létaux et de décès d'origine coronarienne étaient quant à eux significativement diminués.

Parmi les sujets présentant une ACFA, 80% étaient sous anticoagulants dont 16% sous NACO.

Ce taux de prescription est plus élevé que celui qui est retrouvé dans d'autres études (28).

Nos résultats confirment cependant la sous utilisation des anticoagulants chez les sujets âgés, malgré le bénéfice clairement démontré de ce traitement en prévention primaire et secondaire (1, 44, 46).

Au sein de ce même groupe, seuls 54% des patients étaient sous anti arythmiques ou bradycardisants. Pourtant une méta-analyse menée par Davy et al. sur 4 études récentes (AFFIRM, RACE, PIAF et STAF), qui ont comparé les deux attitudes: « réduire » ou « ralentir » la fibrillation auriculaire, et qui a conclu l'intérêt et l'équivalence de ces 2 options sur les objectifs thérapeutiques, qu'il s'agisse de la mortalité, du risque thromboembolique ou hémorragique ou de la disparition des symptômes et l'amélioration de la qualité de vie (20).

Finalement, 50% des patients souffrant d'ACFA étaient sous anticoagulant et anti arythmiques (ou bradycardisants).

En ce qui concerne les antiagrégants plaquettaires, 11,5% des patients victimes d'AIC d'origine thrombotique n'en bénéficiaient pas.

La sous prescription d'antiagrégants ou d'anticoagulants peut être expliquée par la crainte du risque hémorragique chez le sujet âgé (chute à répétition, troubles dans l'observance...). Ceci est corroboré par l'absence de double traitement antiagrégant plaquettaire ou d'association antiagrégant plaquettaire et anticoagulant.

En ce qui concerne le traitement du diabète, la prescription d'anticoagulants, d'antiarythmiques et d'antiagrégants plaquettaires, on pourrait penser que chez l'âge est un facteur de sous prescription du fait des risques iatrogènes et la fragilité lié du sujet âgé, or cela n'a pas été le cas.

En cas de suivi cardiologique, l'étude a montré une fréquence plus élevée de prescriptions d'antithrombotiques ($p < 0,050$) et de bilans lipidiques adaptés ($p < 0,055$). On pourrait conclure qu'une prise en charge est plus adaptée aux recommandations lorsqu'un cardiologue assure le suivi. Mais aucune étude comparant la prise en charge de l'AVC ischémique, de l'ACFA ou de la dyslipidémie par le spécialiste ou le médecin généraliste n'a été effectuée.

Dans cette étude, on a pu également noter une faible prise en charge des séquelles neurologiques. Seule la moitié des patients souffrant d'un handicap moteur bénéficiait de kinésithérapie et seul un quart des patients présentant des troubles de l'élocution ou d'une aphasie bénéficiait de séances d'orthophonie. Aucune étude n'a démontré clairement que la rééducation fournie au delà d'un an et demi d'évolution après un AVC peut améliorer la récupération. Les personnes qui se rétablissent après un AVC pendant un an et demi ou plus présentent souvent des incapacités persistantes. (6). Toutefois, la rééducation même à distance

de l'AVC permet de réduire la perte d'autonomie, les hospitalisations et de façon générale la morbi-mortalité du sujet âgé même si il n'y a pas de récupération.

1.2 Avantages et inconvénients de l'étude

Avantages :

- méthode économique.
- analyse rapide des données

Inconvénients :

- méthode longue en temps de recueil des données
- cohorte pauvre, doute de représentativité
- biais dans la sélection des patients
- biais dans les recueil des données (ex : éléments non reportés dans les dossiers médicaux)
- analyses nécessitant des connaissances statistiques

1.3 Limites de la recherche quantitative

La participation des médecins traitants interrogés par phoning repose sur le volontariat et leur disponibilité. Il m'a ainsi fallu venir à bout de nombreuses contraintes liées à la disponibilité des médecins généralistes.

Tous les patients avaient été hospitalisés dans un service de soins de suite de réadaptation, ce qui a exclu les patients victimes d'AIT ou d'AVC avec peu de séquelles retournés à domicile après une hospitalisation en court séjour. Ceci pourrait être considérée comme un biais dans la sélection.

Au cours des entretiens téléphoniques, certaines questions plus délicates en raison du sentiment de jugement que pouvait ressentir le médecin, auront pu entraîner des réticences à exprimer certains résultats, constituant aussi un biais de recueil de données.

2. Focus Group

2.1 Résultats

Cette étude basée sur deux *focus group* a conduit les médecins généralistes à se questionner sur leurs pratiques et sur les difficultés rencontrées dans la prise en charge des patients victimes d'AVC ischémique.

Les difficultés soulevées par les médecins du *focus group* a permis de comprendre pourquoi la prise en charge des patients âgés victimes d'AVC ischémique n'était pas optimale.

Une notion intéressante est apparue d'emblée : la distinction entre AIT, AVC mineur (déficits légers ou ayant régressé) et AVC grave (séquelles neurologiques importantes). L'AIT a été rapporté comme un événement mineur passant souvent inaperçu ou bien pour lequel le médecin était mal informé et l'AVC mineur était oublié avec le temps. L'AIT n'était pas considéré comme ayant un profil de risque neurovasculaire au même plan que l'AVC constitué. Pourtant le risque de récurrence n'est pas lié à la gravité de l'AVC. Cette problématique peut expliquer les écarts de prise en charge du patient âgé victime d'AVC ischémique.

Nombreux médecins ont par ailleurs clairement rapporté une prise en charge plus exhaustive et une implication plus importante en cas d'AVC ischémique grave avec séquelles, ainsi qu'une prévention secondaire des facteurs de risques cardiovasculaires plus exigeante qu'en prévention primaire, contrairement à la prise en charge de l'AVC ischémique mineur.

D'un point de vue médicamenteux, la sous prescription peut s'expliquer par la méconnaissance des recommandations, la crainte des effets indésirables et le doute sur l'efficacité de certains traitements.

Ceci est confirmé par une étude récente menée par Bushnell CD et al. évaluant la persistance et l'adhérence des médicaments un an après un AVC, qui montre que l'arrêt des médicaments par les médecins est une des raisons de la non persistance des médicaments (13).

La plupart des médecins ont rapporté ne pas connaître les recommandations actuelles du suivi de l'AVC. On peut alors penser qu'un rappel synthétique des dernières recommandations permettrait d'améliorer ce paramètre. Pourtant on sait que les recommandations de bonnes pratiques ne garantissent pas une bonne prescription des médecins du fait de nombreux obstacles rencontrés dans la pratique quotidienne tels que l'absence d'accord et d'adhérence aux recommandations (14, 19).

De plus, pour les médecins traitants, les recommandations ne paraissaient pas adaptées au sujet âgé. La prise en charge devait être faite au cas par cas en tenant compte des différentes dimensions du sujet âgé.

Cependant, les médecins disaient bien connaître les facteurs de risque cardiovasculaires et leur prise en charge. Pourtant, l'étude récente française IMPACT (68), reflète une mauvaise prise en charge des facteurs de risque. Cette étude montre qu'approximativement 40 % des patients avec une tension artérielle élevée pendant le suivi n'ont reçu aucun traitement antihypertenseur ou seulement une monothérapie antihypertensive. De même, seulement 20 % des patients qui avaient un taux de LDL-cholestérol élevé à 6 mois ont reçu des statines.

Au cours des *focus group*, les médecins ont rapporté des difficultés à évaluer la balance bénéfice risque du fait de la crainte des effets secondaires ou des complications liées aux particularités du sujet âgé. Les médecins généralistes ont déclaré clairement avoir des difficultés à initier ou à augmenter la posologie d'un traitement lorsque cela était indiqué. C'est ce que l'on appelle "l'inertie thérapeutique".

L'inertie thérapeutique est une notion nouvelle qui reste méconnue des praticiens. Définie de façon générale en 2001 par Phillips et al. (56) elle est impliquée dans le mauvais contrôle de nombreuses maladies chroniques. Ce phénomène a été étudié notamment dans le cas de l'hypertension artérielle et Okonofua et al. en donnent une analyse et évaluation claire pour l'HTA en 2006 (53). Il pourrait résulter d'une surestimation de la qualité des soins donnés, de l'utilisation de raisons ("soft excuses") pour éviter l'intensification des traitements (perception de l'amélioration du contrôle, les effets secondaires potentiels, refus du patient) et le manque de formation et d'organisation dans le but d'atteindre les objectifs (56, 29, 50).

La classe médicamenteuse la plus fréquemment citée est la classe des statines et le maintien de leur prescription est faible en post-AVC comme le confirme notre étude quantitative préalable ainsi que d'autres études (72, 68, 45, 17).

Les médecins ont également remis en cause l'intérêt de prescrire des statines chez le sujet âgé devant l'absence de données. Pourtant, l'étude menée par Schlienger JL et al. (63) montre qu'en réalité des études récentes démontrent que l'effet des statines n'est pas diminué chez la personne âgée de plus de 65 ans et il semble actuellement licite de prescrire une statine lorsque la concentration de cholestérol LDL est supérieure à 1,30 g/l chez un sujet âgé à haut risque cardiovasculaire ou en prévention secondaire dès lors que son espérance de vie est conséquente. Les statines réduisent le risque relatif de la mortalité globale et cardiovasculaire ainsi que des événements coronariens et des accidents vasculaires cérébraux et ce, quelle que soit la concentration du cholestérol LDL et que la tolérance n'est pas différente que chez les sujets plus jeunes.

Selon l'article "Inertie thérapeutique sur l'HTA" paru dans la revue *Exercer* en 2012, l'inertie thérapeutique est un facteur majeur de mauvaise prise en charge thérapeutique (15).

Les causes de l'inertie thérapeutique sont multiples, liées au médecin lui-même, mais aussi au patient et au système de soins. Les conséquences peuvent être graves à la fois pour le patient,

en termes de qualité et/ou d'espérance de vie, mais aussi pour la société, en raison du coût souvent exorbitant engendré par les complications que cette inertie thérapeutique peut engendrer (65).

