



HAL
open science

Prise en charge de l'accident ischémique transitoire en médecine de ville en Martinique : étude des connaissances et des pratiques des médecins généralistes

Jade Mobetie

► To cite this version:

Jade Mobetie. Prise en charge de l'accident ischémique transitoire en médecine de ville en Martinique : étude des connaissances et des pratiques des médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02483823

HAL Id: dumas-02483823

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02483823v1>

Submitted on 18 Feb 2020

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.

UNIVERSITE DES ANTILLES
FACULTE DE MEDECINE HYACINTHE BASTARAUD

ANNEE : 2019

N°2019ANTI0461

**PRISE EN CHARGE DE L'ACCIDENT ISCHEMIQUE TRANSITOIRE EN
MEDECINE DE VILLE EN MARTINIQUE**

ETUDE DES CONNAISSANCES ET DES PRATIQUES DES MEDECINS GENERALISTES

THESE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD
des Antilles et de la Guyane
Et examinée par les Enseignants de la dite Faculté

Le 14 Février 2019

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Par MOBETIE Jade

Examineurs de la thèse : M Rémi NEVIERE

M André CABIE

M Christophe DELIGNY

Mme Aïssatou SIGNATE

Professeur

Président

Professeur

Professeur

Docteur en Médecine

Directrice

UNIVERSITE DES ANTILLES

FACULTE DE MEDECINE HYACINTHE BASTARAUD

Président de l'Université : Eustase JANKY

Doyen de la Faculté de Médecine : Raymond CESAIRE

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine: Suzy DUFLO

NEVIERE Rémi

Physiologie
CHU de MARTINIQUE

Pascal BLANCHET

Chirurgie Urologique ppn
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

André-Pierre UZEL

Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Pierre COUPPIE

Dermatologie
CH de CAYENNE

Thierry DAVID

Ophtalmologie
CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Suzy DUFLO

ORL – Chirurgie Cervico-Faciale
CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Eustase JANKY

Gynécologie-Obstétrique
CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

DE BANDT Michel

Rhumatologie
CHU de MARTINIQUE

François ROQUES

Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
CHU de MARTINIQUE

Jean ROUDIE

Chirurgie Digestive
CHU de MARTINIQUE

Jean-Louis ROUVILLAIN

Chirurgie Orthopédique
CHU de MARTINIQUE

SAINTE-ROSE Christian

Neurochirurgie Pédiatrique
CHU de MARTINIQUE

André CABIE

Maladies Infectieuses
CHU de MARTINIQUE

Philippe CABRE

Neurologie
CHU de MARTINIQUE

Raymond CESAIRE

**Bactériologie-Virologie-Hygiène option
virologie**
CHU de MARTINIQUE

Sébastien BREUREC

Bactériologie & Vénérologie
Hygiène hospitalière
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Maryvonne DUEYMES-BODENES

Immunologie
CH de CAYENNE

Annie LANNUZEL

Neurologie
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Louis JEHEL

Psychiatrie Adulte
CHU de MARTINIQUE

Mathieu NACHER

Epidémiologie
CH de CAYENNE

Michel CARLES

Anesthésie-Réanimation
CHU de POINTE-A-PITRE/BYMES

Magalie DEMAR-PIERRE

Parasitologie et Infectiologie
CH de CAYENNE

Vincent MOLINIE

Anatomie Cytologie Pathologique
CHU de MARTINIQUE

Philippe KADHEL

Gynécologie-Obstétrique
CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Jeannie HELENE-PELAGE

Médecine Générale
Cabinet libéral au Gosier

MEJDOUBI Mehdi

Radiologie et Imagerie
CHU de MARTINIQUE

VENISSAC Nicolas

**Chirurgie Thoracique
Et cardiovasculaire**
CHU de MARTINIQUE

DJOSSOU Félix

**Maladies Infectieuses
Et tropicales**
CH de CAYENNE

Christophe DELIGNY

Gériatrie et biologie du vieillissement
CHU de MARTINIQUE

Narcisse ELENGA

Pédiatrie
CH de CAYENNE

Karim FARID

Médecine Nucléaire
CHU de MARTINIQUE

Moustapha DRAME

Epidémiologie Economie de la Santé
CHU de MARTINIQUE

Professeurs des Universités Associé

Franciane GANE-TROPLENT

Médecine générale
Cabinet libéral les Abymes

Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

Jocelyn INAMO

Cardiologie
CHU de MARTINIQUE

Fritz-Line VELAYOUDOM épouse CEPHISE

Endocrinologie
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Marie-Laure LALANNE-MISTRIH

Nutrition
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

TABUE TEGUO Maturin

**Médecine interne : Gériatrie et biologie
Du vieillissement**
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

GELU-SIMEON Moana

Gastroentérologie
CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

BACCINI Véronique

Hématologie, Transfusion
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

MASSE Franck

Médecine Générale

CARRERE Philippe

Médecine Générale

Chefs de Clinique des Universités - Assistants des Hôpitaux

DARCHE Louis

Chirurgie Générale et Viscérale
CHU de MARTINIQUE

LEFEVRE Benjamin

Maladies Infectieuses
CHU de POINTE-A-PITRE

BUTORI Pauline	ORL CHU de POINTE-A-PITRE
BONIFAY Timothée	Médecin Générale CHU de Cayenne Croix rouge
DURTETTE Charlotte	Médecine Interne CHU de MARTINIQUE
RENARD Guillaume	Chirurgie Orthopédique CHU de MARTINIQUE
GUERIN Meggie	Parasitologie et Mycologie CH de CAYENNE
SYLVESTRE Emmanuelle	Maladies Infectieuses CHU de MARTINIQUE
POUY Sébastien	Cardiologie CHU de MARTINIQUE
DEBBAGH Hassan	Urologie CHU de MARTINIQUE
HENNO Florent	Anesthésiologie/Réanimation CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
BANCEL Paul	ORL CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
MONFORT Astrid	Cardiologie CHU de MARTINIQUE
PARIS Eric	Réanimation CHU POINTE-A-PITRE/ABYMES
JEREMIE Jean-Marc	Psychiatrie CHU de MARTINIQUE

TRAMIER Ambre

Gynécologie Obstétrique
CHU de POINTE- À –PITRE/ABYMES

PIERRE-JUSTIN Aurélie

Neurologie
CHU POINTE-A-PITRE/ABYMES

MOUREAUX Clément

Urologie
CHU POINTE-A-PITRE/ABYMES

CARPIN Jamila

Médecine Générale
Cabinet du Dr GANE-TROPLENT Franciane

PLACIDE Axiane

Médecine Générale
CHU de MARTINIQUE

NIEMETZKY Florence

Médecine Générale
CH de CAYENNE

BLAIZOT Romain

Dermatologie
CH de CAYENNE

A notre Président de jury

Monsieur le Professeur Rémi NEVIÈRE

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury de thèse et d'évaluer notre travail.

Nous admirons vos compétences humaines et pédagogiques.

Veillez trouver ici l'expression de nos sentiments respectueux.

A notre jury de thèse

Monsieur le Professeur André CABIE

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail.

Nous admirons vos qualités médicales et pédagogiques.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de notre profond respect.

A notre jury de thèse

Monsieur le Professeur Christophe DELIGNY

Vous nous faites l'honneur de siéger à ce jury.

Nous admirons vos connaissances et votre expérience.

Veillez trouver l'expression de notre profond respect.

A notre directrice de thèse

Madame le Docteur Aïssatou SIGNATE

Vous nous avez fait l'honneur de diriger ce travail.

Votre bienveillance, vos connaissances et votre expérience nous ont guidé tout au long de ce travail.

Nous vous remercions pour votre disponibilité.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de notre reconnaissance.

A Madame Rishika BANYDEEN

Pour son temps, sa gentillesse et pour avoir bénévolement accompagné la réalisation de ce travail.

Aux médecins généralistes libéraux de la Martinique qui ont accepté de participer à l'élaboration de ce travail.

Aux médecins du service de Neurologie du CHU de Martinique qui m'ont initié à la spécialité et dont les précieux conseils ont été rassurants lors de ce premier semestre d'internat. La transmission de leur intérêt pour les pathologies neuro-vasculaires a fait naître la volonté de mener ce travail.

A mes maîtres de stage

Qui ont participé à ma formation et m'ont permis de m'améliorer :

Les praticiens du service des urgences pédiatriques de la Maison de la Femme de la Mère et de l'Enfant,

Les praticiens du service de pédiatrie Aile A de la Maison de la Femme de la Mère et de l'Enfant,

Les praticiens et sages-femmes du service de gynécologie-obstétrique de la Maison de la Femme de la Mère et de l'Enfant,

Les praticiens du service des urgences du CHU de Martinique,

Les praticiens du service de Diabétologie-Endocrinologie du CHU de Martinique,

Docteur Alice MONTHIEUX,

Docteur Renée MERAUT-SALOMON,

Docteur Francis PECOUT,

Docteur Maxime MALEPART,

A mes co-internes

A ma mère

Pour ton amour, ta présence, ton soutien indéfectible, ta patience.

L'aventure de ma naissance n'a pas été facile, celle de mon éducation encore moins mais j'ai toujours pu compter sur toi.

Tu as fait de moi celle que je suis aujourd'hui.

J'espère te rendre fière.

A mes grands-parents

Pour votre amour, votre soutien et votre sagesse.

Pour m'avoir transmis vos valeurs.

Pour être des exemples de courage au quotidien.

A mes cousins

Mes frères et sœurs de cœur.

Pour avoir grandi avec moi.

A ma famille

Pour son soutien durant ces études de médecine

Pour leurs encouragements.

A mes amies

Aurélie, Carine, les 2 Célia, Charlotte, Elodie, Méryl

Avec qui je rentre dans ma vie d'adulte.

A Victoriane, Maÿhlee et Ahëlys

INTRODUCTION

In Martinique, French West Indies, hospital environment is not adapted to deal with TIA. The involvement of general practioners is important to limelight in this context. The aim of the study was to describe the practices and the knowledge of general practioners in the management of TIA, in Martinique.

MATERIAL AND METHODS

A qualitative and monocentric study analyzed the practices of general practioners working in office, in Martinique.

A sample of 15 physicians was made from the 4 geographic sectors decided by the ARS.

After an appointment was set on the phone, the doctors were interviewed in person. They had to answer a semi-directed interview made of 6 questions involving the definition of the early-stage management and follow-up of TIA in ambulatory care.

RESULTS

In overall, the definition of TIA was not well known by the general practioners interviewed. Its early-stage management was on track according to the current guidelines, except for the delay of management, in hospital environment and in office. In ambulatory care, it was explained by a difficulty to get access to additional tests and specialists.

The follow-up was adapted to the secondary prevention measures for neurovascular pathology but the obstacles were a lack of compliance from the patients and the difficulties to get access to specialists and additional tests.

DISCUSSION

An emphasis on the information to patients, training to physicians and an easier access to additional tests and specialists would be necessary for a better management of TIA.

- **AIT** : Accident Ischémique Transitoire
- **TIA** : Transcient Ischemic Attack
- **AVC** : Accident Vasculaire Cérébral
- **ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
- **UNV** : Unité Neuro-Vasculaire
- **CHUM** : Centre Hospitalier Universitaire de Martinique
- **DREES** : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
- **HTA** : Hypertension Artérielle
- **ERMANCIA** : Étude Réalisée en Martinique et Centrée sur l'Incidence des Accidents vasculaires cérébraux
- **HAS** : Haute Autorité de Santé
- **IRM** : Imagerie par Résonance Magnétique
- **ECG** : Electro-CardioGramme
- **NFS** : Numération Formule Sanguine
- **CRP** : C Reactive Protein
- **VS** : Vitesse de Sédimentation
- **TP** : Temps de Prothrombine
- **TCA** : Temps de Céphaline Activée
- **ARS** : Agence Régionale de Santé
- **SAMU** : Service d'Aide Médicale Urgente
- **EHPAD** : Établissement d'Hébergement pour Personne Âgée Dépendante
- **ALD** : Affection Longue Durée
- **MAPA** : Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle

- **EEG** : Electro-EncéphaloGramme
- Pôle **RASSUR** : pôle Réanimation Anesthésie SAMU SMUR Urgences

I.INTRODUCTION	17
1.1 Contexte	17
1.2 Définition.....	17
1.3 Physiopathologie	18
1.4 Épidémiologie.....	19
1.4.1 Quelques chiffres sur l'AIT : enjeu de la prise en charge.....	19
1.4.2 AIT et facteurs de risque	20
1.5 Recommandations et modalité de prise en charge	23
1.6 Problématique de recherche	24
1.7 Étude proposée	25
II. Objectif de l'étude.....	26
III.MATERIEL ET METHODES	28
3.1 Étude proposée	28
3.2 Population de l'étude	28
3.3 Méthodologie d'enquête	29
3.4 Élaboration du questionnaire.....	29
3.5 Réalisation des entretiens.....	30
3.6 Retranscription des entretiens.....	31
3.7 Recueil des données.....	31
3.8 Traitement des données	32
IV.RESULTATS	33
4.1 Description de l'échantillon	33
4.2 Thème 1 : définition de l'AIT	34
4.3 Thème 2 : prise en charge de l'AIT à la phase aigue	38
4.3.1 Lieu de la prise en charge.....	38
4.3.2 Prise en charge diagnostique	40
4.3.3 Prise en charge étiologique.....	43
4.3.4 Prise en charge thérapeutique.....	45
4.3.5 Difficultés rencontrées lors de la prise en charge.....	45
4.3.6 Axes d'amélioration de la prise en charge des AIT	48
4.4 Thème 3 : suivi de l'AIT	50
4.4.1 Suivi clinique.....	50
4.4.2 Suivi biologique	52
4.4.3 Autres examens complémentaires du suivi	52

4.4.4 Suivi thérapeutique	54
4.4.5 Intérêt du suivi	55
4.4.6 Difficultés liées au suivi de l'AIT	56
4.4.7 Améliorations à apporter au suivi	57
V.DISCUSION.....	60
5.1 Définition de l'AIT.....	60
5.2 Prise en charge de l'AIT à la phase aiguë	61
5.2.1 Délai de prise en charge	61
5.2.2 Recours à la voie hospitalière	62
5.2.3 Organisation de la prise en charge en ambulatoire.....	63
5.2.4 Information des patients et formation des médecins	65
5.2.5 Les solutions	66
5.3 Suivi de l'AIT	67
5.3.1 Organisation du suivi.....	67
5.3.2 Place du neurologue dans le suivi	68
5.3.3 Pistes d'amélioration du suivi	68
5.4 Activités annexes et prise en charge.....	69
5.5 Forces et faiblesses de l'étude	70
5.5.1 Type d'étude	70
5.5.2 Choix de la population étudiée	70
5.5.3 Élaboration des entretiens	71
5.5.4 Biais lié au recueil des données	71
VI.CONCLUSION.....	73
VII.BIBLIOGRAPHIE	75

I.INTRODUCTION

1.1 Contexte

Parmi les pathologies neuro-vasculaires, les Accidents Ischémiques Transitoires (AIT) peuvent être considérés comme une première alerte réversible mais dont la prise en charge précoce et adaptée est essentielle afin d'éviter la survenue d'un accident vasculaire cérébral constitué. Malgré ce constat, l'AIT reste une pathologie peu connue du grand public et peu étudiée par les sociétés savantes. En effet, il n'y a pas de chiffres renseignant sur l'incidence ou la prévalence des AIT sur le plan national ou régional mais quelques études internationales et nationales se sont penchées sur leur prise en charge et les moyens à mettre en œuvre pour la rendre la plus efficace possible compte tenu de l'importance de l'enjeu médical et social.

Dans ce contexte, il paraît intéressant d'étudier l'état des connaissances et des pratiques en matière d'AIT dans notre région où les pathologies cardio-vasculaires ont une forte prévalence et de se pencher sur le rôle indispensable du médecin généraliste, souvent en première ligne, dans la prise en charge de cette pathologie.

1.2 Définition

Selon la définition du « TIA (Transient Ischemic Attack) working group », un AIT est un épisode bref de dysfonction neurologique dû à une ischémie focale cérébrale ou rétinienne, dont les symptômes cliniques durent typiquement moins d'une heure, sans preuve d'infarctus aigu à l'imagerie cérébrale. Sur le plan clinique, il peut se manifester par les mêmes symptômes que ceux d'un accident vasculaire cérébral (AVC) :

- un trouble de la parole (aphasie, dysarthrie),
- une paralysie faciale centrale, un déficit moteur d'un bras ou d'un hémicorps,
- des troubles visuels.
- des troubles sensitifs uni ou bilatéraux.

Ces symptômes se caractérisent par leur installation très brutale faisant évoquer un mécanisme vasculaire. Ils régressent le plus souvent en quelques minutes.

Cette définition, bien que dépendante de l'accessibilité à l'imagerie médicale et controversée sur le plan du critère temporel, a été retenue comme étant celle présentant le moins d'inconvénients par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) en 2004 (1).

1.3 Physiopathologie

L'AIT, comme l'AVC ischémique, résulte de l'arrêt du flux sanguin dans une artère cérébrale à cause d'un thrombus. La spécificité de l'AIT consiste dans le fait que l'obstacle créé par ce thrombus soit levé rapidement, avant qu'apparaissent des lésions cérébrales irréversibles, visibles à l'imagerie. Cependant, l'arrêt du flux sanguin, même bref, provoque un arrêt de fonctionnement des synapses dans la région cérébrale irriguée par l'artère occluse et, par conséquent, un déficit neurologique dépendant de la zone cérébrale en question (2).