L'absence de respect des règles hygiéno-diététiques a largement été citée au cours des *focus group*. Les freins décrits étaient l'absence d'adhésion et d'effort de la part du patient, le défaut de formation à l'éducation du médecin mais aussi le découragement du médecin par cette tâche longue et peu satisfaisante. En 2011, l'HAS a rédigé un rapport identifiant les différents freins limitant le développement des prescriptions non médicamenteuses y compris celles des règles hygiéno-diététiques (33) : un contexte social et culturel peu favorable, un mode de financement des soins de ville en France peu incitatif à leur prescription, des médecins et des patients mal informés sur les thérapeutiques non médicamenteuses recommandées et sur les modalités de recours, un manque d'adhésion des médecins et des patients sur les recommandations et l'impact des inégalités socio-économiques sur leur suivi.

L'éducation du patient par des professionnels formés dans un centre adapté, avec la possibilité d'être en contact avec des psychologues, des diététiciennes, a été évoquée à de nombreuses reprises. Ainsi le patient pourrait avoir accès à une prise en charge adaptée à son cas, et aurait accès à des entretiens motivationnels non possibles en médecine générale car les médecins n'ont pas été formés et manquent de temps.

Au cours des *focus group*, les difficultés de coordination des soins ont largement été discutées. L'absence de communication et de partage des informations relatives au patient entre le médecin traitant et les spécialistes de ville et les médecins hospitaliers était l'obstacle majeur à une prise en charge de qualité. En effet, il semble évident qu'un suivi partagé avec

accord et échange entre partenaires de santé et décisions thérapeutique pluridisciplinaires, pourraient être le garant de la prise en charge globale adaptée du sujet âgé.

Cette remarque est renforcée par l'étude menée par Eames S. et al (24) qui montre que les patients reçoivent des informations ou des conseils différents de la part des professionnels de santé, source de confusion ou de résistances.

Les ressentis des médecins interrogés ont été généralement plus négatifs à l'égard de la communication avec les confrères hospitaliers, moins accessibles.

Au cours de l'étude, nous avons pu noter l'importance donnée à l'éducation thérapeutique personnalisée (ETP) par les médecins généralistes dans la prise en charge des pathologies chroniques.

La définition de l'OMS de l'éducation thérapeutique de 1998 est la suivante :

« L'éducation thérapeutique devrait permettre aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et les compétences qui les aident à vivre de manière optimale leur vie avec leur maladie. Il s'agit par conséquent d'un processus permanent, intégré dans les soins et centré sur le patient. L'éducation thérapeutique vise à aider les patients et leur famille à comprendre leur maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre plus sainement et maintenir ou améliorer leur qualité de vie. »

Depuis de nombreuses années, l'ensemble des études conduites dans le domaine de l'éducation thérapeutique du patient dans les pathologies chroniques (diabète, asthme, insuffisance cardiaque...) a permis de mettre en évidence son bénéfice sur les hospitalisations et la prévention des complications. L'efficacité de l'éducation thérapeutique dans la prévention des facteurs de risque cardiovasculaires a également été documentée par plusieurs publications. D'où l'intérêt d'une éducation thérapeutique, rapporté à plusieurs reprises au cours des *focus group*, pour améliorer le bien être et la qualité de vie du patient âgé victime d'AVC ischémique.

L'éducation thérapeutique ne s'applique pas uniquement au patient mais également à son entourage.

Les médecins reconnaissent leur rôle central dans cette éducation ; cependant, ils avouent ne pas prodiguer une éducation suffisante. Une étude récente menée en 2010 par Hafsteinsdottir TB et al. confirme ce constat auprès des patients victimes d'AVC et de leurs aidants (32). Pourtant une des priorités du plan national « AVC 2010-2014 » est le développement de l'éducation thérapeutique (48). Au cours de l'étude, les médecins ont rapporté que les freins au développement optimal de l'ETP sont le défaut de formation et le manque de temps.

D'autre part, une part importante de l'efficacité de la prévention secondaire demeure dans l'observance du patient. La compréhension à la fois des objectifs et de l'importance du traitement médicamenteux sont indispensables à une observance au long terme, ce travail est basé aussi sur une éducation thérapeutique de qualité.

Au niveau de l'observance médicamenteuse, les médecins du *focus group* l'ont jugée satisfaisante pour leurs patients victimes d'AVC ou d'AIT. Et en cas de difficultés neuropsychologiques, les soins à domicile étaient les garants d'une bonne observance. Cependant, le médecin généraliste n'a aucun moyen de contrôler la persistance des prises médicamenteuses, et c'est une constatation très subjective. Différentes études quantitatives étrangères montrent en effet le contraire: pendant un suivi moyen de 2 ans, 18% patients néerlandais ont prématurément arrêté leur traitement antiagrégant, et pour la moitié d'entre eux sans raison médicale claire (21).

Les médicaments sont une source de préoccupation et de questionnement permanent pour les patients dans notre étude et dans d'autres aussi (14, 19). En effet les médecins décrivent que les patients souffrent d'une perte de confiance et de doutes sur l'intérêt de certains médicaments, menant à l'arrêt de ceux-ci. Les problèmes récents soulevés par les "scandales

médiatiques” du Médiateur, des statines et de la célèbre liste des «70 médicaments dangereux» en sont la preuve.

Les séquelles neuropsychologique ont été peu évoquées comme étant des obstacles à une prise en charge, ce qui est assez étonnant compte tenu des données épidémiologiques (34) sur le sujet: 30% de dépression (16), de troubles cognitifs et de handicap (51). Les troubles de l’humeur, la dépression et la tristesse sont des séquelles fréquentes qui influencent la récupération fonctionnelle et l’observance thérapeutique.

Cependant, nous avons pu remarquer le lien entre l’importance du degré de séquelles et l’attention porté par le médecin dans la prise en charge du patient.

2.2 Avantages et inconvénients de l’étude

Avantages :

- méthode économique en temps de recueil des données et en argent.
- environnement favorisant l’expression et la discussion d’opinions controversées
- échantillonnage du groupe sans exigence de représentativité
- opportunités pour les médecins généralistes d’étudier certains aspects de leur pratique

Inconvénients :

- analyse des données longues et fastidieuses
- risque de domination de certains participants au sein du groupe (leaders opinion)

2.3 Limites de la recherche qualitative

La participation des personnes interrogées, dans le cadre d’une recherche qualitative, repose sur le volontariat.

Pour la seule organisation des *focus group*, il m'a fallu venir à bout de nombreuses contraintes liées à la disponibilité des médecins généralistes et essuyer le refus de plusieurs d'entre eux.

Les médecins généralistes étaient tous des médecins niçois et suivaient un des patients de l'étude observationnelle préalable. Le *focus group* a permis de bénéficier de leurs expériences vis à vis des difficultés auxquelles ils ont pu être confrontés dans la prise en charge de leurs patients âgés victimes d'AVC ischémique. Les difficultés rencontrées par un médecin généraliste exerçant en ville et disposant de moyens matériels et humains, ne sont pas les mêmes que celles rencontrées par celui en milieu rural. C'est un biais possible dans la sélection des participants. De plus, il est possible que les médecins ayant accepté de participer à cette étude portent plus d'intérêt à cette pathologie. Il en résulte alors une meilleure connaissance dans ce domaine.

Il existe des aléas à l'interaction au sein du groupe : risque de domination de certains participants (leader d'opinion), timidités et réticences à exprimer des idées personnelles. La maîtrise du groupe est délicate car la liberté d'expression des participants a naturellement tendance à déborder du cadre de discussion initialement envisagé par le modérateur. Il existe toujours un risque d'orientation des réponses par certains participants, ce qui peut entraîner un biais de recueil des données.

D'autre part, malgré une certaine rigueur, le recueil des données et l'analyse des résultats, effectués par une seule personne, ont souffert d'un manque d'expérience de l'enquêtrice, ce qui constitue un biais d'interprétation.

Le nombre de *focus group* a été fixé à l'avance. Tous les thèmes ont été abordés lors des entretiens. Cette étude apporte un éclairage et des pistes de réflexion sur les difficultés spécifiques à la prise en charge des patients âgés victimes AVC ischémique.

3. Pistes d'amélioration

Ce travail ne cherchait aucunement à juger la pratique des médecins généralistes. Le but était d'examiner les difficultés rencontrées en médecine de ville et de faire ressortir les besoins afin de réfléchir sur les moyens de faciliter leur travail et d'améliorer la prise en charge du patient âgé ayant été victime d'AVCI au long cours.

3.1 Diagnostic

Les médecins traitants ont rapporté des difficultés à établir le diagnostic d'AIT chez le sujet âgé. Un des principaux problèmes diagnostiques était l'échappement de faux négatifs dû à des faits imprécis et en temps différé. Il semble donc intéressant d'informer les patients à haut risque cardiovasculaire et aux antécédents d'AVC de rapporter tout symptôme pouvant évoquer un événement neurovasculaire, c'est à dire apprendre à dépister précocement les signes avant coureurs.

Ceci implique donner une information claire à intégrer par le patient, et pourrait s'inscrire dans un programme d'éducation thérapeutique pour le patient et son entourage.

De même, informer le médecin sur le risque de récurrence entre AVC constitué et AIT pourrait être un bon moyen pour d'améliorer la prise en charge.

3.2 Thérapeutique

D'un point de vue médicamenteux, une attention particulière doit être portée à la prescription et à la surveillance du traitement devant la fragilité du sujet âgé. Cependant, cela ne doit pas empêcher une prise en charge optimale ou aboutir à une sous prescription médicamenteuse et contribuer ainsi à l'inertie thérapeutique. L'évaluation gériatrique standardisée est un bon moyen de mieux assimiler les besoins du patient âgé en recherchant le juste soin ; il semble évident qu'il faut adapter les recommandations aux différentes dimensions du sujet âgé et d'autres études incluant les sujets âgés sont encore à mener pour faciliter la prise en charge.

Une meilleure connaissance des recommandations ne semble pas nécessaire pour améliorer la prise en charge car les enjeux de la prévention des facteurs de risque cardiovasculaires et de l'anticoagulation semblent bien intégrés. Cependant, l'emploi de certaines thérapeutiques tel que les NACO, les antiarythmiques ou bradycardisants et les statines, posent encore problème et conforte encore l'idée d'études complémentaires chez le sujet âgé.

3.4 Coordinations des soins

L'absence d'échange d'information relative au patient et l'absence de communication ont largement été rapportées comme étant des freins majeurs à la coordination des soins et à une prise en charge optimale. Le dossier informatisé partagé, à plusieurs reprises cité par les médecins, pourrait être une solution d'optimisation de la communication. Un accès en temps réel aux données médicales par les médecins paraît aujourd'hui être indispensable à une meilleure qualité des soins.

En ce qui concerne les comptes rendus d'hospitalisation, il faut sensibiliser l'administration les médecins hospitaliers à diminuer le retard notamment au décours des hospitalisations à la phase aiguë des patients et d'améliorer le secrétariat. Les médecins ont également rapporté que l'échange des informations par internet permettrait de réduire les délais.

Le médecin traitant pourrait se construire un « bon réseau » de connaissances de professionnels permettrait de travailler en groupe afin de mieux prendre en charge le suivi des patients.

3.3 Education

L'ETP fait partie intégrante de la prise en charge du patient porteur d'une pathologie chronique. Il faut s'efforcer d'éduquer le patient, lui expliquer sa maladie, son traitement médicamenteux et son régime. L'adhésion aux traitements et le respect des règles hygiéno-

diététiques est indispensable pour améliorer la prise en charge du patient. L'ETP est d'autant plus importante chez le sujet âgé car il s'agit d'un patients à très au risque d'hospitalisation par sa polypathologie, son isolement et ses handicap psychomoteur.

Cependant, même si le médecin traitant en a le rôle central, l'éducation est une mission qui se partage et qui doit être assuré par tous les partenaires de santé. La majorité des médecins ont confirmé la nécessité d'être soutenue dans le rôle d'éducateur.

3.4 Réseaux de soins

Certains médecins se sont interrogés sur l'intérêt de la création de structures avec une équipe multidisciplinaire constituée de personnes formées et qualifiées, voire des structures avec des ateliers de groupe et la possibilité pour les patients d'échanger entre eux. Cependant, ce type de réseau a déjà été mis en place mais a rencontré des difficultés faute d'organisation, de budget, et qui sont utilisés par les patients comme « consultation gratuite ».

Le programme des ateliers collectifs porterait sur la maladie, les facteurs de risque, les signes d'alerte, les traitements et des consultations individuelles au besoin par une diététicienne ou un tabacologue. Il ne présente aucune contrainte pour le médecin traitant qui reste informé de l'avancement du programme de son patient. L'adhésion du patient au réseau peut se faire dès la sortie de son hospitalisation ou après quelques mois au décours de l'AVC.

Ces réseaux comprennent des médecins (médecin généraliste, gériatre, cardiologue), des infirmières, des diététiciennes et des travailleurs sociaux. Leur objectif est d'améliorer l'éducation du malade et de ses proches.

Les interventions multidisciplinaires permettraient une amélioration des pratiques médicales, une optimisation des traitements, une diminution des hospitalisations et des transferts en institution.

E. CONCLUSION

L'accident vasculaire cérébral ischémique est une pathologie dont le nombre de patients est en constante augmentation. Il est actuellement une priorité nationale de santé publique compte tenu de son retentissement sur la mortalité, le handicap et le coût financier.

Un des objectifs principaux de sa prise en charge au long terme est d'éviter les récurrences. Pour cela, une prise en charge optimale de la prévention secondaire est indispensable, et le médecin généraliste en a le rôle principal.

L'étude quantitative menée sur une cohorte de 50 patients niçois âgés de 70 à 99 ans victimes d'AVC ischémique, confirme la prise en charge sous optimale des AVC ischémiques chez les sujets âgés.

Les AVC ischémiques d'origine cardioembolique représentaient la moitié des causes d'AVC ischémique au sein de cette population, ce qui souligne encore l'importance de la prévention par AVK et antiarythmiques ou bradycardisants dans la fibrillation auriculaire. Nos données confirment également la sous utilisation des traitements de prévention secondaire chez le sujet âgés tels que les statines.

Au vu de l'importance que va prendre cette population dans les années à venir, il paraît indispensable d'optimiser les filières de prise en charge des patients à risque afin de réduire les récurrences et la morbi-mortalité de cette pathologie.

L'étude qualitative par *focus group* menée auprès de médecins généralistes exerçant dans l'agglomération niçoise a permis de comprendre leur prise en charge des patients victimes d'AVC ischémiques. Elle décrit et analyse les difficultés rapportées par le médecin généraliste dans la prise en charge au long cours de cette pathologie et de nombreux obstacles ont été soulevés. La connaissance et l'application des recommandations ont été considérées insuffisantes et non adaptées au sujet âgé fragile, bien que la connaissance et la prévention des

facteurs de risque cardiovasculaires restaient un domaine bien connu. Le défaut de communication avec les praticiens spécialistes de ville ou hospitaliers posait des difficultés dans la coordination des soins. Les médecins généralistes convenaient jouer un rôle primordial dans la prise en charge globale des ces patients, mais décrivaient une absence de reconnaissance de ce rôle, source de frustration. Evaluer la balance bénéfice risque était travail difficile, les effets indésirables étant la principale barrière à la prescription de certains médicaments notamment statines et antiarythmiques.

Inculquer les règles hygiéno-diététiques était une tâche longue et peu satisfaisante. Le manque de temps était une cause souvent évoquée dans les difficultés de prise en charge.

Les troubles cognitifs et les séquelles neuropsychologiques n'ont pas été décrits comme étant des obstacles majeurs à la prise en charge.

Une notion importante semble être l'impact d'un AVC « grave » dans l'attention portée au traitement, aussi bien chez le médecin traitant que le patient qui en ait victime.

La survenue d'un AVC ischémique était décrite comme étant un point de départ pour éduquer et motiver les patients à changer leur mode vie.

En ce qui concerne les propositions des pistes d'amélioration du suivi des patients âgés victimes AVC ischémique, l'idée directrice est de renforcer l'information du patient, la mise en place d'un réseau de santé permettant une meilleure coordination des soins et d'établir des projets d'éducation. En effet, la prise en charge de ces patients en médecine de ville pourrait être optimisée dans le cadre de réseaux multidisciplinaires. Il faut souligner tout de même le rôle central du médecin traitant dans la prise en charge du sujet âgé, de part sa proximité, sa connaissance de l'environnement socio-affectif du patient, et son suivi au long cours.

Le partage des informations entre spécialistes de ville, hospitaliers et médecins généralistes est une étape clé du parcours de soins afin de garantir la continuité des soins surtout quand le

patient est âgé et polypathologique. Le dossier médical informatisé et partagé semble être un excellent moyen de contrer ce type de difficultés.

Une étude complémentaire quantitative, évaluant l'efficacité de ces réseaux et les comparant au système actuel, et une étude qualitative, évaluant le ressenti des médecins généralistes seraient intéressantes.

F. BIBLIOGRAPHIE

- (1) Albers GW, Dalen JE, Laupacis A; Manning Palle Petersen WJ, Singer DE. Antithrombotic Therapy in Atrial Fibrillation. *Chest*. 2001 ; 119 : 194-206.
- (2) Amarenco P, Bogousslavsky J, Callahan A 3rd, Goldstein LB, Hennerici M, Rudolph AE, Sillesen H, Simunovic L, Szarek M, Welch KM, Zivin JA; Stroke Prevention by Aggressive Reduction in Cholesterol Levels (SPARCL) Investigators. High-dose atorvastatin after stroke or transient ischemic attack. *N Engl J Med*. 2006 ; 355 : 549-559.
- (3) Arboix A, García-Eroles L, Massons J, Oliveres M, Targa C, Acute stroke in very old people: clinical features and predictors of in-hospital mortality. *J Am Geriatr Soc*. 2000 ; 48 : 36-41.
- (4) Arboix, A., Miguel, M., Ciscar, E., Garcia-Eroles, L., Massons, J. and Balcells, M. Cardiovascular risk factors in patient aged 85 or older with ischemic stroke, *Clin Neurol Neurosurg*. 2006 ; 108 : 638-643.
- (5) Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008 ; 84 : 142-145.
- (6) Aziz NA, Leonardi-Bee J, Phillips MF, Gladman J, Legg LA, Walker M Rééducation thérapeutique pour les patients vivant chez eux plus d'un an après un accident vasculaire cérébral (AVC) Summaries cochrane.
- (7) Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, Staessen JA, Liu L, Dumitrascu D, Stoyanovsky V, Antikainen RL, Nikitin Y, Anderson C, Belhani A, Forette F, Rajkumar C, Thijs L, Banya W, Bulpitt CJ; HYVET Study Group. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *N Engl J Med*. 2008 ; 358 : 1887-1898.
- (8) Benson RT, Sacco RL. Stroke prevention: hypertension, diabetes, tobacco, and lipids. *Neurol Clin*. 2000 ; 18 : 309-319.
- (9) Bernabei R, Landi F, Gambassi G, Sgadari A, Zuccala G, Mor V, Rubenstein LZ, Carbonin P. Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *BMJ*. 1998 ; 316 :1348-1351.
- (10).Borgès Da Silva G, La Recherche Qualitative : un autre principe d'action et de communication, *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*. 2001; 32 : 2.
- (11) Brown RD, Whisnant JP, Sicks JD, O'Fallon WM, Wiebers DO. Stroke incidence, prevalence, and survival: secular trends in Rochester, Minnesota, through 1989. *Stroke*. 1996 ; 27 : 373-380.
- (12) Burn J, Dennis M, Bamford J, Sandercock P, Wade D, Warlow C. Long-term risk of recurrent stroke after a first-ever stroke. The Oxfordshire Community Stroke Project. *Stroke*. 1994 ; 25 : 333-337.