Le thrombus peut se constituer sur la paroi d'une artère cérébrale à l'endroit d'une plaque d'athérome ou provenir soit du cœur (pathologies cardio-emboliques : fibrillation auriculaire, valves mécaniques, altération de la fonction cardiaque) soit d'une artère pré-cérébrale (athérome carotidien, vertébral ou de la crosse aortique, dissection des artères cervicales ou de l'aorte). Une pathologie générale pro-coagulante peut aussi être à l'origine de la formation de thrombi au niveau des artères cérébrales.

1.4 Épidémiologie

1.4.1 Quelques chiffres sur l'AIT : enjeu de la prise en charge

Il n'existe pas de chiffres concernant l'incidence et la prévalence de l'AIT sur le plan international, national ou régional. Cela pourrait s'expliquer par le fait que son diagnostic reste difficile à faire en pratique. En effet, certains signes cliniques peuvent être similaires à ceux de diagnostics différentiels tels que les auras migraineuses ou leur diagnostic peut être méconnu s'il est rapidement suivi d'un AVC ou si le patient, du fait du caractère rapidement réversible des symptômes, n'a pas consulté ou n'a pas été bien orienté.

En revanche son lien avec la survenue d'un AVC est clairement établi par plusieurs études.

En effet, une étude confirme qu'un AIT a 5% de risque d'être suivi d'un AVC dans les premières 48h suivant sa survenue. Ce risque est estimé 10% à 1 mois et est entre 10 et 17% à 3 mois (3).

Par ailleurs, d'autres études soulignent les bénéfices d'une prise en charge précoce. Une prise en charge de l'AIT dans les 24 heures suivant sa survenue diminue de près de 80% le risque d'AVC au décours et diminue de 90% la durée d'hospitalisation et donc le coût de la prise en charge (4). La diminution du risque d'AVC au décours se vérifie également sur le long terme, à 1 an et 5 ans selon de récentes études (5) (6).

Afin de comprendre l'enjeu que représente la prise en charge optimale de l'AIT, il convient de rappeler en quoi l'AVC est une pathologie grave.

Selon le rapport national sur la prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France de 2009, l'AVC est un enjeu de santé publique majeur qui représente un coût important pour l'assurance maladie (7). En 2014, le taux d'incidence de l'AVC ischémique en France était de 112.8 pour 100 000 habitants et il était de 39.9 pour 100 000

habitants pour les AVC hémorragiques (8). On compte environ 130 000 cas par an en France hexagonale (9). En 2012, le taux d'incidence de l'AVC en Martinique était de 146.6 pour 100 000 habitants (10). Les AVC représentent la 3^{ème} cause de mortalité chez l'homme et la 1^{ère} cause de mortalité chez la femme en France. Le taux standardisé de mortalité par AVC tous sexes, en France, confondus était de 44.7 pour 100 000 habitants en 2013. (11). Ils ont certes un impact sur la morbidité et la mortalité à la phase aiguë mais également à distance de l'évènement (12) (13). Ils constituent d'ailleurs la 1^{ère} cause de handicap acquis et la 2^{ème} cause de démence après la maladie d'Alzheimer en France. Une étude réalisée en Martinique en 2010 retrouve un taux élevé (58,9%) de troubles cognitifs chez les patients ayant présenté un AVC (14).

1.4.2 AIT et facteurs de risque

Comme dit dans le chapitre précédent, les pathologies neuro-vasculaires, l'AIT et l'AVC, résultent de 2 principaux mécanismes : athérombotique ou cardio-embolique.

Les facteurs de risque des AIT d'origine athérombotique sont ceux de l'athérosclérose à savoir : hypertension artérielle (HTA), diabète, hypercholestérolémie, sédentarité, tabac et mauvaise alimentation.

Le rapport national de 2009 souligne également que les pathologies neuro-vasculaires restent accessibles à la prévention devant le caractère réversible de ces facteurs de risque cardiovasculaire (7).

Dans les régions ultramarines, plus précisément en Martinique, la prévalence de ces facteurs de risque cardiovasculaire est plus importante qu'en France hexagonale. Ce constat expose les populations de ces territoires à une plus forte prévalence des maladies cardiovasculaires et donc en particulier des maladies neuro-vasculaires comme le montre l'étude ERMANCIA

menée en 1999 (15). La forte prévalence des facteurs de risque cardiovasculaire est aussi retrouvée dans l'étude ERMANCIA 2 menée en 2012, en Martinique, cherchant à étudier l'impact des mesures de prévention sur l'incidence du 1^{er} AVC entre une première cohorte de patients et une cohorte de patients étudiée entre 2011 et 2012 (10). Aussi, elle montre une efficacité des mesures de prévention avec une diminution de l'incidence du 1^{er} AVC. On retrouve une fréquence similaire du diabète et de l'HTA dans les 2 cohortes alors que de nouveaux facteurs de risque tels que la dyslipidémie, le tabagisme ou la fibrillation auriculaire sont en augmentation. De plus cette diminution de l'incidence n'est significative que pour les femmes. Cette étude conclut donc qu'un nouveau travail de prévention est nécessaire en prenant en compte ces nouveaux facteurs de risque.

D'autres études, récentes, confirment la prévalence plus élevée de certains facteurs de risque cardiovasculaire. En effet, une étude menée sur la prévalence de l'HTA en population générale à la Martinique, menée en 2009, retrouve une prévalence de l'HTA de 22,5% sur le territoire versus 18% en France hexagonale (16). Cette étude fait également le lien entre l'HTA et la surcharge pondérale ou l'obésité, pour lesquelles on retrouve des prévalences respectives de 33,1% et 20,1%, en précisant que la surcharge pondérale est plus fréquente chez les hypertendus que chez les normotendus (73% versus 47,4%).

L'étude KANNARI, en 2013, étudie la prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité en Martinique et en Guadeloupe (17). En Martinique la prévalence du surpoids est de 31% chez les femmes et les hommes et la prévalence de l'obésité est de 33% chez les femmes et 21% chez les hommes. Cette étude étudie aussi la prévalence de l'obésité abdominale, reconnue comme l'un des facteurs de risque cardio-vasculaires. En Martinique, elle est de 47% chez les hommes et 70% chez les femmes.

La comparaison entre les chiffres en Martinique et les chiffres nationaux, montre pour les hommes, une prévalence similaire de l'obésité (12%) et une prévalence supérieure du surpoids en Martinique avec 39% versus 35%. Pour les femmes, une prévalence supérieure en Martinique pour le surpoids (30% versus 24%) et pour l'obésité (21% versus 12%).

En ce qui concerne le diabète, une étude concernant la prévalence du diabète traité et les disparités territoriales en France en 2012, retrouve une plus forte prévalence du diabète dans les régions ultramarines par rapport à la France hexagonale (18). En effet, la prévalence moyenne du diabète traité en France en 2012 atteint 4,6% alors que pour cette même année elle est de 9,24% en Martinique, 8,30% en Guadeloupe et 7,12% en Guyane. Cette étude révèle également que, à l'inverse de la Métropole, la prévalence du diabète est plus élevée chez les femmes que chez les hommes avec un sex ratio Homme/Femme de 0,8 pour les Antilles-Guyane.

Par contre, pour ce qui est du tabagisme, les premiers résultats du baromètre santé DOM 2014, retrouve une prévalence du tabagisme basse en Martinique, même si la prévalence du tabagisme quotidien est en augmentation par rapport à 2004 et 2011. En effet, les martiniquais âgés de 15 à 75 ans fument moitié moins que leurs homologues de l'Hexagone (15% vs 28%), avec une prévalence du tabagisme quotidien plus élevée chez les hommes que chez les femmes (20% contre 11% en Martinique, 32% contre 24% dans l'Hexagone) (19).

Aussi, la principale cause d'AIT ou d'AVC d'origine cardio-embolique est la fibrillation auriculaire, pathologie qui peut, entre autre, être la conséquence d'une cardiopathie hypertensive due à une HTA mal contrôlée.

De plus, un autre paramètre à prendre en compte est le vieillissement de la population. En effet, la prévalence des pathologies neuro-vasculaires est plus importante chez les patients de plus de 65 ans (19). Là encore, les Antilles Françaises, plus particulièrement la Martinique,

ont une population qui est plus à risque que celle de la France hexagonale. La Martinique a une des populations les plus vieilles de France, les prévisions annoncent qu'en 2030, la part des seniors en Martinique sera de 39,6% versus 30% en France hexagonale (20).

1.5 Recommandations et modalité de prise en charge

En 2007, la Haute Autorité de Santé (HAS) a établi une liste de critères de qualité concernant la prise en charge de patients présentant des signes d'AIT probable datant de moins d'une semaine. Le but principal de la démarche est de diminuer la morbidité et la mortalité par AVC chez ces patients. Les critères de qualité sont donc centrés sur la nécessité d'une prise en charge rapide, en pratique dans la journée, au plus tard dans les 24 heures suivant le diagnostic de l'AIT (21).

La liste des critères est fonction du choix de prise en charge du patient : ambulatoire, hospitalier ou ambulatoire puis hospitalier. Cette décision doit dépendre notamment de la capacité du médecin ou de la structure recevant le patient à obtenir des examens complémentaires dans la journée.

Dans le cadre d'une prise en charge ambulatoire ou hospitalière, les critères de qualité sont les suivants :

- Poser rapidement le diagnostic d'AIT avec notamment la réalisation d'une imagerie cérébrale (IRM ou scanner sans injection) ;
- Réaliser un premier bilan étiologique d'AIT comprenant un ECG à la recherche de trouble du rythme, une recherche de sténose des vaisseaux du cou avec soit un échodoppler des troncs supra-aortiques, un angioscanner ou une angiIRM, une recherche de facteurs de risque cardiovasculaire et de contre-indication au

traitement antithrombotique par un bilan biologique comprenant au moins : NFS, plaquettes, CRP, VS, ionogramme, créatininémie, glycémie, TP, TCA ;

- Mettre en place le plus rapidement possible un traitement de prévention secondaire par aspirine à la dose de 160 à 300 mg par jour.

Dans le cadre d'une prise en charge avec orientation d'emblée vers une structure spécialisée, les critères de qualité sont les suivants :

- Poser rapidement le diagnostic de l'AIT en se basant sur la clinique ;
- Adresser le plus rapidement le patient vers une structure de prise en charge spécialisée.

Ces critères de qualités constituent les objectifs de la prise en charge d'un patient présentant un AIT récent, selon les recommandations en vigueur.

1.6 Problématique de recherche

En Martinique, les patients présentant des AIT semblent souvent pris en charge dans l'UNV du CHU, soit parce qu'ils ont consulté en premier recours aux urgences soit parce qu'ils y ont été adressés après appel des secours. Cependant malgré le caractère urgent de leur prise en charge, le plateau technique du centre hospitalier ne semble pas capable de fournir les examens complémentaires dans le délai recommandé de 24 heures. Le bilan des AVC, ne nécessitant pas une réalisation aussi rapide, n'est jamais réalisé en 24 heures. En effet l'accès aux différentes explorations que sont les IRM encéphaliques, les angioscanners des troncs supra-aortiques et du polygone de Willis ou les échodopplers des artères cervicales ainsi que surtout les échocardiographies trans-thoraciques et trans-oesophagiennes n'est

pas encore fluide en raison du nombre important de patients. L'ensemble du bilan paraclinique demande le plus souvent au moins une semaine pour son achèvement. Nous pouvons conclure que l'UNV du CHUM ne semble pas être aujourd'hui le lieu le plus adapté à la prise en charge des AIT dans les 24 heures.

Ce constat met l'accent sur l'intérêt de l'implication des médecins généralistes en premier recours dans la prise en charge des AIT et de l'organisation de cette prise en charge en dehors de l'UNV. Pour envisager une prise en charge ambulatoire de l'AIT, nous devons nous pencher sur les connaissances des médecins généralistes sur l'AIT et sa prise en charge, l'AIT qui, rappelons-le, est la 1^{ère} alerte de pathologies neuro-vasculaires et dont la prise en charge optimale a pour but d'éviter la survenue d'un AVC constitué. Nous cherchons donc à vérifier le respect des recommandations actuelles mais aussi identifier les éventuelles difficultés rencontrées par ces médecins généralistes qui seront en première ligne dans la prise en charge, dans l'orientation et le suivi du patient présentant un AIT.

1.7 Étude proposée

Nous proposons de mener une étude qualitative exploratoire monocentrique qui décrirait les conduites des médecins généralistes dans la prise en charge, en Martinique, de l'AIT, pathologie encore peu décrite dans la littérature médicale et scientifique. Elle se base sur l'étude d'entretiens individuels semi-structurés sur un échantillon aléatoire de médecins généralistes installés en Martinique réalisés en Juin 2018.

Cette étude apporte les premières données sur les connaissances, attitudes et comportements des médecins généralistes en Martinique au sujet de l'AIT en prenant en compte les spécificités de notre territoire.

II. Objectif de l'étude

Cette étude qualitative et exploratoire a pour objectif de décrire les connaissances, attitudes et comportements d'un échantillon aléatoire de médecins généralistes dans la prise en charge de l'AIT en ambulatoire en Martinique

III.MATERIEL ET METHODES

3.1 Étude proposée

Nous proposons une étude qualitative exploratoire à visée descriptive menée du 1^{er} au 30 juin 2018 sur un échantillon aléatoire de médecins généralistes en Martinique.

Le choix d'une étude qualitative se justifie par le fait que ce sujet soit peu décrit dans la littérature médicale et scientifique au niveau national et international, il n'est d'ailleurs pas décrit en Martinique. Il s'agit donc, avant tout, de dresser un premier bilan au travers d'une approche exploratoire qualitative.

3.2 Population de l'étude

Les médecins généralistes inclus dans l'étude devaient être installés en libéral en Martinique et répartis sur les 4 secteurs ARS de la Martinique (Annexe 1). A partir de la liste fournie par l'ordre des médecins de la Martinique, un échantillon de 5 médecins généralistes libéraux de la Martinique a été constitué par tirage au sort dans chaque secteur géographique défini par l'ARS, pour atteindre le nombre de 20 médecins au total. Puis l'échantillon a été constitué par un tirage au sort de ces médecins généralistes libéraux de la Martinique, à partir de la liste des médecins fournie par l'ordre des médecins de la Martinique, dans le but d'atteindre le nombre 5 médecins par secteurs ARS soit 20 médecins au total.

Les principaux critères d'exclusion étaient le refus du praticien à participer à l'étude lors du premier contact téléphonique et l'annulation du rendez-vous fixé lors de ce même entretien téléphonique. Nous tentions de convenir d'une nouvelle date de rendez-vous par relances téléphoniques. Nous n'excédions pas le nombre de 2 relances.

3.3 Méthodologie d'enquête

Nous avons choisi de mener des entretiens individuels semi-structurés afin de permettre aux médecins généralistes participant d'être en confiance et de ne pas être influencé ni par le questionnaire utilisé ni par d'autres collègues. Le recueil des données était interrompu lorsqu'il ne permettait plus d'apporter d'éléments nouveaux selon le principe de saturation des données. Lors des entretiens, nous avons modifié, lorsque cela était nécessaire, la trame du questionnaire en reformulant les questions selon le principe de l'approche itérative.

3.4 Élaboration du questionnaire

Les entretiens individuels étaient basés sur un questionnaire semi-structuré composé de 6 questions ouvertes portant sur : la définition, la prise en charge et le suivi des AIT en médecine de ville. (Annexe 2)

Il était important de faire apparaître ces 3 thématiques afin d'étudier la prise en charge de l'AIT de son diagnostic jusqu'à son suivi et non pas uniquement à sa phase aiguë.

La trame du questionnaire a été plusieurs fois revue et corrigée avec un neurologue hospitalier avant d'être testée lors d'un entretien en condition réelle avec une médecin généraliste installée qui a été, de ce fait, exclue de l'analyse des résultats.

La trame du questionnaire a été modifiée, en reformulant certaines questions, lorsque cela était nécessaire au fil des entretiens afin de ne pas perturber le rythme des entretiens et de permettre aux médecins de s'exprimer sans retenue sur le sujet étudié.

3.5 Réalisation des entretiens

Les médecins de l'échantillon étaient contactés par téléphone afin d'obtenir leur accord pour participer à l'étude et de convenir d'un rendez-vous pour un entretien enregistré d'environ 15 minutes à leur cabinet ou dans tout autre lieu de leur choix.

Les entretiens se sont déroulés le plus souvent sur le lieu de travail des médecins généralistes (cabinet ou autre). Ils étaient menés par l'étudiante en médecine MOBETIE J. et débutaient par quelques questions concernant l'activité professionnelle du praticien : « depuis quand êtes-vous installé ? », « quels sont vos secteurs d'activités ? », « avez-vous ou avez-vous eu une activité hospitalière ? » « avez-vous ou avez-vous eu d'autres responsabilités au sein d'associations ou de réseau ? ». Ces quelques questions permettaient de faire connaissance avec le médecin et d'installer un climat de confiance avant de débiter le questionnaire sur l'AIT.

Une fois ces informations relevées, l'étudiante expliquait le principe de l'entretien semi dirigé au médecin et l'enregistrement pouvait commencer. Il était enregistré grâce à l'outil dictaphone d'un smartphone, choisi pour sa discrétion et pour la facilité d'utilisation des fichiers de format mp4 recueillis en vue d'une transcription écrite ultérieure. Des notes écrites étaient également prises dans un carnet pour relever les idées importantes et marquantes.