- (13) Bushnell CD, Olson DM, Zhao X, Secondary preventive medication persistence and adherence 1 year after stroke. *Neurology*. 2011 ; 77 : 1182-1190.
- (14) Cabana MD, Rand CS, Powe NR, et al. Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines? A Framework for Improvement. *JAMA*. 1999 ; 282 : 1458 -1465.
- (15) Cadwallader JS, Dibao-Dina C, Lebeau JP. Inertie thérapeutique dans l'hypertension artérielle. *Exercer*. 2012 ; 100 : 37-43.
- (16) Caputo A. Etude de la qualité de vie des patients et de leurs aidants naturels, après un accident vasculaire cérébral hospitalisés en unité neuro-vasculaire au centre hospitalier d'Annecy. Thèse de médecine générale 2011.
- (17) Colivicchi F, Bassi A, Santini M, Caltagirone C. Discontinuation of statin therapy and clinical outcome after ischemic stroke. *Stroke*. 2007 ; 38 : 2652-2657.
- (18) Coutinho M, Gerstein HC, Wang Y, Yusuf S. The relationship between glucose and incident cardiovascular events. A metaregression analysis of published data from 20 studies of 95,783 individuals followed for 12.4 years. *Diabetes Care*. 1999 ; 22 : 233-240.
- (19). Cranney M, Warren E, Barton S, Gardner K, Walley T. Why do GPs not implement evidence-based guidelines? A descriptive study. *Fam Pract*. 2001 ; 18 : 359-363.
- (20) Davy JM, Razcka F, Beck L, Cung TT, Combes N. Traitement médicamenteux de la fibrillation atriale. *Archives des maladies du cœur et des vaisseaux*. 2004 ; 4 : 63-70.
- (21) De Schryver ELLM, van Gijn J, Kappelle LJ, Koudstaal PJ, Algra A. Non-adherence to aspirin or oral anticoagulants in secondary prevention after ischaemic stroke. *J. Neurol*. 2005 ; 252 :1316-1321.
- (22) Di Carlo A, Lamassa M, Pracucci G, Basile AM, Trefoloni G, Vanni P, Wolfe CD, Tilling K, Ebrahim S, Inzitari D.) Stroke in the very old : clinical presentation and determinants of 3-month functional outcome: A European perspective. European BIOMED Study of Stroke Care Group. *Stroke*. 1999 ; 30 : 2313-2319.
- (23) Donnan GA, Fisher M, Macleod M, Davis SM. Stroke. *Lancet*. 2008 ; 371 : 1612-23.
- (24) Eames S, McKenna K, Worrall L, Read S. The suitability of written education materials for stroke survivors and their carers. *Top Stroke Rehabil*. 2003 ; 10 : 70-83.
- (25) Engelter S.T, Reichhart M, Sekoranja L, Georgiadis D, Baumann A, Weder B, Müller F, Lüthy R, Arnold M, Michel P, Mattle H.P, Tettenborn B, Hungerbühler H.J, Baumgartner R.W, Sztajzel R, Bogousslavsky J, and Lyrer P.A. Thrombolysis in stroke patients aged 80 years and older: Swiss survey of IV thrombolysis . *Neurology*. 2005 ; 65 : 1795-1798.
- (26) Fery-Lemonnier E. La prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France. Rapport à Madame la ministre de la santé et des sports. Paris: Ministère de la santé et des sports. 2009.

- (27) Foerch C, Ghandehari K, Xu G, Kaul S. Exploring gender distribution in patients with acute stroke: A multi-national approach. *J Res Med Sci.* 2013 January; 18 : 10–16.
- (28) Frykman V, Beerman B, Rydén L, Rosenqvist M. Management of atrial fibrillation: discrepancy between guideline recommendations and actual practice exposes patients to risk for complications. *Eur Heart J.* 2001 ; 22 : 1954-1959.
- (29) Giugliano D, Esposito K. Clinical Inertia as a Clinical Safeguard. *JAMA.* 2011 ; 305 : 1591-1592.
- (30). Goldstein LB, Adams R, Alberts MJ, Appel LJ, Brass LM, Bushnell CD, Culebras A, DeGraba TJ, Gorelick PB, Guyton JR, Hart RG, Howard G, Kelly-Hayes M, Nixon JV, Sacco RL; American Heart Association; American Stroke Association Stroke Council Primary prevention of ischemic stroke: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council: cosponsored by the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease Interdisciplinary Working Group; Cardiovascular Nursing Council; Clinical Cardiology Council; Nutrition, Physical Activity, and Metabolism Council; and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. *Circulation.* 2006 ; 20 ; 113 : 873-923.
- (31) Graillot D, Quipourt V, Bouillet B, Petit JM, Manckoundia P. Précision HbA1c chez sujets âgés : Diabète de type 2 chez le sujet âgé : quelles spécificités ? *La Revue de Médecine Interne.* 2012 ; 33 : 575-579.
- (32). Hafsteinsdóttir TB, Vergunst M, Lindeman E, Schuurmans M. Educational needs of patients with a stroke and their caregivers: A systematic review of the literature. *Patient Educ Couns.* 2011 ; 85 : 14-25.
- (33) Haute Autorité de Santé. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. 2011.
- (34). Haute Autorité de Santé. Prévention vasculaire après infarctus cérébral ou AIT. 2009.
- (35) Haute Autorité de Santé. Prise en Charge Thérapeutique du Patient Dyslipidémique, 2005.
- (36) Haute Autorité de Santé. Prise en charge thérapeutique du Diabète de Type 2. 2007.
- (37) Haute Autorité de Santé. Prise en Charge des Patients Adultes atteints d'Hypertension Artérielle Essentielle. 2005.
- (38) Hier DB, Foulkes MA, Swiontoniowski M, Sacco RL, Gorelick PB, Mohr JP, Price TR and Wolf PA. Stroke recurrence within 2 years after ischemic infarction. *Stroke.* 1991 ; 22 : 155-161.
- (39) Idris I, Thomson GA, Sharma JC. Diabetes mellitus and stroke. *International Journal of Clinical Practice.* 2006 ; 60 : 48–56.

- (40) IST-3 collaborative group, Sandercock P, Wardlaw JM, Lindley RI, Dennis M, Cohen G, Murray G, Innes K, Venables G, Czlonkowska A, Kobayashi A, Ricci S, Murray V, Berge E, Slot KB, Hankey GJ, Correia M, Peeters A, Matz K, Lyrer P, Gubitz G, Phillips SJ, Arauz A. The benefits and harms of intravenous thrombolysis with recombinant tissue plasminogen activator within 6 h of acute ischaemic stroke (the third international stroke trial [IST-3]): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2012 ; 379 : 2352-2363.
- (41) Kim D, Ford GA, Kidwell CS, Starkman S, Vinuela F, Duckwiler GR, Jahan R, Saver JL; UCLA Intra-Arterial Thrombolysis Investigators. Intra-arterial thrombolysis for acute stroke in patients 80 and older: a comparison of results in patients younger than 80 years. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2007 ; 28 : 159-163.
- (42) Kulbertus H, Scheen AJ. L'etude clinique du mois. L'etude PROSPER. *Rev Med Liege*. 2002 ; 57 : 809-813.
- (43) Law MR, Wald NJ, Rudnicka AR. Quantifying effect of statins on low density lipoprotein cholesterol, ischaemic heart disease, and stroke: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2003 ; 326 : 1423.
- (44) Leys D, Kwiecinski H, Bogousslavsky J, Bath P, Brainin M, Diener HC, Kaste M, Sivenius J, Hennerici MG, Hacke W. Prevention. European Stroke Initiative. *Cerebrovasc Dis*. 2004 ; 17 : 15-29.
- (45) Lummis HL, Sketris IS, Gubitz GJ, Joffres MR, Flowerdew GJ. Medication Persistence Rates and Factors Associated with Persistence in Patients Following Stroke: A Cohort Study. *BMC Neurology*. 2008 ; 8 : 25.
- (46) Mant J, Hobbs FD, Fletcher K, Roalfe A, Fitzmaurice D, Lip GY, Murray E. Warfarin versus aspirin for stroke prevention in an elderly community population with atrial fibrillation (the Birmingham Atrial Fibrillation Treatment of the Aged Study, BAFTA): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2007 ; 370 : 493-503.
- (47) Ministère de la santé et des sports. Rapport à Madame la ministre de la santé et des sports :
La prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France. 2009.
- (48) Ministère de la santé et des sports, Ministère du travail de la solidarité et de la fonction publique, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. Plan d'actions national « accidents vasculaires cérébraux 2010-2014 ». Paris: Ministère de la santé et des sports; 2010.
- (49) Mitnitski AB, Graham JE, Mogilner AJ, Rockwood K. Frailty, fitness and late-life mortality in relation to chronological and biological age. *BMC Geriatr*. 2002 ; 27 : 2-10.
- (50) Mohan A.V, Phillips L.S. Clinical Inertia and Uncertainty in Medicine *JAMA*. 2011 ; 306 : 383-384.
- (51) Murray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 1997 ; 349 : 1436-1442.