Lors des entretiens, l'étudiante était attentive à laisser le praticien s'exprimer le plus possible et n'intervenait que pour relancer la discussion si besoin. Ceci dans le souci de ne pas l'influencer et de le laisser exprimer ses idées et son expérience.

Au terme de l'entretien l'étudiante remerciait le médecin de lui avoir accordé un peu de son temps et lui proposait de lui faire parvenir les résultats de l'étude une fois qu'elle aura été achevée.

3.6 Retranscription des entretiens

Les fichiers audios étaient transférés sur un ordinateur puis retranscrits par écrit grâce au logiciel de traitement de texte Microsoft Word. Pour chaque entretien nous disposions ainsi d'une version audio et une version écrite.

Plusieurs écoutes ont été nécessaires avant et lors de la retranscription écrite afin de conserver fidèlement toutes les expressions et les familiarités utilisées par les médecins interrogés.

Tous les fichiers retranscrits étaient rendus anonymes et étaient classés selon l'ordre chronologique du recueil et le secteur ARS au sein duquel ils avaient été enregistrés. Chaque fichier retranscrit débutait par une phrase d'introduction comportant : le sexe, le nombre d'années d'installation et les activités annexes du médecin concerné.

Un code couleur avait été établi pour différencier les propos du médecin de ceux de l'enquêteur afin de faciliter les relectures et l'analyse.

3.7 Recueil des données

En plus des données portant sur la prise en charge de l'AIT, les entretiens permettaient de relever des informations complémentaires qui seraient utilisées lors de l'analyse des données telles que : la localisation des praticiens sur les différents secteurs ARS de la région, leur nombre d'année d'installation, leur sexe et leurs activités annexes. L'utilisation de ces informations lors de l'analyse des données nous permettrait d'explorer toutes les facettes de l'expérience vécue par les médecins généralistes dans la problématique de la prise en charge de l'AIT en ambulatoire.

3.8 Traitement des données

Afin d'étudier la prise en charge de l'AIT par les médecins généralistes installés en ville nous avons défini 3 thèmes autour desquels nous avons rédigé le questionnaire : la définition, la prise en charge aigue et le suivi des AIT.

Ces thèmes étaient ensuite détaillés en sous thèmes. Chaque entretien retranscrit a été relu au moins 3 fois afin de dégager les extraits pouvant correspondre à ces thèmes et sous thèmes, appelés par la suite verbatim. Les idées nouvelles ne correspondant pas aux thèmes et sous thèmes prédéfinis étaient classés à part et utilisés, par la suite, pour des analyses complémentaires.

Les résultats correspondant aux verbatim étaient présentés sous la forme d'effectifs et de fréquences.

IV.RESULTATS

4.1 Description de l'échantillon

Lors de cette étude, 20 médecins généralistes ont été tirés au sort. La saturation des données ayant été obtenue au bout de 15 entretiens, le recueil des données a donc été interrompu et 15 médecins généralistes libéraux ont été, au final, inclus dans l'étude.

Parmi ces médecins il y avait 9 hommes et 6 femmes.

Selon le découpage en secteur ARS, il y avait : 4 médecins (soit 27%) du secteur Nord Atlantique, 3 médecins (soit 20%) du secteur Centre, 5 médecins (soit 33%) du secteur Sud, 3 médecins (soit 20%) du secteur Nord Caraïbe (Annexe 1).

Le nombre d'années d'installation variait entre 8 et 40 ans soit une moyenne de $23,2 \pm 10$ ans.

L'échantillon comportait 7 médecins (M1, M3, M4, M5, M6, M9, M15) ayant toujours eu une activité ambulatoire (dont 4 avec une activité strictement libérale en cabinet), 3 médecins ayant travaillé ou travaillant au SAMU (M2, M10, M14) et 6 médecins (M2, M7, M8, M11, M12, M13) ayant travaillé ou travaillant dans le milieu hospitalier (dont 1 médecin ayant travaillé à la fois au SAMU et en hospitalier).

5 praticiens travaillaient ou avaient travaillé au sein de réseaux de santé ou d'associations (M7, M8, M9, M13, M15).

3 médecins étaient également médecins référents pour des EHPAD (M7, M10, M14).

2 médecins avaient une orientation gynécologique dans leur pratique (M3, M9)..

1 médecin était diplômé en nutrition (M3).

1 médecin avait travaillé dans un dispensaire (M5), 1 médecin était installé en maison de santé (M15), 1 médecin intervenait dans des écoles et travaillait dans un planning familial

(M9). Les différentes activités des médecins généralistes de l'échantillon sont rappelées dans la figure 1.

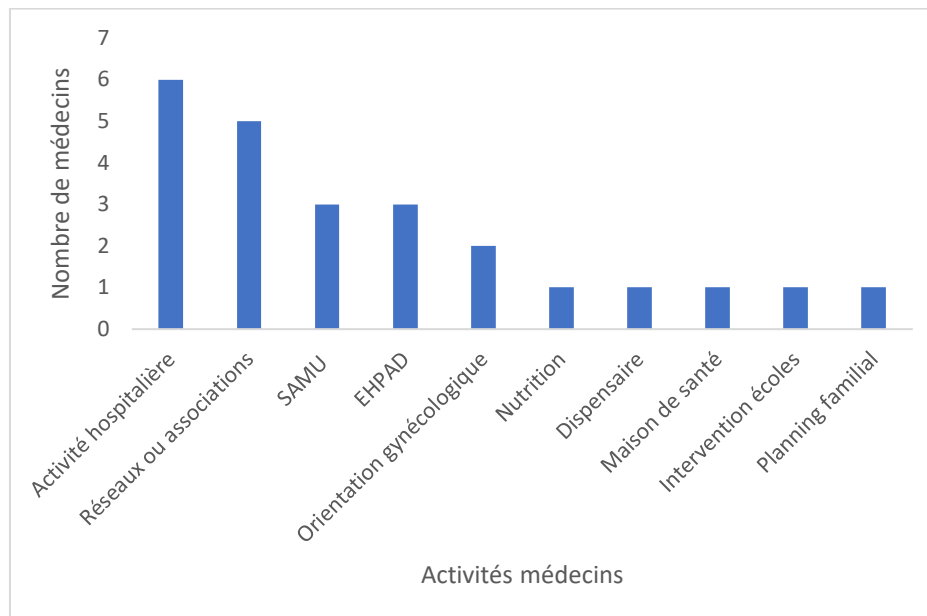


Figure 1 : Répartition des activités annexes des 15 médecins généralistes participant à l'étude sur la prise en charge des Accidents Ischémiques Transitoires (AIT) en médecine de ville en Martinique en Juin 2018.

4.2 Thème 1 : définition de l'AIT

- Sur le plan clinique

Tous les intervenants interrogés ont défini l'AIT comme l'apparition de signes neurologiques déficitaires excepté le médecin de l'entretien n°14 (M14) qui l'a défini comme « une absence, un arrêt brutal ».

La notion d'épisode transitoire a été rapportée par 7 médecins (soit 47% : M3, M5, M6, M7, M9, M10 et M12). En revanche seuls les médecins M10 et M12 avaient précisé une durée, respectivement 6 heures et 10-15 minutes.

M1 était le seul praticien à avoir mentionné l'apparition brutale des signes.

3 médecins (soit 20% : M2, M7 et M15) avaient souligné l'importance de l'interrogatoire et de l'anamnèse dans le diagnostic de l'AIT. Ceci rejoignait le point de vue des médecins M6 et M13 qui évoquaient un diagnostic « a posteriori » car les signes cliniques avaient soit disparu à la consultation soit disparaissaient lors de la prise en charge. Le médecin M4 insistait sur le fait que ce genre d'épisodes devaient être considérés comme des AVC jusqu'à preuve du contraire.

Les médecins M2 et M7 recherchaient systématiquement des diagnostics différentiels plus fréquents que l'AIT selon leur expertise, ce qui faisait de l'AIT un diagnostic d'élimination pour eux.

Une absence pouvait être un symptôme d'AIT pour les médecins M2 et M3. Pour M4, « toute anomalie en fonction de l'état initial du patient » devait faire évoquer le diagnostic d'AIT.

Afin de compléter la définition clinique, M8 considérait l'AIT comme une « alerte avant l'AVC » et M9 le classait dans la famille des pathologies chroniques cardiovasculaires.

- Sur le plan radiologique

Aucun des médecins interrogés n'avait donné de définition radiologique de l'AIT du point de vue de l'imagerie.

La figure 2 reprend les réponses des médecins généralistes interrogés sur la définition clinique et radiologique de l'AIT.

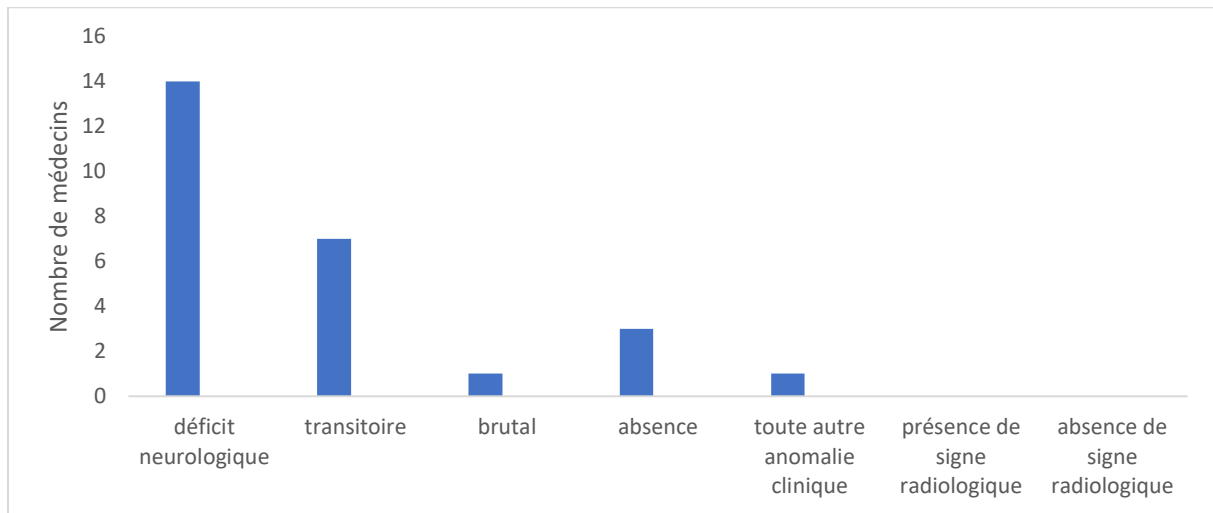


Figure 2 : La définition clinico-radiologique de l'AIT selon 15 médecins généralistes libéraux ayant participé à l'étude qualitative sur les AIT menée en Martinique en Juin 2018.

- Profil des patients présentant un AIT

Tous les médecins exceptés M12 et M13 avaient identifié les patients présentant des facteurs de risque cardiovasculaire comme plus à risque de présenter un AIT. Cependant M12 précisait que selon ses observations, le profil de patients avait changé. L'AIT pouvait toucher des personnes plus jeunes qu'auparavant, ne présentant pas de pathologies cardiovasculaires classiques telles que l'hypertension artérielle et le diabète mais qu'elles étaient, pour la plupart, sédentaires et consommaient de la « malbouffe ».

M14 avait remarqué que l'AIT pouvait survenir chez des patients avec ou sans facteurs de risque cardiovasculaire.

Les médecins M3, M6 et M14 reconnaissaient les personnes âgées, au-delà de 50 ans, comme plus à risque d'AVC. Tandis que M12 et M15 reconnaissaient un risque plus

important pour les sujets jeunes. M15 précisait que selon lui l'AIT survenait sur des patients plus jeunes que l'AVC.

Pour les médecins M7 et M9, l'AIT touchait classiquement les patients âgés avec facteurs de risque cardiovasculaire mais aussi certains patients jeunes avec des profils particuliers, respectivement des malformations vasculaires cérébrales ou des antécédents familiaux jeunes.

En revanche pour les médecins M1, M4 et M11, l'AIT pouvait survenir chez tout profil de patients, âgés ou jeunes, avec ou sans facteurs de risque cardiovasculaire, M1 précisant que les facteurs de risque pouvant être présents mais inconnus au moment de l'épisode. D'autres facteurs favorisants avaient été rapportés tels que la non observance thérapeutique pour M2 et le stress et l'anxiété pour M4.

Certains médecins avaient remarqué des profils de patients particuliers. En effet, pour M7 les femmes et les hommes en couples étaient plus fréquemment vus car consultaient plus facilement que les hommes vivant seuls qui avaient tendance à minimiser cet épisode spontanément résolutif. Pour M15, on devait tenir compte des femmes avec des facteurs de risque particulier comme la prise de pilule contraceptive oestro-progestative. Les principaux profils de patients à risque de présenter un AIT selon les médecins interrogés sont présentés dans la figure 3.

M13 n'avait pas d'opinion sur le profil des patients le plus fréquemment touchés par l'AIT car pour lui de diagnostic était trop peu fréquent pour établir un profil de patients plus à risque, il précisait qu'aucune étude n'avait été menée à ce sujet.

Les médecins M10 et M15 avaient également souligné le caractère peu fréquent dans leur patientèle de ce diagnostic.

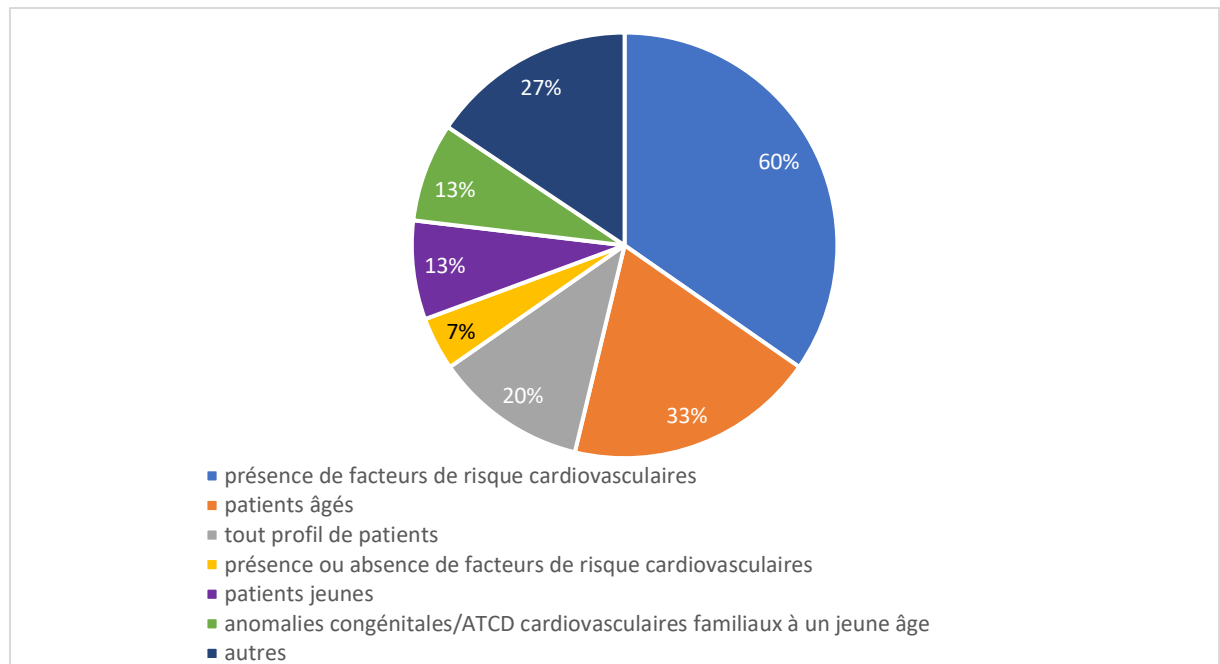


Figure 3 : Principaux profils de patients à risque de présenter un AIT déclarés par les médecins généralistes libéraux participant à l'étude qualitative sur les AIT en Martinique menée en Juin 2018.

4.3 Thème 2 : prise en charge de l'AIT à la phase aigue

4.3.1 Lieu de la prise en charge

3 praticiens (soit 20%) faisaient appel d'emblée au SAMU pour prendre en charge les patients consultant pour un AIT : M1, M11 et M14. M14 précisait qu'il faisait appel au SAMU pour les personnes âgées afin d'avoir un bilan rapidement. Il ajoutait qu'il posait parfois le diagnostic en ambulatoire puis demandait une hospitalisation afin d'effectuer le bilan étiologique.

2 autres médecins (soit 13% :M9 et M12) faisaient appel à la voie hospitalière (non SAMU).

M2, M5, M8, M15 (soit 27%) prenaient en charge les AIT en ambulatoire. Pour M15, l'hôpital n'était pas le lieu le plus adapté pour prendre en charge les AIT et réaliser le bilan étiologique.

Pour les 6 autres médecins (soit 40%), le lieu de la prise en charge des patients dépendait de leur examen clinique lors de la consultation, de leurs comorbidités, de la durée de l'épisode ou de leur capacité à obtenir ou non des examens complémentaires rapides.

Ainsi pour M4, M6, M10, M13, la voie hospitalière se justifiait si le patient était encore symptomatique au moment de la consultation. M10 dirigeait également les patients vers la voie hospitalière si le début des symptômes datait de moins de 6 heures. Pour M4, un patient à risque cardio-vasculaire devait également être pris en charge en hospitalier. Et M13 considérait qu'un patient non compliant ou l'impossibilité d'avoir des examens complémentaires rapidement justifiait une prise en charge hospitalière. M3 adressait à l'hôpital les patients récidivants.

M7 adressait en hospitalisation les patients jeunes, devant le risque de malformation vasculaire et prenait en charge en ambulatoire les personnes âgées avec des comorbidités qui avaient, de plus, un « manque de confiance dans l'hôpital ». Les choix du lieu de prise en charge des patients sont résumés dans la figure 4.

Les médecins M9, M11 et M12, en revanche, soulignaient la nécessité d'organiser parfois le bilan étiologique et diagnostique en ambulatoire après une prise en charge hospitalière du patient.

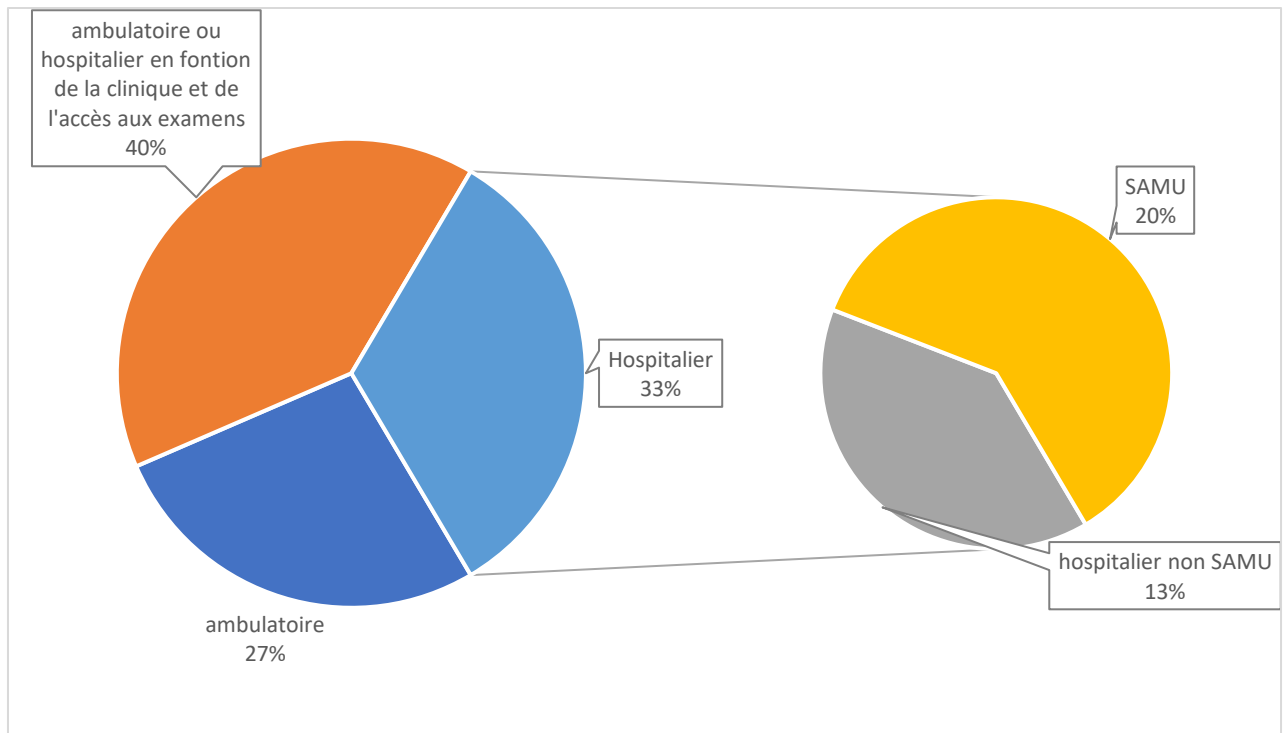


Figure 4 : Répartition du choix du lieu de prise en charge à la phase aiguë des patients présentant un AIT par les médecins généralistes libéraux participant à l'étude sur les AIT en Martinique en Juin 2018.

4.3.2 Prise en charge diagnostique

- Clinique

Tous les médecins interrogés hormis M1, M8 et M11 précisait qu'ils effectuaient un examen clinique comprenant un interrogatoire, un examen physique avec prise des constantes et examen neurologique avant de décider de leur prise en charge diagnostique.

- Orientation du patient à la phase aiguë

3 médecins (soit 20% : M1, M9 et M11) adressaient systématiquement leurs patients consultant pour AIT aux urgences pour prise en charge diagnostique et thérapeutique. M9 justifiait ce choix par le caractère urgent de la prise en charge. M12 privilégiait aussi

une prise en charge diagnostique hospitalière à l'exception de rares cas où le patient n'était pas déficitaire et était en très bon état général lors de la consultation initiale.

M3 déléguait la prise en charge diagnostique à l'hôpital s'il s'agissait d'un épisode récidivant d'AIT.

M4 et M5 réservaient la prise en charge hospitalière pour les patients qui étaient encore symptomatiques au moment de la consultation.

M10 passait par la voie hospitalière si le début des symptômes datait de moins de 6 heures ou si le patient était toujours symptomatique à la consultation.

M13 se dirigeait vers la voie hospitalière lorsqu'il était confronté à des patients peu compliants, si l'avis neurologique demandé en urgence le préconisait ou si le patient était encore symptomatique.

- Imagerie

11 praticiens sur 15 (soit 73% : M2, M4, M5, M6, M7, M8, M10, M12, M13, M14 et M15) prescrivait une imagerie cérébrale en urgence. Sachant que 3 médecins sur 15 avaient recours à la voie hospitalière d'emblée (M1, M9 et M11).

Le choix de l'imagerie, entre IRM et scanner cérébral, dépendait de l'accessibilité à l'IRM pour M2, M4, M5, M8, M10 et M15, même si l'IRM était préférée.

Pour M7 et M13 le choix se portait sur le scanner. Pour M12 et M14 le choix se portait sur l'IRM.

M5 n'avait pas précisé le type d'imagerie cérébrale prescrite.

M9 précisait que malgré le recours d'emblée à la voie hospitalière, il arrivait que le patient ressorte d'hospitalisation sans l'imagerie cérébrale et donc il prescrivait un scanner ou une IRM.

M12 quand il optait pour une prise en charge ambulatoire demandait une IRM cérébrale.

Les différents choix d'imagerie des médecins généralistes sont repris dans la figure 5.

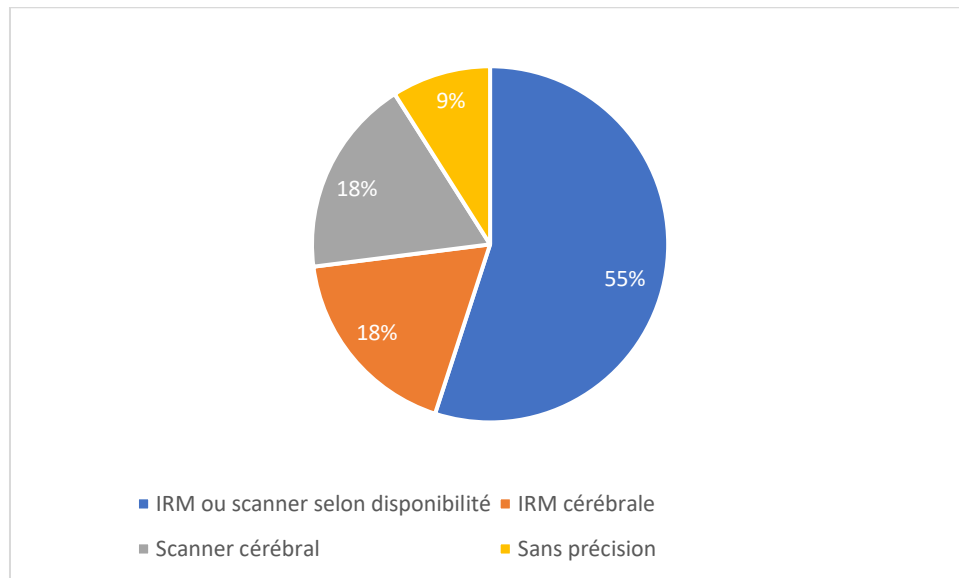


Figure 5 : Répartition du choix de l'imagerie cérébrale en cas d'AIT par 11 médecins sur les 15 interrogés ayant préconisé une imagerie cérébrale à la phase aigüe de l'AIT lors d'une étude sur la prise en charge de l'AIT en médecine de ville en Juin 2018.

- Avis neurologique

2 médecins (soit 13% : M8 et M13) demandaient systématiquement une consultation neurologique en urgence chez un neurologue de ville. M3 y avait recours si l'examen neurologique initial était normal et M10 en fonction de l'imagerie initiale. M15 évoquait la possibilité de faire appel au neurologue de ville en urgence tout en sachant « qu'il ne fera pas le reste du bilan ».

- Autres attitudes

Le médecin M7 recherchait à éliminer, au cours de sa consultation initiale, des diagnostics différentiels tels qu'une hypoglycémie ou une épilepsie partielle.

4.3.3 Prise en charge étiologique

Le bilan étiologique était réalisé pour les patients pris en charge en ambulatoire. Cependant les praticiens comme M1, M9 et M11 qui avaient recours d'emblée à la voie hospitalière, prescrivaient ce type de bilan lorsqu'il n'était pas réalisé en hospitalier.

- Clinique

Sur le plan clinique, 3 médecins (soit 20% : M1, M5 et M8) recherchaient un trouble du rythme cardiaque soit à l'aide d'un ECG pour M1 et M8 soit à l'examen physique du patient. Également, lors de l'examen physique, 20% des médecins (M2, M6 et M15) recherchaient la présence de facteurs de risque cardiovasculaire en mesurant la tension artérielle et en réalisant une glycémie capillaire à la recherche d'une hyperglycémie pouvant faire diagnostiquer un diabète.

- Biologique

9 médecins (soit 60% : M2, M5, M6, M9, M10, M11, M13, M14 et M15) prescrivaient un bilan biologique à la recherche de la présence des facteurs de risque cardiovasculaire tels qu'un diabète ou une dyslipidémie.

Sur le plan biologique, d'autres anomalies biologiques étaient recherchées par certains praticiens : les marqueurs cardiaques pour M4, les D-dimères et les thrombophilies pour M8 et un syndrome inflammatoire pour M9.

- Imagerie

Un écho-doppler artériel des troncs supra-aortiques était prescrit par 11 praticiens sur 15 (soit 73% : M1, M3, M4, M7, M9, M10, M11, M12, M13, M14 et M15).

- Avis spécialisés

Tous les praticiens sauf M4, M11 et M13 (soit 80% des médecins) adressaient leurs patients au cardiologue pour réalisation d'explorations cardiaques telles que l'échocardiographie

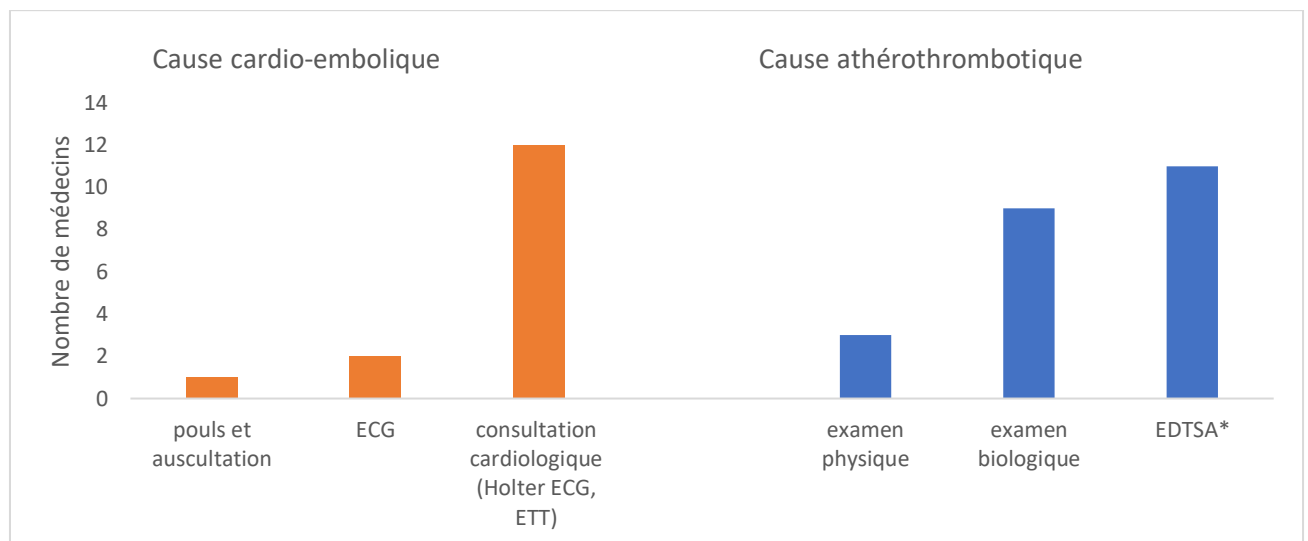
trans-thoracique et/ou le Holter ECG afin de mettre en évidence une cause cardio-embolique de l'AIT.

M2, M4 et M12 (soit 20%) adressaient leurs patients au neurologue.

- Autres explorations

D'autres explorations étaient prescrites par certains praticiens comme un fond d'œil pour M9, M10 et M14 à la recherche d'une rétinopathie diabétique connue ou non, une consultation d'endocrinologie en fonction des résultats biologiques pour M10 et une recherche de syndrome d'apnée du sommeil pour M15.

Les principales investigations effectuées lors du bilan étiologique d'un AIT en ambulatoire sont résumées dans la figure 6.



*Echo-doppler des troncs supra-aortiques

Figure 6 : Principales investigations du bilan étiologique d'un AIT à la recherche d'une cause cardio-embolique ou athérothrombotique réalisées par 15 médecins ayant participé à une étude sur la prise en charge de l'AIT en médecine de ville en Juin 2018.

4.3.4 Prise en charge thérapeutique

Plusieurs praticiens n'avaient pas précisé leur prise en charge thérapeutique à la phase aiguë : M1, M9, M11, M13, M14 et M15 (soit 40%). Parmi ces médecins, 3 faisaient appel à la voie hospitalière d'emblée : M1, M9 et M11.

M3 et M4 attendaient les résultats des examens ou des différents avis demandés aux spécialistes pour introduire un traitement.

M2 entamait les démarches de prise en charge à 100% avec le classement en affection longue durée (ALD).

Tous les autres médecins (soit 40%) introduisaient un traitement sans attendre les résultats des premiers examens complémentaires. Il s'agissait, pour la majorité d'entre eux, d'un traitement par antiagrégant plaquettaire. M7 précisait que si à l'examen clinique il était face à un pouls irrégulier il préférerait introduire un anticoagulant. M8 proposait, en cas de trouble du rythme de réduire sans attendre l'avis du cardiologue. M12 complétait le traitement par antiagrégant plaquettaire par une statine en cas de dyslipidémie.

4.3.5 Difficultés rencontrées lors de la prise en charge

- Accès aux examens complémentaires et aux spécialistes

La principale difficulté évoquée par les médecins interrogés était la difficulté d'accès aux examens complémentaires et aux spécialistes rapidement. En effet, elle était évoquée pour 12 médecins (soit 80% : M3, M4, M5, M6, M7, M8, M9, M10, M11, M12, M14 et M15). « tout est long » précisait M5.

- Accès à l'imagerie

La difficulté à obtenir un scanner cérébral avait été précisée par M7 et M11, celle pour obtenir une IRM cérébrale par M6, M12, M14 et M15.

M8, M9 n'avaient pas précisé le type d'imagerie cérébrale mais constatait une difficulté à les obtenir.

- Accès aux spécialistes

En ce qui concernait les spécialistes, M6, M10, M12 et M15 rencontraient des difficultés d'accès aux cardiologues et M14 pour les ophtalmologistes. M9 citait les cardiologues et les ophtalmologistes.

D'autres praticiens tels que M3, M4, et M5 rencontraient aussi des difficultés à obtenir des consultations avec les spécialistes mais ne précisait pas lesquels.

- Accès aux examens complémentaires

M3, M4, et M5 rencontraient des difficultés à obtenir des examens complémentaires mais ne précisait pas lesquels.

- Contact avec les spécialistes

7 praticiens (soit 47%) se plaignaient de la nécessité d'avoir un réseau personnel ou d'appeler soi-même le spécialiste pour avoir une consultation rapidement : M3, M4, M6, M9, M13, M14 et M15.

- Compliance du patient

M2, M10 et M13 (soit 20%) soulignaient le manque de compliance du patient comme difficulté dans sa prise en charge.

- Communication entre professionnels de santé

M8 trouvait que le manque de communication entre les professionnels de santé intervenant au sein de la prise en charge constituait une difficulté supplémentaire.

- Difficulté avec le milieu hospitalier

Selon M6 et M12 (soit 13%), le SAMU n'était pas réceptif lorsqu'il était contacté et ne prenait pas en charge le patient.

M9, M11 et M12 (soit 20%) précisait qu'ils étaient parfois amenés à organiser la réalisation des examens complémentaires en externe après une prise en charge hospitalière. Enfin, M12 relevait d'autres difficultés relevant de la sphère hospitalière comme le manque de disponibilité des médecins hospitaliers et le manque de considération de ces derniers envers les médecins généralistes.