- (52) Nishant KM, Niaz A, and Kennedy R Lees. Thrombolysis in very elderly people: controlled comparison of SITS International Stroke Thrombolysis Registry and Virtual International Stroke Trials Archive. *BMJ*. 2010 ; 341 : 6046.
- (53) Okonofua EC, Simpson KN, Jesri A, Rehman SU, Durkalski VL, Egan BM. Therapeutic inertia is an impediment to achieving the Healthy People 2010 blood pressure control goals. *Hypertension*. 2006 ; 47 : 345-351.
- (54) Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la Santé dans le Monde 2002. Réduire les risques et promouvoir une vie saine. Genève: OMS; 2002.
- (55). Perret-Guillaume C, Miget P, Aubry C, Gueguen R, Steyer E, Bénétos A. Contrôle de la pression artérielle par le traitement antihypertenseur chez le sujet âgé de 60 ans et plus. *La Revue de Médecine Interne*. 2006 ; 27 : 285-290
- (56). Phillips LS, Branch WT, Cook CB, Joyce P, Doyle JP, El-Kebbi IM, Gallina DL, Miller CD, Ziemer DC, and Barnes CS, Clinical inertia. *Ann. Intern. Med.* 2001 ; 135 : 825-834.
- (57). Redfern J, McKeivitt C, Dundas R, Rudd AG, Wolfe CD. Behavioral risk factor prevalence and lifestyle change after stroke: a prospective study. *Stroke*. 2000 ; 31 : 1877-1881.
- (58). Röther J, Alberts MJ, Touzé E. Risk factor profile and management of cerebrovascular patients in the REACH Registry. *Cerebrovasc. Dis.* 2008 ; 25 : 366-374.
- (59) Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, English PA, Sayre JA, Kane RL. The Sepulveda GEM Study: Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. *N Engl J Med*. 1984 ; 311 : 1664-1670.
- (60) Rubenstein LZ, Wieland D, English P, Josephson K, Sayre JA, Abrass IB. The Sepulveda VA Geriatric Evaluation Unit: data on four-year outcomes and predictors of improved patient outcomes. *J Am Geriatr Soc*. 1984 ; 32 : 503-512.
- (61). Sacco RL, Wolf PA, Kannel WB, McNamara PM. Survival and recurrence following stroke. The Framingham study. *Stroke*. 1982 ; 13 : 290-295.
- (62) Samsa GP, Bian J, Lipscomb J, Matchar DB. Epidemiology of Recurrent Cerebral Infarction : A Medicare Claims Based Comparison of First and Recurrent Strokes on 2-Year Survival and Cost. *Stroke*. 1999 ; 30 : 338 -349
- (63) Schlienger JL, Vinzio S, Pradignac A, Grunenberger F, Goichot B. Statines et risque cérébro- et cardiovasculaire chez les personnes âgées. *La Revue de Médecine Interne* 2004 ; 25, 801–805.
- (64) Sharma JC, Fletcher S, Vassallo M. Strokes in the elderly - higher acute and 3-month mortality - an explanation. *Cerebrovasc Dis*. 1999 ; 9 : 2-9.
- (65) Scheen AJ. A propos de l'inertie et de la non-observance thérapeutiques. *Rev Med Suisse* 2010 ; 6 : 1571-1572.

- (66) Straus S.E, Majumdar S.R. and McAlister F.A. New evidence for stroke prevention: scientific review. JAMA. 2002 ; 288 : 1388-1395.
- (67) Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. JAMA. 2002 ; 287 : 1022-1028.
- (68) Touzé E, Coste J, Voicu M, Kansao J, Masmoudi R, Doumenc B, Durieux P, Mas JM. Importance of In-Hospital Initiation of Therapies and Therapeutic Inertia in Secondary Stroke Prevention. Stroke. 2008 ; 39 : 1834 -1843.
- (69) Trenkwalder P, Ruland D, Stender M, Gebhard J, Trenkwalder C, Lydtin H, Hense HW. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in a population over the age of 65 years: results from the Starnberg Study on Epidemiology of Parkinsonism and Hypertension in the Elderly (STEPHY). J Hypertens. 1994 ; 12 : 709-716.
- (70) Van Rossum CT, van de Mheen H, Witteman JC, Hofman A, Mackenbach JP, Grobbee DE. Prevalence, treatment, and control of hypertension by sociodemographic factors among the Dutch elderly. Hypertension. 2000 ; 35 : 814-821.
- (71) Vernino S, Brown RD, Sejvar JJ, et al. Cause-specific mortality after first cerebral infarction: a population-based study. Stroke. 2003 ; 34 : 1828-1832.
- (72). Wettermark B, Persson A, von Euler M. Secondary Prevention in a Large Stroke Population: A Study of Patients' Purchase of Recommended Drugs. Stroke. 2008 ; 39 : 2880-2885.
- (73) Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study. Stroke. 1991 ; 22 : 983-988.
- (74). Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial fibrillation: a major contributor to stroke in the elderly. The Framingham Study. Arch Intern Med. 1987 ; 147 : 1561-1564.
- (75) Wu CY, Wu HM, Lee JD, Weng HH. Stroke risk factors and subtypes in different age groups: A hospital-based study. Neurol India. 2010 ; 58 : 863-868.

Annexe 1

Niveau de preuve des recommandations

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (études thérapeutiques)	Grade des recommandations
Niveau 1 (NP1) <ul style="list-style-type: none"> • Essais comparatifs randomisés de forte puissance. • Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés • Analyse de décision basée sur des études bien menées 	Preuve scientifique établie A
Niveau 2 (NP2) <ul style="list-style-type: none"> • Essais comparatifs randomisés de faible puissance. • Études comparatives non randomisées bien menées • Études de cohorte 	Présomption scientifique B
Niveau 3 (NP3) <ul style="list-style-type: none"> • Études cas-témoins 	Faible niveau de preuve C
Niveau 4 (NP4) <ul style="list-style-type: none"> • Études comparatives comportant des biais importants • Études rétrospectives • Séries de cas 	
<p><i>Chaque article sélectionné a été analysé selon les principes de lecture critique de la littérature. Sur la base de cette analyse de la littérature, le groupe de travail a proposé, chaque fois que possible, des recommandations. Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, coté de A à C selon l'échelle proposée par l'ANAES.</i></p> <p>En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un ACCORD PROFESSIONNEL.</p>	

Annexe 2

Etat des lieux du suivi de patients âgés victimes d'accident vasculaire cérébral ischémique en médecine de ville. Proposition de pistes d'amélioration.

Nom du patient :

Nom du médecin traitant :

1) dernière consultation :

2) ATCD :

HTA : OUI NON

Diabète : OUI NON

Tabac : OUI NON

Dyslipidémie : OUI NON

ACFA : OUI NON

AVC : OUI NON RECIDIVE : OUI NON

Autres :

3) suivi réguliers : 1 mois 2 mois 3 mois >3mois

4) ordonnance :

Présence d'un antiagrégant ou d'un anticoagulant (AVK ou NACO)?

Oui Non, pourquoi :

Présence d'une statine ?

Oui Non, pourquoi :

Présence d'un antiarythmique ou bradycardisants si AVC d'origine embolique ?

Oui Non, pourquoi :

Présence d'un antihypertenseur ?

Oui Non, pourquoi

5) dernière prise de TA : date :

6) dernière HbA1C : date :

7) dernier bilan lipidique : date :

8) dernier INR : date :

9) le patient présente t-il des séquelles neurologiques ? OUI NON

Si oui : départ :

évolution :

Si oui : A-t-il une rééducation kinésithérapie ?

A-t-il une rééducation orthophonique ?

10) le patient a-t-il un suivi cardiologique régulier : OUI, fréquence : NON

11) le patient a t-il un suivi neurologique régulier : OUI, fréquence : NON

Annexe 3

Retranscription du 1er Focus Group:

Réuni le 8 aout 2013: durée 1h30

Modérateur: “Quel est le pourcentage de patients âgés que vous suivez pour AVC ischémique?”

Médecin 1: “Il est difficile de donner un pourcentage. Ce qui est sur c’est que j’en suis un certain nombre et il y en a 11 ayant eu de gros AVC.”

Médecin 5: “Cela dépend de ce que vous voulez dire par AVC. Est ce cela comprend les AIT aussi?”

Médecin 2: “Et, est ce que cela comprend les épisodes de déficits neurologiques, d’aphasie, de confusion... et autre symptômes neurologiques “bizarres”, ou rapportés tardivement, ou dont le diagnostique est douteux, ou le bilan complémentaire n’est pas contributif, voire qui passent à l’as?”

Médecin 5: “Si on parle d’AIT, il y en a beaucoup sans pouvoir donner un pourcentage précis. Mais on ne les considère pas comme des “vrais AVC”. C’est surtout quand il y a des séquelles qu’on les considère à haut risque neurovasculaire. Et d’autant plus qu’il n’y a pas ou peu d’hospitalisation chez le sujets victime AIT.”

Médecin 1: En plus, dans ce cadre d’AVC sans séquelles, on oublie “malheureusement”... et on oublie de le prendre en compte...”

Médecin 2: “En fait le pourcentage de patients ayant présenté un AVC dans notre patientelle est probablement plus important que ce que l’on pense. Mais en consultation, on n’est pas non plus dans ce système d’approche: “ce patients c’est de la neuro”, “ce patient c’est du vasculaire”, “ce patient c’est du digestif”.”

Médecin 1: “En tout cas c’est une pathologie fréquente en cabinet. Mais ce qu’il serait intéressant de savoir c’est de le pourcentage de patients qui seront victimes d’AVC après un certain âge.”

Modérateur: “Quel est votre place dans le suivi de ces patients? Et il y a t’il d’autres médecins spécialistes dans ce suivi?”

Médecin 1: “Et bien, pour moi, la place de médecin traitant est central et unique, une fois que les bilans initiaux sont faits et que le patient retourne à la maison, je suis le professionnel qui s’en occupe. Les autres médecins spécialistes ont un suivi mais c’est un suivi peu fréquent, 1 fois par an max 2 fois par an.”

Médecin 2: “Une fois que le bilan a été fait, les spécialistes ne s’en occupent plus.”

Médecin 5: “Les spécialiste interviennent très peu, les cardiologues sont plus présents que les neurologues, mais c’est plutôt en cas de souci, de nouvel événement, ou au début de la récente pathologie, juste après l’hospitalisation par exemple.”

Médecin 3: “En effet, les spécialistes ne prennent pas en charge réellement le malade mais plutôt la maladie, car il ne connaissent pas “profondément” le patient, son histoire, son mode de vie, sa personnalité.”

Médecin 5: “et il y a aussi, tous ces patients qu’on suit à domicile, qui ne sortent plus trop de chez eux, ceux-la ils n’ont aucun suivi spécialiste et puis d’ailleurs les patients n’en veulent pas... ils ne veulent pas voir d’autres médecin que nous.”

Médecin 1: “Pour revenir à notre place dans la prise en charge de l’AVC, il est vrai aussi que plus l’AVC a été sévère, plus il y a eu d’explorations, de bilans et de complication et de retombées plus on se sent impliqué dans leur prise en charge par la suite, on est plus attentif. Mais en même temps c’est dans des cas complexes et peut être plus lourds également qu’on va être menés à adresser le patient vers un spécialiste.”

Modérateur: “Quelles sont vos relations avec ces médecins spécialistes ? quelles sont les difficultés rencontrées dans l’échange d’informations ou la discussion de la prise en charge?”