- Absence de difficulté

D'autres praticiens tenaient à mettre l'accent sur leur absence de difficulté dans certains domaines.

M1, M7, M8, M10 et M11 (soit 33%) utilisaient leur réseau personnel de spécialistes pour obtenir rapidement des examens complémentaires notamment pour l'imagerie cérébrale et les dopplers. M2 et M13 (soit 13%) considéraient qu'ils avaient la chance d'exercer dans un secteur bien desservi en matière de spécialistes. M1 et M15 (soit 13%) avaient la possibilité de réaliser certaines explorations à leur cabinet comme les MAPA, les ECG et les polygraphies du sommeil.

M8, M9, M10 et M12 (soit 27%) trouvaient que des spécialistes étaient, en revanche, plus faciles d'accès. Les neurologues pour M8, M10 et M12 et les angiologues pour M9 et M12.

M11 trouvait que le SAMU était réactif quand il faisait appel à lui.

La figure 7 illustre les principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes à la phase aigüe de la prise en charge de l'AIT.

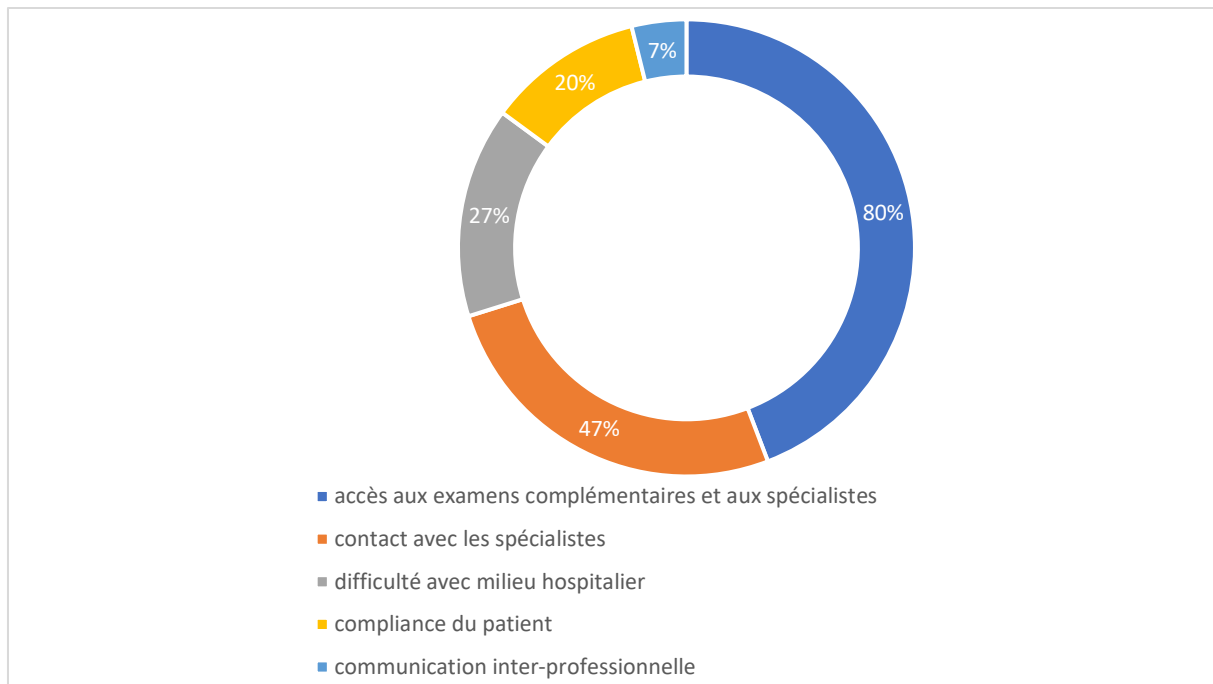


Figure 7 : Répartition des principales difficultés rencontrées par les 15 médecins généralistes ayant participé à l'étude sur les AIT en Martinique en Juin 2018 lors de leur prise en charge à la phase aiguë.

4.3.6 Axes d'amélioration de la prise en charge des AIT

- Un réseau ambulatoire

Pour les médecins M3, M7, M8, M9, M14 et M15 (soit 40%) la création d'un réseau ambulatoire entre les médecins généralistes et les différents spécialistes (radiologues, cardiologues, neurologue, angiologues) permettrait d'améliorer l'accès aux différents examens complémentaires. M15 émettait une réserve quant au nombre peu important de patients intéressés par cette pathologie et de ce fait s'interrogeait sur l'utilité de ce type de réseau en matière de santé publique.

- Une filière AIT

M5, M6, M9 et M15 (soit 27%) trouvaient qu'une filière AIT en partenariat avec le CHU comme celle existante pour les AVC ou un service hospitalier ou non dédié à l'AIT pourrait améliorer leur prise en charge.

- Amélioration de l'accès à l'imagerie

Il fallait, selon M2, M12 et M15 (soit 20%) améliorer l'accès à l'IRM. M12 proposait une ligne directe entre le médecin généraliste et le radiologue.

- Amélioration de l'offre de soin

Pour les praticiens M4, M6 et M13 (soit 20%), il fallait que les autorités améliorent la politique d'offre de soin. M4 et M13 proposaient d'augmenter le nombre de médecins spécialistes pour améliorer l'accès aux examens. M6 favorisait plutôt une amélioration du système d'urgence ambulatoire en augmentant la couverture horaire afin d'inciter le patient à consulter rapidement.

- Amélioration de la communication entre les professionnels de santé

M8 et M10 (soit 13%) étaient favorables à une amélioration de la communication entre les professionnels de santé. M8 pensait à la création d'une « énorme boîte cryptée » à l'image de ce qui existait déjà pour la biologie.

- Formation sur l'AIT

M6 et M11 souhaitaient une meilleure information du patient et de son entourage sur l'AIT. Tandis que M15 envisageait une formation pour les médecins généralistes.

- Amélioration du parcours de soin post-hospitalisation

M1 proposait une meilleure organisation des examens complémentaires en post hospitalisation en prenant déjà les rendez-vous pour les patients avant leur sortie.

Les principales pistes d'amélioration de la prise en charge aigüe de l'AIT proposées par les médecins généralistes sont présentées dans la figure 8.

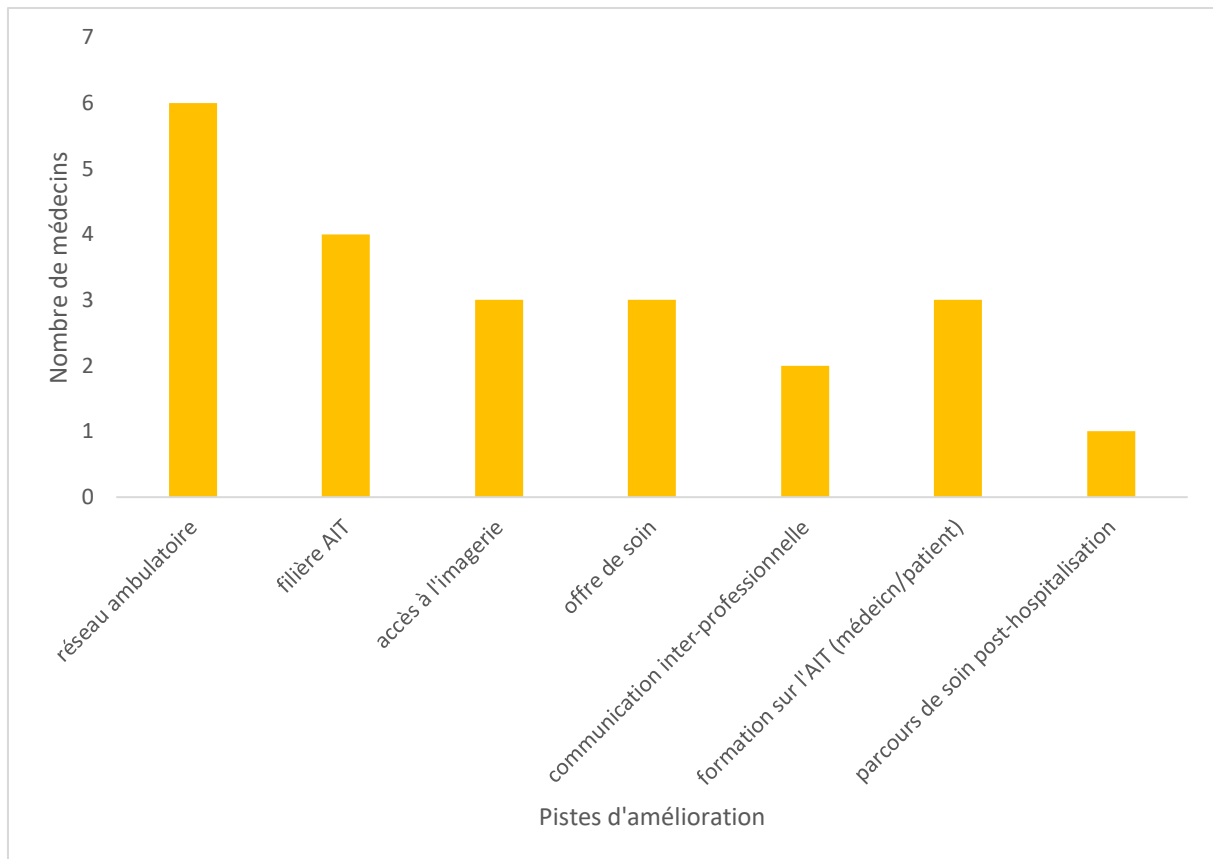


Figure 8 : Les pistes d'amélioration de la prise en charge de l'AIT à la phase aiguë proposées par les 15 médecins généralistes libéraux ayant participé à l'études sur les AIT menée en Martinique en Juin 2018.

4.4 Thème 3 : suivi de l'AIT

4.4.1 Suivi clinique

Tous les médecins exceptés M7 et M13 (soit 87%) réalisaient un suivi clinique régulier de leur patients tous les mois, tous les 3 mois ou tous les 6 mois. M13 précisait tout de même qu'il réalisait un suivi de pathologie chronique et M7 qu'il faisait un suivi classique en médecine de ville. M1, M4, M9, M10 faisaient un suivi plus rapproché au début de la prise en charge puis espaçaient les consultations.

Pour M7 et M9 le suivi clinique dépendait de l'étiologie de l'AIT. M2 et M13 classaient les patients ayant présenté un AIT en prévention secondaire et patients souffrant de maladie chronique.

- Surveillance des facteurs de risque cardiovasculaire

Tous les praticiens sauf M1, M3, M7 et M14 (soit 73%) surveillaient les facteurs de risque cardiovasculaire lors des consultations. M2, M5, M6, M8 précisait qu'il s'agissait de la pression artérielle. M6 y rajoutait la surveillance de la glycémie capillaire.

- Suivi cardiologique

La consultation cardiologique faisait partie du suivi pour 8 médecins (soit 53% : M3, M4, M6, M8, M9, M11, M12 et M14). Elle dépendait de la présence d'une pathologie cardiaque sous-jacente pour M3, M8, M9 et M12.

- Suivi neurologique

La consultation neurologique avait sa place dans le suivi pour M3 (soit 7%). Elle devait être réalisée si besoin pour M8 et M14 (soit 13%). M6 trouvait les neurologues de ville peu accessibles. M5 ne voyait pas d'utilité à consulter un neurologue dans le suivi des patients ayant présenté un AIT (soit 7%). M12 précisait qu'il n'adressait pas ses patients en consultation neurologique lors de leur suivi, à la suite d'un accord avec les neurologues qui, selon eux, n'avaient pas de rôle à jouer dans le suivi de ces patients.

- Autre surveillance clinique

M8 organisait une surveillance infirmière quotidienne.

M6, M8 et M10 (soit 20%) considéraient le médecin généraliste comme un « chef d'orchestre » qui devait organiser le parcours de soin du patient lors de ce suivi.

4.4.2 Suivi biologique

13 médecins sur 15 (soit 87%) réalisaient systématiquement un suivi biologique.

M13 rapportait qu'il prescrivait un bilan biologique en fonction du patient.

M2 ne donnait aucune précision concernant un bilan biologique de suivi.

- Fréquence du suivi biologique

M1, M3, M5, M10 et M12 (soit 33%) prescrivait un bilan biologique tous les 3, 6 ou 1 an.

M3 et M10 précisait qu'ils pouvaient augmenter la fréquence des bilans en fonction du patient et de ses bilans antérieurs. M7 et M11 (soit 13%) réalisaient des bilans de façon régulière sans plus de précision.

- Paramètres surveillés

Pour 10 médecins (soit 67% :M1, M5, M6, M8, M9, M10, M11, M12, M14 et M15) le bilan biologique servait à surveiller les facteurs de risque cardiovasculaire. M1 et M5 précisait qu'il s'agissait d'un bilan lipidique, M8 parlait d'un bilan glucidique, M11 prescrivait un bilan lipidique et un bilan glucidique, M14 mentionnait un bilan métabolique. Les autres praticiens ne donnaient aucune précision.

M1 et M6 contrôlaient le bilan rénal.

M7 recherchait les effets indésirables des traitements instaurés (bilan hépatique pour les statines).

M4 et M6 demandaient le dosage des enzymes cardiaques. M4 dosait aussi les D-Dimères.

4.4.3 Autres examens complémentaires du suivi

- Bilan artériel

6 médecins sur 15 (soit 40%) organisaient un suivi artériel systématique pour leurs patients. Ce suivi comprenait, pour la plupart, des écho-dopplers artériels. M7, M10 et M12 prescrivaient un suivi régulier par écho-doppler artériel des troncs supra-aortiques à une fréquence allant de tous les 2 ans pour M12 à tous les 3 à 5 ans pour M10. M7 précisait qu'il instaurait ce type de suivi si l'AIT avait une étiologie athéro-thrombotique et qu'il y associait des explorations artérielles des membres inférieurs. Pour M2 la surveillance artérielle se justifiait si le patient présentait une dyslipidémie. M6 instaurait un suivi vasculaire en fonction de l'avis du spécialiste, il pouvait comporter des écho-dopplers artériels mais également une artériographie si le spécialiste la jugeait nécessaire.

M3, M13 et M14 réalisaient un suivi vasculaire mais ne précisait pas lequel. Ce suivi dépendait du bilan d'imagerie initial ou du patient pour M3 et M13. Il était délégué au cardiologue pour M14.

M7 discutait la réalisation d'une coronarographie si la cause de l'AIT était athéro-thrombotique.

- Imagerie cérébrale

M6 tentait d'obtenir une IRM cérébrale si elle n'avait pu être réalisée à la phase aigüe.

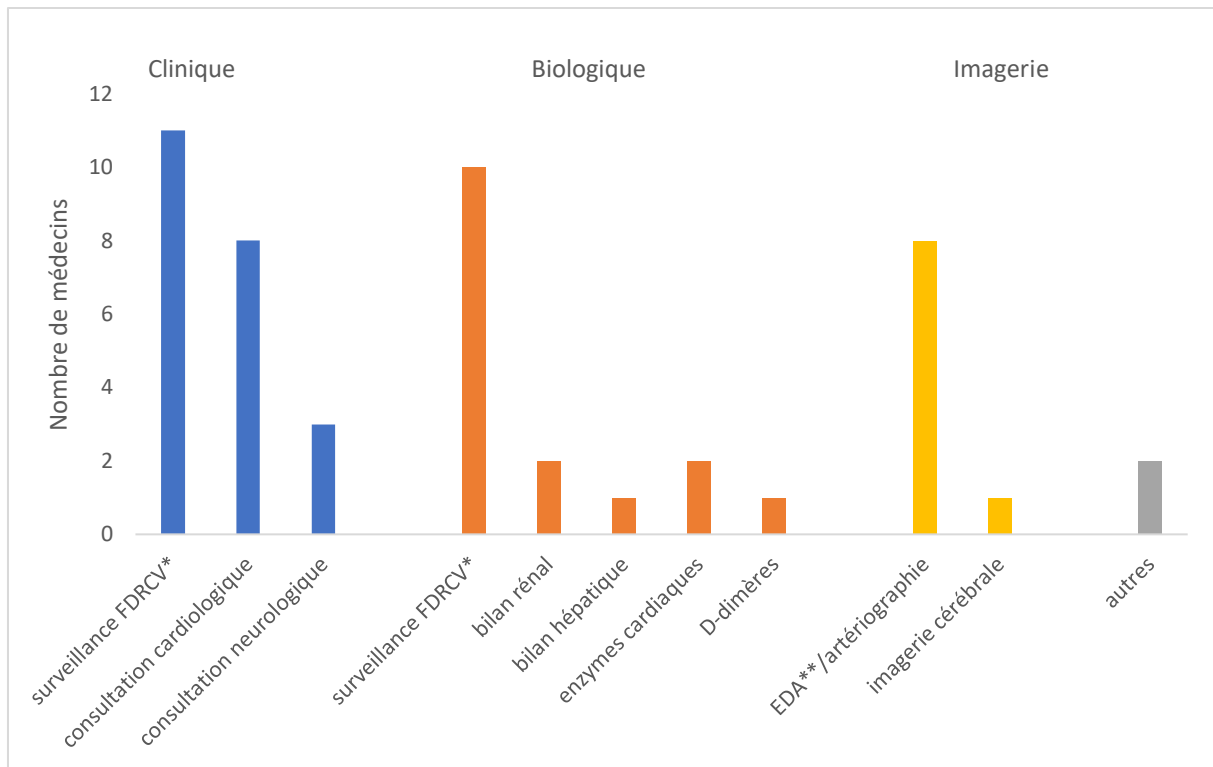
- Autres explorations

M5 prescrivait un EEG pour éliminer une épilepsie partielle.