Médecin 5: “Sincèrement, c’est une catastrophe en France. Le suivi et la coordination des soins sont quasi impossibles parce qu’on arrive pas à échanger les informations relatives aux patients avec les spécialistes de ville ou les hospitaliers. D’ailleurs les spécialistes de l’hôpital c’est pire que les spécialiste en ville.”

Médecin 2: “En effet, le problème c’est qu’on devrait, nous médecins traitants, être toujours acteurs dans le suivi du patient mais en fait “on perd le contrôle”. On n’a pas les comptes rendus des hospitalisations, les spécialistes de ville renouvellent les traitements et on ne voit plus les patient pendant plusieurs mois et il n’y a donc plus de suivi. Pire, ils changent le traitements sans nous en informer; au mieux on ne renouvelle pas le traitement à notre tour et il ne se passe rien, au pire, une complication apparaît et on n’y comprend rien. Et ça c’est notre quotidien...”

Médecin 5: “En effet, moi j’essaie de mettre à jour les ordonnances, mais c’est impossible, et puis les personnes âgées ne savent pas ce qu’elles prennent comme médicaments. Il y a un échappement dans le suivi. Les patients nous échappent.”

Médecin 3: “Parfois, on peut croire que se faire suivre par un spécialiste c’est mieux, mais non, c’est faux, car en fait il n’y a pas de suivi.”

Médecin 2: “A moins de travailler avec un privé qu’on connaît bien, que l’on sait qu’on aura un retour.” “Trouvez une ordonnance de 7 jours d’un spécialiste ou en provenance de l’hôpital, il n’y en a pas. Les spécialistes se substituent au médecin traitant. Et ce qu’il ne savent pas c’est qu’il en prennent la responsabilité.”

Médecin 1: “La coordination se passe bien quand on connaît bien les autres acteurs: le cardiologue qu’on connaît, le neurologue qu’on connaît, l’hospitalier qu’on connaît et qu’on sait qu’on aura un retour. Et même quand on arrive à avoir un échange, on a l’impression qu’il y a de la rétention d’information car il reste des inconnus, de l’incompris...”

Médecin 5: “Il y a quand même des centres avec lesquels ca se passe bien: comme Monaco, Tzanck et le centre Antoine Lacassagne, pour lesquels on a un retour en temps réel. Mais sincèrement, on essaie d’éviter au maximum l’hôpital.”

Médecin 1: “ Il faudrait créer un dossier médical commun à partager entres les spécialistes de façon qu’on y ait tous accès aux informations”

Médecin 2: “C’est vrai que d’envoyer nos patients à l’hôpital c’est un échec, ca veut dire qu’on a pas réussi à travailler avec des gens de qualité. Mais vous avez mis le doigt sur un point important. Je pense que c’est une très bonne question.”

Modérateur: “Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans le suivi de ces patients?”

Médecin 2: “Et bien, on vient déjà de parler, des relations avec les confrères spécialistes et le défaut de communication des informations relatives au patient, avec un problème majeur dans le délai.”

Médecin 1: “On a des difficultés dans le suivi de l'évolution de la maladie ou dans l'apparition de complications. En effet, les personnes âgées ne nous rapportent pas tout: comme un nouvel épisode déficitaire auquel elles n'ont pas prêté attention ou qu'elles ne savent pas bien expliquer. Voire, une autre manifestation cardiovasculaire: l'exemple de la claudication intermittente qui n'est rapportée que très tardivement dans un stade déjà évolué de la maladie quand l'artère est déjà bouchée. Si on avait eu ces signes d'alerte, on aurait pu réagir plus tôt.”

Médecin 5: “En plus, les manifestations sont beaucoup plus disparates chez le sujet âgé.”

Médecin 2: “Ces patients sont également polypathologiques, on ne va peut être pas faire attention à ce suivi d'AVC mais plutôt être plus consciencieux au suivi d'une autre pathologie évolutive en cours, surtout si c'était un AIT ou un AVC peu sévère.”

Médecin 5: “Ou alors, il faudrait prendre beaucoup plus de temps pour se focaliser sur les différentes pathologies.”

Médecin 6: “Et puis il y a tous ces patients qui ont des troubles cognitifs pour lesquels il n'y a que la famille ou l'infirmière qui peuvent nous rapporter quelques éléments, c'est pas évident.”

Médecin 2: “Parfois des difficultés dans la prescription de certains médicaments, comme les anticoagulants, on a tous eu des patients qui se déglobulisent sans que personne ne le voit

venir, et on ne va pas faire une coloscopie à un patient de 92 ans, alors bon c'est pas toujours très facile de faire le pour et contre.”

Médecin 1: “Le plus dur, c'est les règles hygiéno-diététiques: car il faut beaucoup s'investir, prendre du temps, répéter sans cesse, trouver la bonne formulation. Et puis on ne peut pas le faire à chaque consultation, c'est très chronophage. Puis les patients, ils font ce qu'ils veulent... Moi, j'essaie parfois de donner quelques pourcentages dans les risques de récurrence d'AVC ou d'autres complications afin de les alarmer un peu, mais je suis pas sûr qu'il y ait un meilleur résultat. Ils ne veulent pas être vigilants dans leur régime.”

Médecin 2: “Prodiguer des conseils sur le mode de vie et les règles hygiéno-diététiques est vraiment difficile. Les patients ne veulent pas se prendre en charge. Ils nous font confiance parce qu'ils reviennent mais ils ne veulent pas faire d'effort. Ils attendent beaucoup du médecin pour leur donner le traitement “miracle”, “magique”, dans le cas contraire, c'est comme si on pouvait rien pour eux. J'ai l'impression que le patient demande qu'on fasse tout à sa place.”

Médecin 6: “Et puis, il faut que l'effort soit compensé, à 90 ans on n'a pas envie d'être trop strict mais on préfère rester dans un confort de vie.”

Médecin 1: “Sincèrement, je ne pense pas avoir beaucoup d'impact sur le patient en ce qui concerne les conseils d'hygiène de vie, surtout chez les patients âgés, pour cela il faut que cette prise en charge soit personnalisée, adaptée au cas par cas. On reçoit par ailleurs, de l'information de la sécurité sociale sur des centres de référence, je ne sais pas si ça marche mais j'ai déjà dirigé des patients vers ces centres. Mais ce serait peut être intéressant d'avoir un retour.”

Médecin 6: “il faudrait déjà impliquer davantage la famille et l’équipe soignante. Il serait intéressant de travailler avec une structure avec une équipe des professionnels, qui s’investissent et qui font un suivi et un rapport régulièrement.”

Médecin 2: “C’est vrai qu’on parle beaucoup d’éducation thérapeutique, c’est un peu la mode, mais on se sait pas quelle valeur ça a réellement.”

Médecin 5: “Après il y a aussi quelques problèmes d’observance, les patients décident parfois de ne plus prendre tel ou tel médicament parce qu’ils pensent ne pas en avoir besoin ou parce qu’ils ont entendu dire telle ou telle chose dans les médias sur ce produit, sans nous le dire forcément.”

Modérateur: “Rencontrez vous des difficultés dans l’application des recommandations de l’HAS sur la prévention secondaire de l’AVC de 2008? Lesquelles? Avez vous d’autres sources d’information?”

Médecin 5: “Je ne les connais pas.”

Médecin 6: “Moi, non plus.”

Médecin 3: “Moi, non plus.”

Médecin 2: “Oui, pas par cœur évidemment mais j’essaie de les suivre.”

Médecin 5: “J’avoue je ne vais pas regarder systématiquement les recommandations de l’HAS. En plus c’est difficile de garder en permanence ses connaissances à jour, car les recommandations changent tout le temps. Et puis, a t’on assez de recul pour considérer que les recommandations de 2008 sont les “bonnes”? Mais, je lis des revues professionnelles et je reçois quelques labos.”

Médecin 1: “Moi, j’ai surtout des difficultés avec les nouveaux anticoagulants, c’est un peu flou, je ne sais s’il faut les utiliser ou pas. Et même auprès des cardiologues, ce n’est pas clair.”

Médecin 2: “Même si on connaît bien ses patients, même en parlant avec les cardiologues, il est difficile de prendre les bonnes décisions.”

Médecin1: “Et puis, il est vrai que lorsqu’on a un patient bien stabilisé, on n’a pas forcément envie de changer son traitement, pourquoi rajouter un produit qui lui serait nuisible, avec des effets secondaires, on ne sait pas comment il pourrait réagir, sans oublier que les personnes âgées sont plus fragiles. Il faut garder à l’esprit “primum non nocere”. Ce n’est pas que je ne veux pas me mouiller, des décisions j’en prends, évidemment. Mais, ce n’est pas toujours transparent de faire la balance bénéfice-risque.”

Médecin 2: “Il est vrai que les recommandations nous permettent d’avoir une ligne de conduite à tenir mais c’est illusoire de les appliquer chez tout le monde.”

Médecin 1: “Surtout chez le sujet âgé, qui a un terrain fragile, l’application des recommandations à des limites car elles ne s’adaptent pas du tout à ce type de patients.”

Médecin 2: “C’est vrai, qu’on a toujours ce dilemme de la balance bénéfice-risque mais dans ces cas ils faut bien en informer le patient et convoquer la famille. Il faudrait même adresser une lettre à l’Ordre des Médecins en expliquant la situation, les raisons de la prescription ou de la non prescription de tel ou tel médicament. C’est la seule manière d’éloigner les risques de responsabilité. C’est vrai qu’on est confronté à des problèmes de responsabilité, on est même responsable des prescriptions des autres spécialistes, c’est à dire que si le cardiologue prescrit un produit potentiellement dangereux et qu’il y a un pépin, au niveau légal on est en première ligne. C’est pour ça que les recommandations il faut les connaître.”

Médecin 5: “Il est aussi difficile des changer certaines habitudes chez les personnes âgées, elles ne comprennent pas pourquoi on modifie leur traitement alors quelles vont très bien. Elles restent très septiques.”

Médecin 1: “Il y aussi les difficultés rencontrées dans le cadre des scandales médiatiques comme on a eu avec les statines. En effet, les patients perdent beaucoup confiance dans la médecine.”