M8 cherchait à dépister un syndrome d'apnée du sommeil.

M1, M9, M11 et M15 (soit 24%) ne mentionnaient pas de suivi particulier en matière d'examens complémentaires paracliniques non biologiques.

Les différentes investigations du suivi de l'AIT sont représentées dans la figure 9.



*Facteurs de risque cardiovasculaire

**Echo-doppler artériel

Figure 9 : Investigations réalisées lors du suivi des patients ayant présenté un AIT par les médecins généralistes libéraux interrogés au cours de l'étude sur les AIT en Martinique en 2018.

4.4.4 Suivi thérapeutique

7 praticiens sur 15 (soit 47% : M2, M8, M9, M11, M12, M13 et M15) reconnaissent l'importance de l'éducation thérapeutique dans le suivi des patients ayant présenté un AIT.

M2, M4, M6, M10, M11 et M15 (soit 40%) profitaient du suivi pour optimiser le traitement déjà en place, notamment pour un meilleur contrôle des facteurs de risque cardiovasculaire comme ils le soulignaient tous sauf M2. M2 adaptait le traitement du patient après la consultation avec le neurologue.

M2, M4 et M14 (soit 20%) introduisaient un traitement par antiagrégant plaquettaire lors du suivi. M4 précisait qu'il introduisait ce traitement ainsi que des statines uniquement chez les patients à risque. M14 introduisait un antiagrégant plaquettaire avec la participation du cardiologue ou du neurologue.

M7 et M8 poursuivaient le traitement introduit à la phase aigüe en fonction de la cause de l'AIT.

M1 et M9 renouvelaient le traitement prescrit en hospitalier.

M6 et M12 insistaient sur le respect des règles hygiéno-diététiques, notamment sur la pratique de l'activité physique.

M3 et M5 (soit 13%) n'avaient pas précisé le suivi réalisé sur le plan thérapeutique.

4.4.5 Intérêt du suivi

Pour 47% des médecins interrogés, l'intérêt du suivi était d'éviter la survenue d'un AVC (M2, M4, M5, M6, M11, M14, M15). 7 médecins (soit 47%) y voyaient aussi un moyen de prévenir la récurrence d'un AIT (M1, M3, M4, M5, M7, M10, M12). M3 précisait que ce suivi n'était pas forcément nécessaire chez les patients dont le bilan initial était négatif.

Pour 7 médecins (soit 47% : M1, M2, M6, M9, M12, M13 et M15) il s'agissait de surveiller et contrôler les facteurs de risque cardiovasculaire. M2 évoquait plus précisément le diabète et le tabagisme actif. M15 faisait remarquer qu'un patient présentant des facteurs de risque cardiovasculaire bien équilibrés pourrait bénéficier d'un suivi moins rapproché ce qui permettrait au médecin généraliste de s'organiser et de pouvoir prendre en charge de nouveaux patients dans le contexte de désert médical dans lequel se trouve le département.

Pour M10, M13 et M14 (soit 20%), le suivi permettait de prévenir des événements cardiovasculaires graves comme l'infarctus du myocarde comme précisait M10.

M2 et M7 (soit 20%) voyaient dans ce suivi le moyen de dépister des pathologies vasculaires associées.

Pour M1, M8 et M9 le suivi (soit 20%) permettait de renouveler les traitements et de surveiller l'observance thérapeutique des patients.

M4 et M12 (soit 13%) voyaient le moyen de sensibiliser le patient à sa pathologie et de l'autonomiser dans sa prise en charge.

Pour M8 l'un des intérêts du suivi était de trouver l'étiologie de l'AIT.

M9 profitait du suivi pour surveiller les lésions vues au bilan initial et les cardiopathies en cause dans les AIT d'origine cardio-embolique.

M12 profitait du suivi pour renforcer les règles hygiéno-diététiques.

4.4.6 Difficultés liées au suivi de l'AIT

- Manque d'adhésion du patient

La principale difficulté qui ressortait des entretiens était le manque d'adhésion du patient à sa prise en charge. En effet, 6 médecins (soit 40% :M1, M2, M9, M12, M13 et M15) l'avaient citée. Plusieurs exemples étaient rapportés, les perdus de vue pour M1, l'inobservance thérapeutique pour M2 et M12, la lassitude pour M15. M12 expliquait ce comportement par le fait que le patient victime d'un AIT « ne se sentait pas malade ».

En revanche M4 ne rencontrait aucune difficulté pour l'adhésion de ses patients.

- Accès aux spécialistes

Pour M10, l'accès aux spécialistes, notamment au cardiologue, était compliqué. M11 était du même avis et soulignait l'importance de posséder un réseau personnel. En ce qui concernait l'accès à l'ophtalmologiste, M10 reconnaissait une amélioration dans le dépistage des rétinopathies diabétiques.

- Accès aux examens complémentaires

M2, M3, M4, M6 (soit 27%) précisait ne pas avoir de difficulté pour l'obtention des examens complémentaires. Selon M2 et M6 cela s'expliquerait par leur lieu de pratique qui regrouperait de nombreux spécialistes.

Pour M10 aussi il n'y avait pas de difficulté à obtenir des examens complémentaires.

- Manque d'information sur l'organisation du suivi

M3 se plaignait d'un manque de « clarté » quant au suivi des patients ayant présenté un AIT.

M5, M7, M8 et M14 (soit 27%) disaient ne pas avoir de difficulté particulière à organiser le suivi de leurs patients, sans précision.

4.4.7 Améliorations à apporter au suivi

- Une meilleure éducation du patient

M9, M12, M13, M14 et M15 (soit 33%) renforceraient l'éducation thérapeutique du patient, notamment en ce qui concerne les facteurs de risque cardiovasculaire comme le précisait M9 et M12.

- Un réseau de soin

L'idée d'un réseau de soin centré sur le médecin généraliste servant à coordonner le parcours de soin était évoquée par M10. Ce réseau pourrait prendre en charge l'éducation thérapeutique des patients comme le proposait M15.

- Un travail d'information et de prévention pour le patient

M9, M13 et M14 (soit 20%) ajouteraient à l'éducation thérapeutique un travail de formation et de prévention du patient concernant l'AIT. M13 précisait que les autorités devraient mettre en place une politique de prévention, en donnant les moyens aux médecins libéraux

d'effectuer ce travail en leur permettant d'y consacrer du temps en consultation, notamment en augmentant l'offre de soin.

- Une amélioration de l'offre de soin

M6 et M10 (soit 13%) souhaitaient une augmentation de l'offre de soin en matière de spécialistes, comme en cardiologie précisait M10.

- Un travail de formation et de prévention pour le médecin généraliste

Pour M2 et M9 (soit 13%) un travail de prévention et de formation serait également nécessaire chez les médecins généralistes.

- Une amélioration de l'adhésion du patient

M1 et M2 (soit 13%) évoquaient une amélioration de l'adhésion du patient.

- Une meilleure communication sur l'AIT

Selon M4 il faudrait améliorer la communication sur l'AIT dans les médias.

- Un accès facilité aux examens complémentaires et l'élaboration d'un protocole de suivi

M11 souhaitait la création d'un protocole de suivi à l'attention des médecins généralistes ainsi qu'un accès facilité aux examens complémentaires.

- Une amélioration de la communication interprofessionnelle

M8 évoquait la nécessité d'une amélioration de la communication entre les professionnels de santé.

M3, M5 et M7 (20%) n'évoquaient pas de pistes d'amélioration.

Les différentes pistes d'amélioration du suivi d'un patient après un AIT sont illustrées par la figure 10.

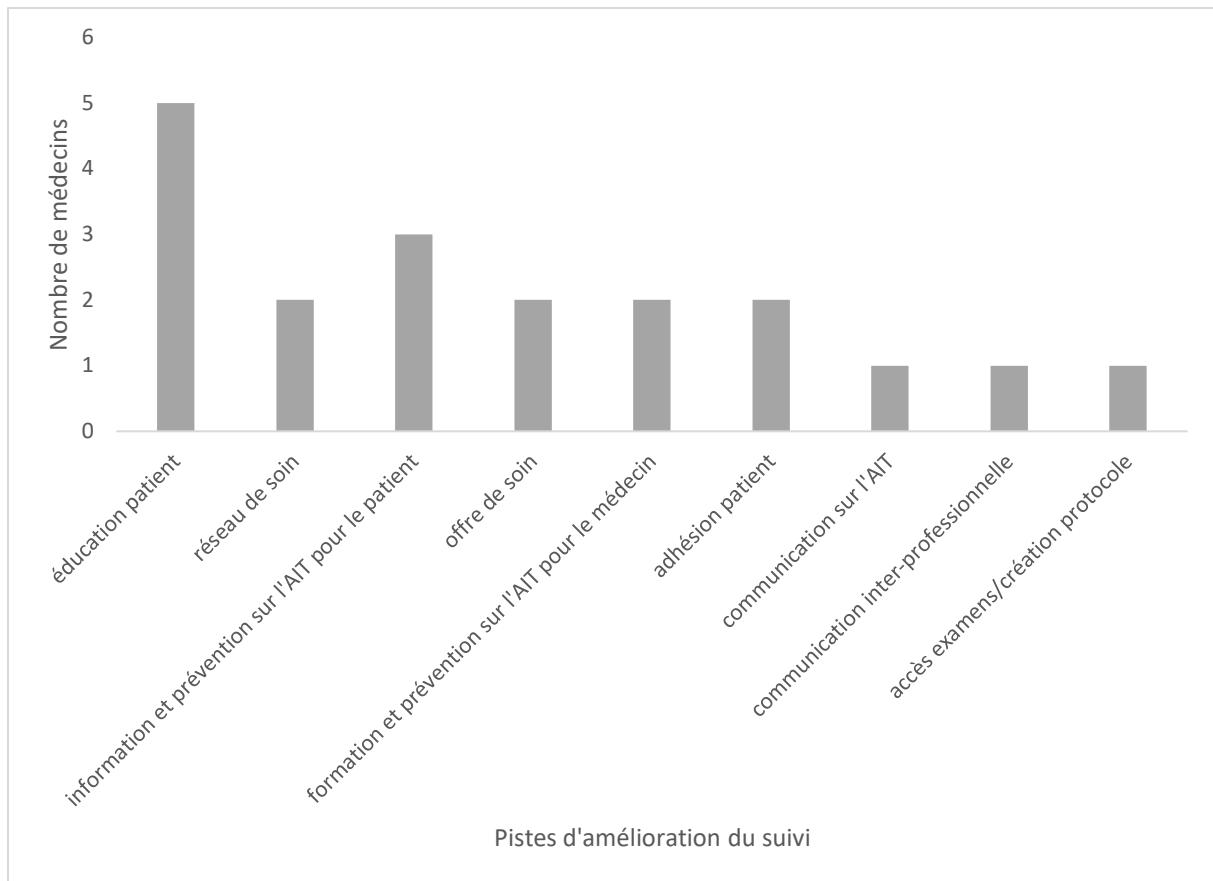


Figure 10 : Les pistes d'amélioration du suivi après un AIT proposées par les 15 médecins généralistes libéraux ayant participé à l'études sur les AIT menée en Martinique en Juin 2018.

V.DISCUSSION

Cette étude est la première étude qualitative exploratoire monocentrique menée en Martinique sur la thématique de l'AIT. A notre connaissance, aucune étude ne s'était intéressée à la prise en charge de cette pathologie par un échantillon aléatoire de médecins généralistes installés en libéral en Martinique.

L'intérêt de cette étude était de connaître les connaissances, les attitudes et comportements actuels dans le domaine de la prise en charge de l'AIT, pathologie dont la prise en charge optimale permet de réduire considérablement le risque de survenue d'un AVC constitué potentiellement pourvoyeur d'un handicap ou d'un décès, en prenant en compte les spécificités propres à la population martiniquaise, plus exposée aux facteurs de risque cardiovasculaire et vieillissante, dans un contexte d'appauvrissement de l'offre de soin.

5.1 Définition de l'AIT

Nous avons remarqué que la définition précise et complète de l'AIT n'était pas claire pour tous les médecins interrogés au cours de l'étude. En effet, une très grande majorité des intervenants citait un déficit neurologique (déficit focal ou rétinien) mais la notion de durée était approximative. Moins de la moitié évoquaient le caractère transitoire des symptômes et parmi ceux qui le faisaient, la durée qu'ils précisaient ne correspondait pas à celle de la définition actuelle de l'AIT.

Le caractère brutal de l'apparition des symptômes n'était précisé que par un praticien sur 15.

Des symptômes moins spécifiques étaient également rapportés tels que les absences.

En ce qui concerne la définition radiologique, elle n'était citée par aucun médecin généraliste.

Ce phénomène a aussi été constaté lors d'une méta-analyse britannique réalisée en 2015 (22) et d'une étude réalisée en région semi-rurale bretonne, en 2010 (23). Les auteurs retrouvaient que 59% des médecins interrogés n'étaient pas au courant de la nouvelle définition de l'AIT proposée par l'ANAES en 2004 et qu'ils n'étaient pas familiers avec ses manifestations cliniques. Ils concluaient, entre autres que cette mauvaise connaissance de la définition de l'AIT pouvait contribuer à une prise en charge non optimale par les médecins généralistes.

5.2 Prise en charge de l'AIT à la phase aiguë

5.2.1 Délai de prise en charge

La notion d'urgence médicale n'a été précisée par aucun médecin de notre étude, tout comme le délai optimal de prise en charge. En effet, les résultats d'études récentes sur l'enjeu d'une prise en charge rapide qui permettrait de diminuer le risque de récurrence et le risque d'AVC suite à un AIT, ne semblaient pas être connus des médecins interrogés. Une prise en charge rapide de l'AIT diminuerait de 80% le risque d'AVC à 3 mois (4)(24). Selon les recommandations, un AIT récent devrait être pris en charge et bénéficier d'un bilan complémentaire dans les 24 heures suivant sa survenue, délai qui, dans notre étude n'était pas réalisable en ambulatoire.

En revanche, la majorité des médecins généralistes pensaient que la prise en charge de l'AIT devait être réalisée sans délai puisqu'ils cherchaient à obtenir les différents examens complémentaires « rapidement ». Ce constat permet de mettre en lumière la difficulté des médecins de ville à organiser la prise en charge d'un AIT en ambulatoire. En effet le principal obstacle cité par les médecins est la difficulté d'accès aux examens complémentaires et aux spécialistes dans un délai acceptable. Ces difficultés sont également relayées dans une étude

réalisée dans le bassin grenoblois en 2011 sur la prise en charge ambulatoire de l'AIT (25). Dans notre étude comme dans celle du bassin grenoblois, pour remédier à ces difficultés ambulatoires, les médecins généralistes avaient recours à la voie hospitalière pour prendre en charge les patients présentant un AIT dans un souci de réduire ce délai de prise en charge.

Nous avons cependant retrouvé, lors de notre étude, des disparités concernant l'accessibilité aux examens complémentaires. Certains praticiens n'avaient pas de difficultés car ils bénéficiaient d'un bon réseau personnel ou exerçaient dans un secteur « bien desservi » en matière de spécialistes. Les deux praticiens travaillant dans des secteurs pourvus en spécialistes étaient installés respectivement dans le Centre et dans le Sud.

5.2.2 Recours à la voie hospitalière

De nombreux médecins faisaient appel à la voie hospitalière lors de la prise en charge aigüe de l'AIT.

Hormis pour les patients encore symptomatiques au moment de la consultation, pour lesquels le diagnostic d'AVC ne pouvait pas encore être écarté, les recommandations prévoyaient une hospitalisation des patients ayant présenté un AIT récent en fonction de la possibilité du médecin à organiser une prise en charge hospitalière dans les 24 heures et du risque du patient à présenter un AVC à court terme. Ce risque était évalué par le score ABCD². Ce score permettait de différencier les patients à haut risque, à hospitaliser en unité neuro-vasculaire, sous surveillance neurologique rapprochée et les patients à bas risque, pour lesquels une prise en charge ambulatoire était envisageable (4)(26)(Annexe 3).

Dans notre étude, l'utilisation de ce score n'a pas été citée mais le recours à l'hospitalisation se justifiait souvent par la difficulté d'accès aux examens complémentaires.

Aussi, certains médecins rencontraient des difficultés lorsqu'ils souhaitaient adresser leurs patients à l'hôpital. D'une part, car ils ne parvenaient pas toujours à obtenir une prise charge par le SAMU. Cela pourrait s'expliquer par le fait que le SAMU souffrirait d'un manque d'effectifs comme le soulignait en Aout 2018 le chef du pôle RASSUR dans les médias locaux, à la suite de la parution d'une enquête sur le taux de réponse d'appel décrochés par le SAMU en France. Le SAMU 972 avait l'un des taux de réponse les plus faibles (62%) (27).

D'autre part, car l'hôpital peinait à réaliser les examens complémentaires, les patients ressortant d'hospitalisation avec le bilan à réaliser par le médecin traitant en ambulatoire. Ce constat a également été fait par l'étude réalisée dans le bassin grenoblois en 2011 (25). Ceci a conforté l'idée que le milieu hospitalier n'était pas le plus adapté pour prendre en charge ce type de pathologie et que nous devons nous concentrer sur l'amélioration de la prise en charge ambulatoire.

5.2.3 Organisation de la prise en charge en ambulatoire

En dépit des difficultés à organiser une prise en charge ambulatoire dans des délais raisonnables comme nous avons pu le constater précédemment, le bilan prescrit par les médecins généralistes était en majorité adapté.

En ce qui concerne la prise en charge diagnostique, la majorité des praticiens avait une préférence pour l'IRM cérébrale, l'imagerie de référence selon les recommandations (21), même si cette dernière était remplacée par un scanner cérébral car difficile d'accès, en urgence, en ambulatoire.

Pour la prise en charge étiologique, les médecins interrogés prescrivaient pour la plupart un bilan adapté aux recommandations en vigueur avec un bilan cardiologique et vasculaire.

Notre étude a retrouvé une disparité des pratiques selon les médecins interrogés avec un recours plus ou moins fréquent aux spécialistes en fonction de leur niveau d'équipement.

En effet, certains praticiens dépendaient moins des spécialistes car étaient équipés de matériel leur permettant de réaliser certains examens complémentaires en cabinet tels que les ECG, les MAPA ou les polygraphies du sommeil.

Sur le plan thérapeutique, de nombreuses études, dont une étude américaine parue en 2008 (28) et une étude japonaise parue en 2009 (29), ont reconnu le rôle d'une mise en place rapide d'un traitement par antiagrégant plaquettaire ou anticoagulant, en fonction de l'étiologie, dans la diminution du risque d'AVC dans la semaine voire dans les 3 mois suivant un AIT. Selon les recommandations HAS, un traitement par antiagrégant plaquettaire à dose antiagrégante doit effectivement être mis en place en urgence. Cependant, elles recommandent, idéalement, d'attendre l'imagerie cérébrale afin d'éliminer toute contre-indication à l'instauration du traitement dans la mesure où cette dernière est accessible dans les délais requis. Elles prévoient une exception en envisageant la mise en place du traitement avant la réalisation de l'imagerie cérébrale si celle-ci ne peut être obtenue en urgence mais précisent aussi que ce type de prise en charge doit rester exceptionnelle.

Ceci pourrait permettre de comprendre et justifier les résultats de notre étude. En effet, elle a montré que la majorité des médecins ayant précisé une prise en charge thérapeutique en ambulatoire, se tournait vers l'introduction d'un antiagrégant plaquettaire rapidement après la suspicion du diagnostic d'AIT. L'enjeu pronostique justifiait cette prise en charge compte tenu de la difficulté d'accès à l'imagerie cérébrale. Toutefois, nous comprenions également l'attitude d'autres médecins qui préféraient attendre les résultats de l'imagerie cérébrale.

Seuls 3 médecins précisait qu'ils attendaient la phase de suivi pour introduire un traitement. Nous pouvions noter que plusieurs médecins n'avaient pas abordés le sujet de la thérapeutique dans la prise en charge à la phase aigue de l'AIT.

En ce qui concerne la place du neurologue dans la prise en charge aigue de l'AIT en ville, la majorité des médecins de l'échantillon ne faisait pas appel au neurologue libéral ou hospitalier. Seuls 2 médecins adressaient systématiquement leurs patients au neurologue et 3 autres médecins le faisaient en fonction des cas. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que seuls 2 médecins trouvaient les neurologues faciles d'accès. Les recommandations indiquent que le patient doit bénéficier d'une prise en charge spécialisée. En effet, l'expertise neuro-vasculaire en fonction de la clinique, du terrain du patient et des résultats des examens complémentaires reste primordiale à la phase aigüe de l'AIT. Cela permet également de confirmer le diagnostic d'AIT et d'éliminer les diagnostics différentiels, qui sont le plus souvent neurologiques et donc plus à même d'être identifiés par le neurologue (migraine avec aura, épilepsie focale ...).

5.2.4 Information des patients et formation des médecins

Un des points importants apparus dans notre étude, était la nécessité d'information du patient sur la pathologie. En effet, notre travail, tout comme d'autres études, a montré que les patients connaissaient mal l'AIT. Ce manque de connaissance pouvait expliquer une non reconnaissance des symptômes par le patient, une ignorance de l'urgence de la prise en charge et, par conséquent, l'allongement du délai de prise en charge entraînant une perte de chance pour le patient (30). Ce constat pouvait aussi expliquer, en partie, le manque de compliance du patient à la prise en charge à la phase aigüe que certains médecins de notre étude identifiaient comme étant une difficulté supplémentaire. Nous sommes arrivés à la

conclusion, comme les auteurs d'autres études (31) (32), qu'une information et une éducation des patients était nécessaire.

En ce qui concerne les médecins, comme dans notre travail, des études ont retrouvé des lacunes dans les connaissances des médecins généralistes sur l'AIT. Parmi elles, deux études tiraient comme conclusion, comme certains médecins de notre échantillon, qu'il était nécessaire d'améliorer la formation des médecins généralistes concernant la prise en charge de l'AIT à la phase aigüe (22) (23).

5.2.5 Les solutions

Nous avons tenu à demander aux médecins de notre échantillon leur avis sur les moyens pour améliorer la prise en charge de l'AIT en médecine de ville en Martinique, ceci dans le souci d'apporter les solutions les plus adaptées à leur pratique quotidienne.

Les cinq pistes d'améliorations que nous avons retenues à la lumière des différents résultats de l'étude et des suggestions des médecins interrogés étaient les suivantes :

- Premièrement, le renforcement de la formation des médecins généralistes concernant la prise en charge diagnostique et thérapeutique,
- Deuxièmement, la mise en place d'un outil diagnostique, basé sur la définition de l'AIT, qui permettrait d'en établir de façon fiable le diagnostic afin de débiter la prise en charge adaptée sans délai. Le 1^{er} outil diagnostique pour l'AIT décrit dans la littérature était le score de Dawson (33). Il s'agissait d'un score basé sur 9 items cliniques. Deux études ont mis en évidence la difficulté d'utiliser ce score en soin primaire car plus adapté aux soins secondaires (22) (34). Une autre étude publiée en 2016, présentait un autre score, qui serait plus adapté aux soins primaires, et qui prendrait en compte le diagnostic des AIT rétiniens ou concernant la circulation

postérieure. Ce score pourrait être utilisé via une application pour smartphone ou un site internet au moyen d'un ordinateur. Ce nouveau score diagnostic était encore en cours de validation,

- Troisièmement, la création d'un réseau ou d'une filière AIT ambulatoire à l'image du réseau proposé dans l'étude réalisée dans le bassin grenoblois en 2011 (25). Il s'agirait d'organiser entre les médecins généralistes et les différents spécialistes (radiologues, cardiologues et neurologues) une filière dédiée pour le patient présentant un AIT afin de permettre un meilleur accès aux examens complémentaires et aux spécialistes, ce dans les délais recommandés. Le médecin généraliste jouerait le rôle de chef d'orchestre au sein de ce parcours de soin,
- Quatrièmement, la création d'un service hospitalier dédié à la prise en charge de l'AIT à l'image de la clinique de l'AIT créée à l'hôpital Bichat à Paris (24). Cela permettrait d'avoir accès au plateau technique et aux spécialistes hospitaliers pour prendre en charge de façon spécifique les patients présentant un AIT dans les plus brefs délais sans encombrer le service des urgences ou l'unité de neuro-vasculaire,
- Cinquièmement, une amélioration de la politique d'offre de soins afin d'augmenter le nombre de médecins spécialistes et par conséquent de réduire le délai de consultation.

5.3 Suivi de l'AIT

5.3.1 Organisation du suivi

Globalement, nous avons mis en évidence moins de difficultés pour l'organisation du suivi que pour la prise en charge à la phase aiguë. Cela pourrait s'expliquer par la disparition du critère d'urgence et donc de délai de prise en charge. Les médecins généralistes parvenaient

à organiser, sur le plan clinico-biologique, un suivi adapté au statut du patient principalement axé sur la prévention secondaire (35).

En effet, en l'absence de recommandations sur la mise en place d'un suivi radiologique de l'AIT, la plupart des médecins interrogés organisaient un suivi personnalisé en fonction de la situation clinique du patient et parfois de l'avis d'un spécialiste.

Sur le plan thérapeutique, lors du suivi, les médecins, pour la plupart, en profitaient pour optimiser le traitement du patient ou poursuivaient le traitement mis en place à la phase aiguë. Nous avons aussi retrouvé, que près de la moitié des médecins était sensibilisée au rôle important de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge thérapeutique des patients, comme le préconisent les recommandations HAS.

5.3.2 Place du neurologue dans le suivi

Les avis étaient partagés quant au rôle du neurologue (libéral ou hospitalier) dans le suivi des patients ayant présenté un AIT.

Seul un médecin, justifiait le choix de ne pas faire appel au neurologue dans le suivi de ses patients avec un argument difficilement contestable. En effet, il répondait aux observations des neurologues qui ne trouvaient pas pertinent d'intervenir dans le suivi de ces patients.

Les recommandations en vigueur concernant la prévention secondaire suite à un AIT ne faisant pas référence à la nécessité ou non de faire appel à un neurologue dans cette situation, un accord de pratique entre médecins généralistes et neurologues serait utile.

5.3.3 Pistes d'amélioration du suivi

A l'image de notre démarche pour la prise en charge de l'AIT à la phase aiguë, nous avons tenu à demander leur avis aux médecins de l'échantillon, sur d'éventuelles pistes

d'amélioration, basées sur leur expérience et leur pratique quotidienne, afin d'améliorer le suivi des patients ayant présenté un AIT. Trois suggestions ont été faites :

- Premièrement, l'amélioration de l'information aux patients. En effet de nombreux praticiens constataient un manque d'information du patient sur l'AIT et un manque d'adhésion du patient à sa prise en charge, l'un pouvant entraîner l'autre. Ils souhaiteraient, par conséquent, qu'un véritable travail d'information du patient soit réalisé au moyen notamment de campagnes d'information du grand public à travers les médias et que l'accent soit mis sur l'éducation thérapeutique. Un des médecins de l'échantillon évoquait la nécessité d'une implication des autorités dans cette politique de prévention auprès du patient,
- Deuxièmement, l'amélioration de la formation des médecins sur le suivi de l'AIT et la création d'un protocole de suivi à l'attention du médecin généraliste,
- Troisièmement, une amélioration de l'organisation du suivi. Deux médecins proposaient la création d'un réseau de soin centré sur le médecin généraliste qui coordonnerait le suivi du patient et qui prendrait en charge l'éducation thérapeutique. D'autres praticiens souhaitaient une amélioration de l'offre de soin et un meilleur accès aux examens complémentaires.

5.4 Activités annexes et prise en charge

Nous n'avons pas remarqué, dans notre étude, d'influence des activités annexes des médecins interrogés sur la prise en charge et le suivi de l'AIT.

5.5 Forces et faiblesses de l'étude

5.5.1 Type d'étude

L'étude qualitative est la plus appropriée à notre question de recherche, à savoir « comment les médecins généralistes installés en Martinique prennent-ils en charge un AIT en ville ? » (36). Elle permet l'analyse de données subjectives et difficiles à mesurer, comme c'est le cas dans ce travail qui permettront de comprendre les pratiques, les difficultés et les spécificités des médecins interrogés.

De plus, les études qualitatives permettent aussi d'étudier des sujets encore inexplorés dans le domaine de la recherche (37) comme c'était le cas pour nous notre étude. Cette étude a permis, selon la méthode de la théorie ancrée, de dégager des pistes qui pourront être testées lors d'études quantitatives complémentaires (38).

5.5.2 Choix de la population étudiée

Nous avons choisi de porter notre étude sur les médecins généralistes libéraux car ils sont le plus souvent le premier recours du patient lorsqu'il présente des signes cliniques d'AIT. De plus, le milieu hospitalier n'étant pas adapté à la prise en charge de cette pathologie, nous devons, de plus en plus, nous appuyer sur le milieu ambulatoire.

La constitution d'un échantillon aléatoire de médecins généralistes libéraux permettait de limiter le biais de sélection.

Nous avons un petit nombre de médecins inclus dans l'étude mais cela était adéquat au schéma d'une étude qualitative. Ce petit nombre de médecins a été déterminé selon le principe de saturation des données. Il consiste à arrêter le recueil de données lorsqu'on ne relève plus d'éléments nouveaux lors des entretiens (36).

Une étude quantitative incluant, idéalement, tous les médecins généralistes installés en Martinique permettrait d'avoir des résultats représentatifs de la population générale concernant la prise en charge de l'AIT en médecine de ville.

5.5.3 Élaboration des entretiens

L'intérêt des premières questions de l'entretien (« quels sont ses secteurs d'activités ? », « avez-vous ou avez-vous eu une activité hospitalière ? » « avez-vous ou avez-vous eu d'autres responsabilités au sein d'association ou de réseau ? ») était de mettre en évidence des critères de diversité autres que la durée d'installation, le sexe ou la localisation qui permettrait d'obtenir un échantillon le plus diversifié possible et le plus représentatif possible de la population des médecins généralistes. Ces critères pourraient permettre de mieux comprendre et interpréter les pratiques des différents médecins inclus et pourraient ensuite faire l'objet d'analyses complémentaires (36).

Lors du recueil des données, nous pouvions être amenés à modifier le questionnaire lorsqu'il y avait des données nouvelles, non attendues à la conception de la trame des entretiens. Cela respectait l'approche itérative de l'analyse par théorisation ancrée en étude qualitative(39).

Par ailleurs, nous avons reçu un bon accueil et un intérêt marqué pour le sujet de l'étude qui était selon les différents praticiens peu connu et étudié.

5.5.4 Biais lié au recueil des données

Le choix d'un questionnaire semi-dirigé pour le recueil de données permettait, grâce aux questions ouvertes, de laisser les médecins généralistes s'exprimer sans les influencer.

Le choix d'entretiens individuels pouvait faire apparaître certains biais en rapport avec l'enquêteur ou le répondeur. Nous avons tenté de les éviter grâce au test préalable du questionnaire avec un médecin généraliste installé en Martinique, qui n'a pas été inclus dans l'échantillon de l'étude.

Nous avons respecté la méthodologie préconisée pour la conduite des entretiens dans le cadre d'une étude qualitative.

VI.CONCLUSION

Notre étude qualitative a permis de décrire les pratiques d'un échantillon aléatoire de médecins généralistes quant à la prise en charge en médecine de ville de l'AIT en Martinique.

Elle a mis en évidence un certain nombre de difficultés lors de la prise en charge à la phase aiguë et du suivi de l'AIT par les médecins généralistes installés en ville.

A la phase aiguë de l'AIT, ces difficultés dépendent en partie d'un manque de connaissance de la pathologie par les médecins et par les patients mais elles sont surtout liées à des problèmes d'organisation de la prise en charge des patients notamment avec un accès difficile aux examens complémentaires et aux spécialistes qui pousse les praticiens à utiliser trop souvent la voie hospitalière, peu adaptée en l'état actuel à ce type de prise en charge.

L'accès aux examens complémentaires reste difficile lors du suivi des patients ayant présenté un AIT.

Un travail sur l'information des patients, la formation des médecins et sur l'accès aux examens complémentaires et aux spécialistes serait nécessaire afin que le patient bénéficie d'une prise en charge optimale. Cette prise en charge ayant pour principal objectif de prévenir la survenue de pathologies plus graves telles que l'AVC.

Lors de notre étude, les médecins interrogés ont proposé un certain nombre de pistes d'amélioration parmi lesquelles la création d'une filière AIT, la formation des médecins généralistes ou encore l'information des patients au moyen de campagnes médiatiques.

Ces différentes pistes retrouvées devront être vérifiées lors d'une étude quantitative incluant idéalement tous les médecins généralistes installés en Martinique afin qu'à terme

des solutions d'améliorations, adaptées au terrain, soient proposées et que la prise en charge des AIT soit la plus efficace possible.