Médecin 5: “J’ai du mal à vous répondre car je ne connais pas par cœur les recommandations donc je ne peux pas répondre précisément.”

Modérateur: “Pensez vous avoir un rôle de prévention? Quels conseils donnez vous à ces patients?”

Médecin 2: “On donne toujours des conseils dans la prévention des facteurs de risque cardiovasculaire. Mais la prévention primaire est toujours moins accessible.”

Médecin 1: “En ce qui concerne la prévention primaire c’est plus difficile car ils ne comprennent pas pourquoi ils doivent suivre des règles hygiéno-diététiques et prendre des traitements alors qu’elles se sentent en bonne santé. C’est plus évident en prévention secondaire, car ils comprennent que les risques étaient réels et ne veulent pas être victime d’un deuxième épisode.”

Médecin 2: “Oui, je pense quand même avoir un rôle de prévention, c’est quand même un des principaux rôles du médecin traitant que de faire de la prévention. Pas seulement parce qu’on prescrit du Kardégic ou des statines mais parce qu’il y a quand même un échange d’information avec le patient qui se fait à chaque consultation.”

Médecin 5: “C’est quand même difficile de faire passer les bons messages, car le but c’est que le patient s’approprié cette information et ce n’est pas toujours le cas.”

Modérateur: “Quelles difficultés rencontrez vous dans prise en charge de l’ACFA chez le sujet ayant présenté un AIC?”

Médecin 5: “Le traitement anticoagulant reste toujours un problème: les nouvelles molécules comme le Pradaxa ou le Xarelto, c’est ce qui me pose le plus de difficultés et puis on n’a pas assez de recul sur ces produits. Je préfère favoriser les anciennes molécules.”

Médecin 1: “Et puis même sur des produits qu’on connaît bien, comme le Previscan: il y a les interactions médicamenteuses, y compris les interactions avec l’alimentation, les posologies parfois complexes comme le Previscan avec des “ $\frac{3}{4}$ un jour sur trois”, faire des INR régulièrement, c’est vraiment contraignant pour les patients et encore plus chez les personnes âgées qui ont des difficultés de compréhension ou de mémoire.”

Médecin 3: “Et puis chez les patients qui ont déjà eu des hémorragies digestives, ou qui ont une anémie non explorée, ou les patients âgés “chuteurs”, on sait pas s’il vaut mieux donner que du Kardégic...”

Médecin 2: “Non, le Kardégic ça ne sert à rien, c’est de la gnognotte dans le traitement de l’ACFA”

Médecin 6: “C’est vrai qu’on se focalise vraiment sur les anticoagulants mais pas trop sur les autres traitements comme les antiarythmiques. Nos patients ne présentent plus d’arythmie ou alors ils ont une fréquence cardiaque correcte, on ne voit pas forcément l’intérêt de rajouter un traitement qui pourrait trop le ralentir ou le faire décompenser.”

Modérateur: “Quelles difficultés rencontrez vous dans la prise en charge de la dyslipidémie chez le sujet âgé ayant présenté un AIC?”

Médecin 1: “On a eu des difficultés avec le scandales des statines, donc il y eu beaucoup de patients qui ne voulaient plus les prendre. Mais sinon, non je n’ai pas de difficultés a prendre en charge une dyslipidémie.”

Médecin 2: “On les prescrit d’avantage en prévention secondaire qu’en prévention primaire, quand on a eu un évènement thrombotique avérée, c’est plus dur qu’avec pour seul argument le bilan lipidique.”

Médecin 5: “Non, je ne rencontre pas de difficultés particulières à prendre en charge le patient qui présente une dyslipidémie.”

Médecin 1: “On ne connait pas réellement l’intérêt de prescrire des statines à un sujet âgé en prévention secondaire, il faudrait peut être le clarifier.”

Retranscription du 2ème Focus Group:

Réuni le 9 aout 2013: durée 1h15

Modérateur: “Quel est le pourcentage de patients âgés que vous suivez pour AVC ischémique?”

Médecin 6: “C’est très difficile à dire.”

Médecin 4: “Non pas beaucoup. Sincèrement, on finit par s’habituer à ses patients. J’ai du mal a les comptabilisé, je dirais une dizaine. On les voit mais on ne pense plus à l’AVC.”

Médecin 1: “On a plus l’idée du nombre que du pourcentage.”

Médecin 5: “Des AVC massifs sincèrement non.”

Médecin 4: « Après pour les AIT c’est plus dur, car il n’y a pas d’hospitalisation, ou la durée est très courte et il récupèrent vite”

Médecin 3: “Je dirais que si on voit un par mois c’est déjà pas mal”

Médecin 5: “Il y a beaucoup de gens qui font des ACFA, des fois même asymptomatiques, on peut penser qu’il font des AIT de temps en temps puis on les retrouve déments car il y a des AVC qui passent à l’as. J’en ai quelques uns comme ca. Des gros AVC, non, c’est pas fréquents.”

Médecin: “C’est quand même plus fréquent chez les sujets très âgés, puis pour la moitié c’est sur des ACFA. Après les AIT sont quand même plus fréquents, 2 AIT pour 1 AVC. Les lourds on les a en tête alors que les AIT, bon, on n’y pense plus.”

Médecin 5: “Parfois, c’est sur des dysarthries aussi, et ça ne rentre jamais dans l’ordre, donc ça marque aussi.”

Médecin 3: « Après les AVC ne sont pas si fréquents que ça, c’est souvent la lois des séries, plusieurs dans la même semaine puis plus rien pendant 3 mois ».

Médecin 4: Sans compter tous les petits AIT qui passent à l’as. Il viennent à la consultation au bout de 2 mois qui racontent l’épisode d’aphasie ou de parésie.”

Médecin 3 : “C’est souvent le conjoint d’ailleurs qui rapporte les faits.”

Médecin 6: “Des gros AVC, j’en vois pratiquement plus. Il y a quand même une meilleure prévention qu’avant.”

Modérateur: “Quel est votre place dans le suivi de ces patients? Et il y a t’il d’autres médecins spécialistes dans ce suivi?”

Médecin 5: “Une place centrale.”

Médecin 4: “Enfin, surtout pour tout ce qui est administratif.”

Médecin 1: “on va dire central par défaut.”

Médecin 5: “ Ils sont quand même plus proches des nous, ils ont besoin d’être rassurés, ils voient les spécialistes comme des techniciens, ils ont besoins de nous parler et ils comptent vraiment sur nous.”

Médecin 6: “Moi, j’ai l’impression qu’ils se recentrent sur nous, c’est vrai qu’au début au cours du bilan, c’est vari qu’il y a du mouvement mais après plus rien.

Médecin 4: il faut aussi minorer la part administrative, la mise en ALD, les soins infirmiers kiné, le lit médicalisé, le dossier d'APA, voire l'HAD. Toute la logistique puis après c'est fini.

Médecin 6: "Puis c'est ridicule qu'on doive refaire les renouvellements d'ALD ou autre, ça prend beaucoup de temps."

Médecin 3 : "Notre rôle est quand même central, nous sommes la plaque tournante."

Modérateur: "Quelles sont vos relations avec ces médecins spécialistes ? Quelles sont les difficultés rencontrées dans l'échange d'informations ou la discussion de la prise en charge?"

Médecin 2: "Bonnes"

Médecin 4: "Correctes. C'est vrai qu'on les considère comme des techniciens, ils sont là pour des demandes précises. Pour les hospitaliers, c'est différent, la prise en charge nous échappe."

Médecin 3: "Je dirais que c'est fréquent d'avoir un compte rendu 3 à 4 mois après l'AVC."

Médecin 4: "Ils nous tiennent jamais au courant au cours de l'hospitalisation, ils font tel ou tel modification de traitement mais ils ne prennent pas notre avis."

Médecin 7: "Puis il est impossible de les joindre. Il faudrait améliorer le secrétariat aussi."

Médecin 6: "Les spécialistes de ville ils répondent directement au moins."

Médecin 5: "C'est vrai qu'en ville ce qui est intéressant, c'est quand on a nos réseaux et à ce moment là ça va vite, puis on a confiance car on les connaît."

Médecin 3 : “C’est vrai que ca serait sympa d’avoir un minimum d’information, un compte rendu, une lettre... parce que le patients âgé, lui n’a rien compris, ne sait rien, ce qu’il a eu comme bilan, ni le traitement qu’il doit prendre. Et nous on ne sait pas quoi faire.”

Médecin 7: “Ce problème de relation, de communication et d’information existe depuis toujours. Enfin c’est pour l’intérêt du patient, pour continuer des les soigner, c’est pas pour notre ego.”

Médecin 6: “On peut rêver d’une piste informatique, d’un dossier informatisé avec un code d’entrée, pour avoir accès au informations.”

Médecin 4: “Avec les spécialistes de ville, moi j’envoie que des mails, c’est rapide, efficace.”

Médecin 5: “Oui mais les mails ne sont pas protégés, Il y a un risque médico-légal.”

Modérateur: “Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans le suivi de ces patients?”

Médecin 2: “On vient de parler des ordonnances faites par les autres spécialistes, c’est un problème pour le suivi.”

Médecin 1: “Je dirais que le principal problème est l’entourage, et leur gestion du malade au long cours. Avec les problèmes de selles, d’urines, d’escarres.”

Médecin 2: “Puis l’entourage lui même a des problèmes de santé, ils ne sont pas capables de s’occuper du malade et ils n’y comprennent rien. Heureusement qu’il y a les équipes à domicile.”

Médecin 3 : “Heureusement on a des équipes qui sont supers. D’ailleurs c’est le garant de l’observance.”

Médecin 6 : “Après il y a des patients qui refusent les médicaments, il faut négocier, le reprendre, lui réexpliquer.”

Médecin 5 : «Au cabinet, il a certains patients qui nous avouent, vous savez je ne prend plus ceci ou cela, j’ai encore des boites.”

Médecin 4: ‘C’est pareil pour les bilans, on a les équipes qui vont à domicile. Mais bon c’est vrai qu’au début on les fait fréquemment puis les patients qui restent à domicile ou qui sont grabataires, les bilans s’espacent.”

Médecin 1: “De temps en temps on a des problèmes à faire des bilans, les patients n’ont pas envie qu’on les pique, ne veulent pas se déplacer, puis nous on baisse les bras. Ca nous arrive d’oublier aussi.

Médecin 4: “Pour ce qui est de la thérapeutique, pour certains médicaments on peut avoir des difficultés car on a pas l’habitude.”

Médecin 6: “Pour les AVK, c’est pas compliqué, mais c’est prenant. Il faut réexpliquer les posologies un peu complexes, la surveillance, l’alimentation...”

Médecin 3: “Les AVK sont difficiles a maintenir au long cours, leur intérêt n’est bien intégré”

Médecin 6: “pour les AVC graves, il y a souvent un moment de rupture. Les familles sont épuisées. Mais on compte sur l’infirmière les kinés qui passent tous les jours ou nous on passe aussi, et c’est plus a but anxiolytique, car il y a de la souffrance morale pour le patient et la famille.”

Médecin 3: “C’est l’intérêt des hospitalisations de rupture, ce qui permet à l’entourage de souffler un peu.”

Modérateur: “Rencontrez vous des difficultés dans l’application des recommandations de l’HAS sur la prévention secondaire de l’AVC de 2008? Lesquelles? Avez vous d’autres sources d’information?”

Médecin 5: “ Non, je ne regarde pas systématiquement les recommandations de l’HAS.”

Médecin 6: “ Non.”

Médecin 7 : “Non moi, non plus.”

Médecin 5: “C’est difficile de répondre.”

Médecin 3: “On a eu beaucoup de soucis avec les statines. Ils posent beaucoup de questions et si c’est pas eux c’est l’entourage. Ça a fait beaucoup de bruit.”

Médecin 6: “les AVK c’est le suivi qui un peu complexe mais on y arrive, mais pour moi ce qui est un peu abstrait c’est quand il faut mettre des antiagrégants à la place ou quand il faut mettre les deux. Pour combien de temps?”

Médecin 5: “Pour les NACO, c’est difficile. Moi je n’ai personne sous ces traitements, ils sont tous sous AVK. On ne sait pas bien s’en servir, on a peur des risques hémorragiques et on ne peut pas les surveiller.”

Médecin 4 : “Le problème avec les NACO c’est qu’ils n’ont pas d’antidote. »

Médecin 7 : “Apparemment on attend la nouvelle molécule qui aura un antidote.”

Médecin 5: «c’est vrai qu’on a des appréhensions à prescrire certains médicaments, on préfère laisser faire le cardiologue ou le spécialiste en général. »

Médecin 2: “Après c’est difficile d’appliquer à la lettre les recommandations chez la personne âgé et pas seulement celle de l’AVC”

Médecin 7: “Puis les sujets âgés on beaucoup de pathologie, il y a la recommandations de ca , la recommandations de ceci, puis les recommandations se contredisent... Bref on ne sait plus ce qu’il faut donner.”

Médecin 4: “Moi, je consulte beaucoup internet.”

Médecin 7: oui moi aussi.

Médecin 6: ‘Moi avant je faisait beaucoup de séminaire FMC. Cette année c’était les DPC, c’était une horreur. C’était nul.”

Médecin 1: “Puis maintenant c’est dur de se former, si tu dépasses ton quota, tu es redevable à l’organisme. Ca ne donne pas envie.”

Médecin 5: “Pour la rééducation, c’est facile dans le sens où ça fait une compagnie, mais ils n’ont pas envie de travailler.”

Médecin 4: “Moi je fais de la rééducation jusqu’au bout, pas réellement pour récupérer mais pour ne pas perdre, pour éviter l’ankylose et les complications.”

Médecin 3: “Pour les orthophonistes, c’est très dur, car il n’y en a pas beaucoup et en plus elles ne vont pas au domicile.”

Modérateur: “Pensez vous avoir un rôle de prévention? Quels conseils donnez vous à ces patients?”

Médecin 4: “On parle beaucoup, on répète, voire on s’énerve mais en silence.”

Médecin 5: “On essaie de leur faire prendre leurs médicaments, mais quand ils ne sont pas “malades” c’est difficile.”

Médecin 2: “Oui, on a un rôle de prévention quand même”

Médecin 5: “Pour certains patients, ils pensent que la prévention s’arrête à faire les bilans et venir en consultation. Mais la prévention des facteurs de risque ou des troubles du rythme, ça ils ne l’intègrent pas.

Médecin 4: “En plus c’est bien plus dur en prévention primaire qu’en prévention secondaire.”

Médecin 2: “Oh oui, c’est beaucoup plus dur.”

Médecin 3: “Même, ils ne réalisent pas la gravité, ils sont rentrés à l’hôpital 2-3 jour puis ça va mieux. C’est rien.”

Médecin 5: “Parfois on doit faire peur pour qu’il nous écoutent et que ça les marque.”

Médecin: “Puis les patients âgés peuvent être assez fatalistes, ils pensent qu’il y a rien à faire.”

Médecin 7: “La campagne qu’il y a eu récemment à la télévision avait bien marché, ça les a beaucoup marqués, je trouvais qu’ils avaient été très demandeurs d’informations et de prévention.”

Médecin 6: “Il serait aussi intéressant de mettre en place de centres pluri professionnels, pour qu’on discute des besoins des patients et faire le point.”

Médecin 3: “Oui comme des réseaux de diabète ou d’Alzheimer”

Médecin 5: “Des réseaux d’éducation seraient également intéressant, avec des journées de formation qui faciliteraient d’une part l’éducation et qui soulageraient également les médecins, mais soulageraient les familles.”

Médecin 1: “L’éducation devrait être partagé par l’infirmière, le kiné, les spécialistes, les pharmaciens. Puis limiter la pollution téléphonique, les prises de risque et se sentir plus soutenu par nos pairs.”

Médecin 3: “la télémédecine pourrait être intéressant également.”

Médecin 6: “Ou des équipes mobiles qui iraient à domicile”

Modérateur: “Quelles difficultés rencontrez vous dans prise en charge de l’ACFA chez le sujet ayant présenté un AIC?”

Médecin 5: “On a déjà parlé des difficultés des AVK et des NACO.”

Médecin 1: “ Il y a quelques patients, qui ne sont pas sous anticoagulants mais qui sont sous aspirine mais sous avis du cardiologue”

Médecin 5: “On voit quand même beaucoup plus de patients sous AVK, et es patients franchement âgés.”

Médecin 3: “Moi les antiarythmiques, je ne les prescrit pas. C’est trop dangereux. En tout cas jamais sans avis cardiologique”

Médecin 3: “On ne peut pas mettre des patients sous antiarythmiques sans qu’il ait eu préalablement un bilan cardiologique approfondi. On prendrait trop de risques.”

Médecin 2: “Après parfois on tombe sur des patients qui ne veulent pas être hospitalisés, qui ne veulent pas de bilan.”

Médecin 3: “Je ne me sens pas suffisamment pointu pour prescrire ce type de traitement. Après s’il le faut vraiment on va rester sur des traitement bien connus de base, un bêtabloquant par exemple”

Médecin 6: “Puis s’il est vraiment nécessaire, je l’envoie chez le cardio qui rapidement fait un ECG et une écho.”

Médecin 4: “On pourrait éventuellement améliorer ça avec la télémédecine.”

Modérateur: “Quelles difficultés rencontrez vous dans la prise en charge de la dyslipidémie chez le sujet âgé ayant présenté un AIC?”

Médecin 6: “Moi j’ai eu beaucoup de patients qui ont arrêté les statines dans les suites des scandales. Ca a été terrible.”

Médecin 4 : “C’est le patient qui met en doute le traitement, ce ne sont pas nous qui doutons.”

Médecin 6: “C’est vrai que quand on voit ce qui se passe du côté des medias, on est pas aide. Et pour ca le conseil de l’Ordre des médecins ne sert à rien.”

Médecin 7: “Et c’est le prolongement de l’affaire du médiateur.”

Médecin 3: “On a le mauvais rôle... et c’est nous qui devons nous justifier”

Médecin 6: “Puis les gens regardent les fiches des médicaments, après les patients ont mal partout, et on ne s’en sort pas après. Mais en fait le patient âgé a toujours mal partout, ils sont pleins d’arthrose.”

Médecin 4: “Et en prévention primaire c’est pire”

SERMENT D'HIPPOCRATE

**EN PRÉSENCE DES MAÎTRES DE CETTE ÉCOLE, DE
MES CHERS CONDISCIPLES ET DEVANT L'EFFIGIE
D'HIPPOCRATE, JE PROMETS ET JE JURE D'ÊTRE
FIDÈLE AUX LOIS DE L'HONNEUR ET DE LA
PROBITÉ DANS L'EXERCICE DE LA MÉDECINE.**

**JE DONNERAI MES SOINS GRATUITS À
L'INDIGENT, ET N'EXIGERAI JAMAIS UN SALAIRE
AU-DESSUS DE MON TRAVAIL.**

**JE NE PERMETTRAI PAS QUE DES
CONSIDÉRATIONS DE RELIGION, DE NATION, DE
RACE, VIENNENT S'INTERPOSER ENTRE MON
DEVOIR ET MON PATIENT.**

**ADMIS DANS L'INTÉRIEUR DES MAISONS, MES
YEUX NE VERRONT PAS CE QUI S'Y PASSE. MA
LANGUE TAIRA LES SECRETS QUI ME SERONT
CONFIÉS, ET MON ÉTAT NE SERVIRA PAS À
CORROMPRE LES MOEURS, NI À FAVORISER LE
CRIME.**

**RESPECTUEUX ET RECONNAISSANT ENVERS MES
MAÎTRES, JE RENDRAI À LEURS ENFANTS
L'INSTRUCTION QUE J'AI RECUE DE LEUR PÈRE.**

**QUE LES HOMMES M'ACCORDENT LEUR ESTIME SI
JE SUIS FIDÈLE À MES PROMESSES, QUE JE SOIS
COUVERT D'OPPROBRE ET MÉPRISÉ DE MES
CONFRÈRES SI J'Y MANQUE.**