VII.BIBLIOGRAPHIE

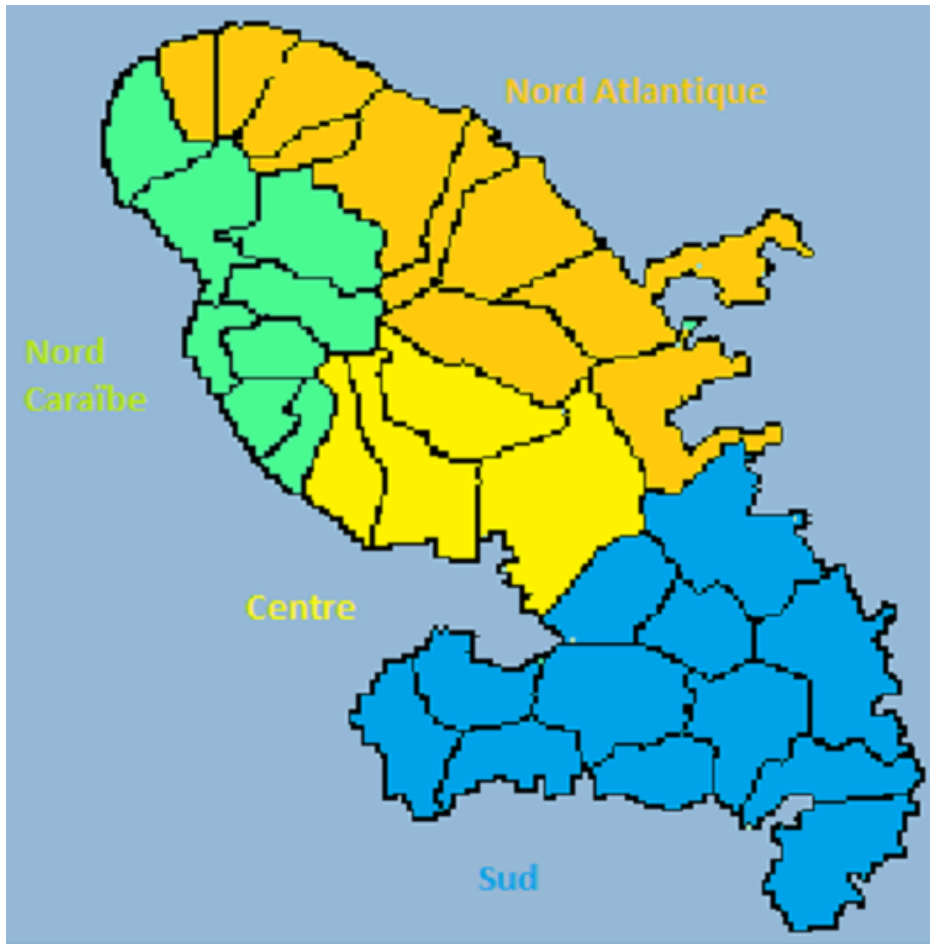
1. ANAES. Prise en charge diagnostic et traitement immédiat de l'accident ischémique transitoire de l'adulte. Recommandations Mai 2004 [Internet]. [cité 1 mai 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ait_recos_2006.pdf
2. Larrue V. Accidents ischémiques cérébraux. EMC - Angéiologie. janv 2007;2(1):1-10.
3. Albucher JF. Nouvelle définition des accidents vasculaires cérébraux transitoires (AIT). Journal des Maladies Vasculaires. 1 mars 2005;30:6.
4. Bertrand Lapergue. La clinique d'accident ischémique transitoire [Internet]. [cité 11 mai 2018]. Disponible sur: http://www.jle.com/download/stv-283202-la_clinique_daccident_ischemique_transitoire--WvV5GH8AAQEAAF4M4S7wAAAAH-a.pdf
5. Amarenco & al. One-Year Risk of Stroke after Transient Ischemic Attack or Minor Stroke | NEJM [Internet]. 2016 [cité 11 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1412981>
6. Amarenco & al. Five-year risk of stroke after TIA o minor ischemic stroke. NEJM. 16 mai 2018;
7. La prévention et les prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France [Internet]. [cité 10 juin 2018]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/AVC_-_rapport_final_-_vf.pdf
8. Camille Lecoffre¹ (camille.lecoffre@santepubliquefrance.fr), Christine de Peretti², Amélie Gabet¹, Olivier Grimaud³, France Woimant^{4,5}, Maurice Giroud⁶, Yannick Béjot⁶, Valérie Olié. L'accident vasculaire cérébral en France: patients hospitalisés pour AVC en 2014 et évolutions 2008-2014 [Internet]. [cité 28 avr 2018]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/5/pdf/2017_5_1.pdf
9. Accident vasculaire cérébral (AVC) [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 15 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/accident-vasculaire-cerebral-avc>
10. Olindo S, Chausson N, Mejdoubi M, Jeannin S, Rosillette K, Saint-Vil M, et al. Trends in incidence and early outcomes in a Black Afro-Caribbean population from 1999 to 2012: Etude Réalisée en Martinique et Centrée sur l'Incidence des Accidents Vasculaires Cérébraux II Study. Stroke. nov 2014;45(11):3367-73.
11. Camille Lecoffre¹ (camille.lecoffre@santepubliquefrance.fr), Christine de Peretti², Amélie Gabet¹, Olivier Grimaud³, France Woimant^{4,5}, Maurice Giroud⁶, Yannick Béjot⁶, Valérie Olié¹. Mortalité par accident vasculaire cérébral en France en 2013 et évolutions 2008-2013 [Internet]. [cité 28 avr 2018]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/5/pdf/2017_5_2.pdf

12. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation, et des statistiques. Les risques de décès un an après un accident vasculaire cérébral. 2015;6.
13. Olindo S, Saint-Vil M, Jeannin S, Signate A, Edimonana-Kaptue M, Cabre P, et al. One-year disability, death and recurrence after first-ever stroke in a Black Afro-Caribbean population. *International Journal of Stroke*. 1 oct 2017;12(8):844-50.
14. Chausson N, Olindo S, Cabre P, Saint-Vil M, Smadja D. Five-Year Outcome of a Stroke Cohort in Martinique, French West Indies. *Stroke* [Internet]. 1 avr 2010 [cité 1 oct 2018]; Disponible sur: https://www.ahajournals.org/doi/abs/10.1161/STROKEAHA.109.573402?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed
15. Smadja D, Cabre P, May F, Fanon JL, René-Corail P, Riocreux C, et al. ERMANCIA: Epidemiology of Stroke in Martinique, French West Indies: Part I: methodology, incidence, and 30-day case fatality rate. *Stroke*. 1 déc 2001;32(12):2741-7.
16. S.Merle, K.Pierre-Louis, J.Rosine, T.Cardoso, J.Inamo, J.Deloumeaux. Prévalence de l'hypertension artérielle en population générale à la Martinique [Internet]. EM-Consulte. 2009 [cité 7 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/200558/alertePM>
17. C.Yacou, V.Cornely, N.Neller, S.Pitot, C.Joubert, A.Blateau, M.Colard, I.Padra, J.Pluton, S.Merle. Surcharge pondérale chez les adultes de 16 ans ou plus en Guadeloupe et Martinique. KANNARI 2013 [Internet]. [cité 2 mai 2018]. Disponible sur: https://www.orsag.fr/wp-content/uploads/2015/11/ORSAG_Surcharge_ponderale_en_Guadeloupe_et_Martinique_CO_2015.pdf
18. L.Mandereau-Bruno, P.Denis, A.Fagot-Campagna, S.Fosse-Edorh. Prévalence du diabète traité pharmacologiquement et disparités territoriales en France en 2012 [Internet]. 2014 [cité 10 juill 2018]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr//beh/2014/30-31/2014_30-31_1.html
19. Premiers résultats du Baromètre santé DOM 2014 - Martinique. 2014;12.
20. Seniors en Martinique : Un enjeu économique - Insee Analyses Martinique - 10 [Internet]. [cité 11 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2128984>
21. Haute Autorité de Santé. Prise en charge initiale d'un accident ischémique transitoire récent. Fév 2007 [Internet]. [cité 11 mai 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ait_-_criteres_devaluation_et_d_amelioration_des_pratiques.pdf
22. Priyanka Bose BSc, MSc; Andrew Wilson MD, FRCP; Amit Mistri MBBS, MRCP, MD. Diagnosis and management of transient ischemic attacks in primary care: a systematic review [Internet]. [cité 28 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.publish.csiro.au/hc/pdf/HC17003>

23. Massengo SA, Cisse M, Guiziou C, Leray E, Rajabally YA, Edan G. Knowledge of TIA among general practitioners and emergency department physicians. A questionnaire survey in a French semi-rural area. *Clinical Neurology and Neurosurgery*. août 2013;115(8):1457-63.
24. Lavallée PC, Meseguer E, Abboud H, Cabrejo L, Olivot J-M, Simon O, et al. A transient ischaemic attack clinic with round-the-clock access (SOS-TIA): feasibility and effects. *The Lancet Neurology*. 1 nov 2007;6(11):953-60.
25. Clélia Dornier, Charlène Gasseur. Filière SOS AIT. Gérer l'urgence en confiance. Etude descriptive auprès de 240 médecins généralistes du bassin grenoblois [Internet]. [cité 1 mai 2018]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00618714/document>
26. NSA ABCD2 tool [Internet]. [cité 29 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.stroke.org/sites/default/files/resources/tia-abcd2-tool.pdf>
27. Mauvais chiffre du centre d'appels du SAMU en Martinique : le manque de personnel pointé du doigt [Internet]. RCI. [cité 7 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.rci.fm/infos/sante/mauvais-chiffre-du-centre-dappels-du-samu-en-martinique-le-manque-de-personnel-pointe>
28. Sanossian N, Ovbiagele B. The risk of stroke within a week of minor stroke or transient ischemic attack. *Expert Opin Pharmacother*. août 2008;9(12):2069-76.
29. Uchiyama S. [Transient ischemic attack, a medical emergency]. *Brain Nerve*. sept 2009;61(9):1013-22.
30. Wilson AD, Coleby D, Taub NA, Weston C, Robinson TG. Delay between symptom onset and clinic attendance following TIA and minor stroke: the BEATS study. *Age Ageing*. mars 2014;43(2):253-6.
31. Lasserson DS, Chandratheva A, Giles MF, Mant D, Rothwell PM. Influence of general practice opening hours on delay in seeking medical attention after transient ischaemic attack (TIA) and minor stroke: prospective population based study. *BMJ*. 18 sept 2008;337:a1569.
32. Giles MF, Rothwell PM. The need for emergency treatment of transient ischemic attack and minor stroke. *Expert Rev Neurother*. mars 2005;5(2):203-10.
33. Dawson J, Lamb KE, Quinn TJ, Lees KR, Horvers M, Verrijth MJ, et al. A recognition tool for transient ischaemic attack. *QJM*. janv 2009;102(1):43-9.
34. Lasserson DS, Mant D, Hobbs FDR, Rothwell PM. Validation of a TIA recognition tool in primary and secondary care: implications for generalizability. *International Journal of Stroke*. 1 juill 2015;10(5):692-6.
35. Woimant F, Alamowitch S, Niclot P, Laurence M. Prévention vasculaire après un infarctus cérébral ou un accident ischémique transitoire. *Journal des Maladies Vasculaires*. sept 2008;33:S71.

36. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer, la revue française de médecine générale*. 2008;19(84):4.
37. Etudes qualitatives et revues systématiques - LEPCAM [Internet]. [cité 20 juin 2018]. Disponible sur: https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/id_quali/
38. Pelaccia T, Paillé P. La recherche qualitative en pédagogie médicale : histoire, pratique et légitimité. *Pédagogie Médicale*. avr 2011;12(3):179-92.
39. Méliani V. Choisir l'analyse par théorisation ancrée : illustration des apports et des limites de la méthode. :18.

Annexe 1 : Carte des 4 secteurs géographiques ARS de la Martinique



ENTRETIEN MEDECINS GENERALISTES

I. Définition AIT

1) A quoi reconnaissez-vous un AIT ?

On attend la définition de l'AIT: déficit neurologique brutale d'origine ischémique d'une durée inférieure ou égale à 1 heure sans preuve radiologique d'infarctus aigu à l'imagerie..

AIT probable :

Symptômes AIT carotidien : cécité monoculaire, aphasie, troubles sensitifs et/ou moteurs unilatéraux touchant la face et/ou les membres.

Symptômes AIT vertébro-basilaire : troubles sensitifs et/ou moteur bilatéraux ou à bascule touchant la face et/ou les membres, HLH, cécité corticale.

AIT possible :

Vertige, trouble de l'équilibre, diplopie, symptôme sensitif isolé ne touchant qu'une partie d'un membre ou qu'une hémiface, dysarthrie, trouble de la déglutition, drop attack.

Notion de régression complète des symptômes lors de l'examen clinique.

2) Quel est le profil du patient qui consulte pour un AIT ?

Orienter le praticien si besoin sur le profil cardio-vasculaire.

II. Prise en charge de l'AIT

3) Comment prenez-vous en charge un AIT ?

- En aigu à visée diagnostique

*On attend l'identification comme **urgence diagnostic et thérapeutique** avec nécessité de prise en charge dans les plus brefs délais. Si AIT <7 jours (récent) délai entre l'apparition des symptômes et l'imagerie 24h max.*

Une orientation vers les urgences ou vers un neurologue ou prise en charge ambulatoire.

Un bilan paraclinique succinct avec une imagerie cérébrale en urgences ou semi-urgence (IRM cérébrale ou à défaut TDM cérébrale sans injection), ECG (recherche de trouble du rythme), un EDTSA ou Angioscanner TSA et Willis, un bilan biologique standard avec un coagulation et recherche de FDRCV.

Une instauration d'antiagrégant plaquettaire le plus rapidement possible (160-300mg/j).

Informé le patient du risque de survenu d'un AVC à court terme, CAT si récurrence des symptômes.

- En sub-aigu à visée étiologique

On attend le bilan cardiovasculaire afin d'identifier l'étiologie de l'AIT (athéromatose, embolique) avec ETT/ETO, HolterECG, AngioTDM TSA et Willis si non fait avant..

Recherche d'autres facteurs de risque cardiovasculaire (diabète, dyslipidémie).

Recherche de trouble de la coagulation

En fonction du contexte, un bilan vasculaire plus général pour faire le point sur la pathologie vasculaire avec EDAMI, épreuve d'effort ou coronarographie.

4) Etes- vous confronté à des difficultés quant à l'organisation de votre prise en charge ? Si oui lesquelles?

Selon-vous, comment pourrait-on améliorer cette prise en charge ?

III. Suivi

5) Une fois le diagnostic d'AIT confirmé, quelle est votre prise en charge thérapeutique et quel suivi mettez-vous en place?

Patient en prévention secondaire

Suivi en fonction de l'étiologie :

- *Si origine athérombotique : prise en charge du risque cardiovasculaire, les différents aspects du suivi: thérapeutique (statine, traitement anti-hypertenseur, traitement efficace d'un diabète si il existe), paraclinique (HBA1c, EAL, EDAMI, EDTSA, à adapter en fonction des pathologies existante), hygiéno-diététique (surpoids, tabac, alcool, activité physique), psycho-social.*
- *Si origine cardio-embolique : surveillance de l'efficacité de l'anticoagulation : pour AVK suivi INR*

Quel est l'intérêt de ce suivi selon vous ?

On attend que le praticien fasse ressortir entre autre le risque accru d'AVC après un AIT et la dimension de problème de santé publique quant au risque potentiel de handicap.

6) Rencontrez-vous des difficultés à organiser le suivi de ces patients ? Si oui lesquelles ?

Selon-vous, comment pourrait-on améliorer le suivi de patients ayant présenté un AIT ?

Annexe 3 : Score ABCD²

ABCD² SCORE – 7 DAYS STROKE RISK	
	POINTS
<u>A</u> ge ≥ 60	1
<u>B</u> lood pressure ≥ 140/90	1
<u>C</u> linical features	
✓ Unilateral weakness	2
✓ Speech disturbance w/o weakness	1
<u>D</u> uration of symptoms	
✓ > 10 min < 59 min	1
✓ ≥ 60 min	2
<u>D</u> iabetes	1
Risk: Score < 5 = 4%; Score of 5 = 16%; Score ≥ 6 = 35%	
Johnston & Rothwell et al. Lancet 2007	

UFR SCIENCES MEDICALES HYACINTHE BASTARAUD

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

Mon premier souci sera, de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels collectifs et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients de décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers.

Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.

Je n'entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences ; je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses,

Que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

MOBETIE Jade

**PRISE EN CHARGE DE L'ACCIDENT ISCHEMIQUE TRANSITOIRE EN MEDECINE DE VILLE EN MARTINIQUE.
ETUDE DES CONNAISSANCES ET DES PRATIQUES DES MEDECINS GENERALISTES**

THESE : MEDECINE

Qualification : Médecine Générale

ANNEE : 2019

NUMERO D'IDENTIFICATION :2019ANTI0461

MOTS CLEFS : AIT, médecins généralistes, Martinique

INTRODUCTION :

En Martinique, département français d'outre-mer, le milieu hospitalier n'est pas adapté à la prise en charge de l'AIT. L'implication du médecin généraliste est importante à valoriser dans ce contexte. L'objectif de l'étude est de décrire les connaissances et les pratiques des médecins généralistes dans la prise en charge de l'AIT en médecine de ville en Martinique.

MATÉRIEL ET MÉTHODE :

Il s'agissait d'une étude qualitative, monocentrique, étudiant les pratiques professionnelles de médecins généralistes installés en libéral, en Martinique.

Un échantillon de 15 médecins a été formé à partir des 4 secteurs géographiques de l'ARS.

Un entretien physique a été convenu après un 1^{er} contact téléphonique.

Ils devaient répondre à un entretien semi-dirigé de 6 questions portant sur la définition, la prise en charge aigue et le suivi des AIT en ambulatoire.

RÉSULTATS

La définition de l'AIT était mal connue des médecins généralistes interrogés.

Sa prise en charge aigüe était conforme aux recommandations en vigueur hormis pour le délai de prise en charge trop long quel que soit le lieu de prise en charge, ambulatoire ou hospitalier. En ambulatoire, cela s'expliquait par une difficulté d'accès aux examens complémentaires et aux spécialistes.

Son suivi était adapté aux mesures de prévention secondaire d'une pathologie neuro-vasculaire mais il était rendu difficile par le manque d'adhésion des patients et les difficultés d'accès aux spécialistes et aux examens complémentaires.

DISCUSSION

Un travail sur l'information des patients, la formation des médecins et l'accès aux examens complémentaires et aux spécialistes serait nécessaire pour une prise en charge optimale de l'AIT.

JURY : Président : Pr Rémi NEVIERE

Juges : Pr André CABIE

: Pr Christophe DELIGNY

: Dr Aissatou SIGNATE