

Académie d'Orléans –Tours
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2010-2011

N°

Thèse
pour le
DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

Clémence GAUDY
Née le 4 Janvier 1982 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 10 Mai 2011

**Reconnaissance et prise en charge pré-hospitalière d'un patient atteint
d'un AVC aigu par le médecin généraliste du Bassin Chartrain:**

Etude qualitative à partir de 15 entretiens semi-dirigés.

Président de Jury : Monsieur le Professeur Bertrand DE TOFFOL, Tours

Membres du jury : Monsieur le Professeur Philippe CORCIA, Tours

Madame le Professeur Marie-Germaine BOUSSER, Paris

Monsieur le Docteur Jérôme GRIMAUD, Chartres

Madame le Docteur Geneviève VIAUD, Chartres

À Monsieur le professeur Bertrand DE TOFFOL,
Professeur de Neurologie,
Qui nous fait l'honneur de présider notre jury de thèse,
Dont nous admirons les compétences humaines, médicales et
pédagogiques,
Qu'il veuille trouver ici l'expression de nos sentiments respectueux.

À Monsieur Philippe CORCIA,
professeur de neurologie,
dont nous admirons les connaissances, les compétences,
qui nous fait l'honneur de juger notre travail,
qu'il veuille trouver ici l'expression de notre profond respect.

À Madame Marie Germaine BOUSSER,
professeur de neurologie,
dont nous admirons les connaissances les compétences, l'expérience et les
qualités humaines
qui nous fait l'honneur de juger notre travail,
qu'elle veuille trouver ici l'expression de notre profond respect.

À Madame Geneviève Viaud,
médecin généraliste et maître de stage,
qui nous a transmis ses connaissances et sa passion de son métier,
qui a pris le temps de soutenir notre travail,
qu'elle veuille trouver ici le témoignage de notre gratitude et de notre affection.

À Monsieur Jérôme GRIMAUD,
neurologue au centre hospitalier de Chartres,
qui nous a transmis ses connaissances, soutenu et guidé pour mener ce travail,
qui nous a offert son temps, son hospitalité et son soutien
qu'il veuille trouver ici le témoignage de notre profond respect et de notre
sincère gratitude.

Aux médecins généralistes d'Eure et Loir qui ont accepté de participer à cette
étude,
qui nous ont accordé leur temps, leur participation active et franche
qui nous ont transmis leur expérience, au cours d'entretiens spontanés et
chaleureux,
nous ont permis de réaliser notre travail de thèse
qu'ils veuillent trouver ici l'expression de notre reconnaissance.

Aux médecins du service de neurologie de l'hôpital de Chartres,
qui nous ont accordé leur temps et leur expérience avec sincérité,
dont les conseils ont été nécessaires dans la réalisation de ce travail
qu'ils veuillent trouver ici le témoignage de notre amitié et de notre
reconnaissance.

À mon père,
pour son amour, sa patience, son accompagnement au cours de mes années de
médecine
pour son soutien constant et ses encouragements, sa générosité
pour avoir toujours été là dans les bons moments comme dans les mauvais,
merci d'avoir fait de moi ce que je suis,
j'espère que tu seras fier de moi.

À ma mère,
pour son amour, sa patience et son soutien
pour ces moments de douceur qui m'ont apporté du bonheur,
pour avoir été là dans les bons moments comme dans les mauvais,
j'espère que tu seras fière de moi.

À ma soeur Alice,
pour toutes ces années passées ensemble à tes côtés,
pour tous ces moments de bonheur partagés avec toi,
pour toutes ces années qu'il reste à partager ensemble
merci pour ta présence et ton amour.

À ma grand-mère Simone,
qui m'a apporté son soutien au cours de mes études,
un exemple de courage
qui m'a apporté ses bons repas
merci pour sa présence et son amour.

À mes amis,
qui ont su me soutenir tout au long de ces années
qui ont su m'encourager et me divertir
merci pour votre présence et votre amitié.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	17
REVUE DE LA LITTERATURE	18
<i>DANS LA LITTERATURE FRANCAISE</i>	18
1. Prévalence de l'AVC dans la région centre	18
2. Les recommandations de prise en charge initiale d'un patient atteint d'un AVC.....	18
3. En pratique, le parcours initial de santé d'un patient atteint d'un AVC.....	20
4. Le délai de prise en charge d'un patient atteint d'un AVC	20
5. Les connaissances des médecins généralistes au sujet de l'AVC	21
<i>DANS LA LITTERATURE ETRANGERE</i>	22
1. Les paramètres qui retardent la prise en charge initiale en milieu spécialisé du patient atteint d'un AVC.....	22
2. Les modalités de prise en charge optimale d'un patient atteint d'un AVC.....	25
3. Place du médecin généraliste dans la prise en charge initiale du patient atteint d'un AVC.....	26
4. Prise en charge en pratique du médecin généraliste.....	27
5. Connaissances des médecins généralistes au sujet de l'AVC.....	29
MATERIELS ET METHODE	31
1. Objectif de l'étude.....	31
2. Type d'étude	31
2.1. Pourquoi avoir choisi ce type d'étude.....	31
2.2. Qu'est ce qu'une étude qualitative.....	32
3. Matériel.....	33
3.1. Population étudiée	33
3.1.1. Critères d'inclusion.....	33
3.1.2. Critères d'exclusion.....	33
3.2. Taille de la population.....	34
4. Méthode	34
4.1. Elaboration de la trame d'entretien.....	34

4.2. Unité de temps et de lieu.....	34
4.3. Déroulement de l'entretien.....	35
4.3.1. Outils.....	35
4.3.2. Conduite de l'entretien.....	35
4.4. Retranscription et analyse des entretiens.....	35
4.4.1. Outils.....	35
4.4.2. Retranscription.....	36
4.4.3. Analyse.....	36
RESULTATS.....	37
1. IDENTIFICATION DES MEDECINS	37
1.1. Description de la population.....	37
1.1.1. Sexe.....	37
1.1.2. Lieu d'exercice.....	37
1.1.3. Age du médecin.....	38
1.1.4. Année de thèse et lieu de thèse.....	38
1.1.5. Date d'installation	38
1.1.6. Les différents types d'exercice.....	39
1.1.7. Autres activités en dehors de la médecine générale.....	39
1.1.8. Formations en rapport avec la neurologie.....	40
1.1.9. Fréquence des AVC en consultation et leur stade de prise en charge.....	40
1.1.10. Diversité d'exercices des médecins du panel	42
1.2. Description des entretiens.....	43
1.2.1. Délai entre le contact téléphonique et la date de l'entretien.....	43
1.2.2. Durée des entretiens.....	43
1.2.3. Lieu des entretiens.....	43
2. ENTRETIENS AVEC LES MEDECINS.....	44
2.1. Quand je vous dis AVC vous pensez à quoi ?.....	44
2.1.1. Sémiologie.....	44
2.1.2. Urgence.....	44
2.1.3. Accident ischémique transitoire.....	45
2.1.4. Prévention des facteurs de risques cardio-vasculaires.....	45
2.1.5. Autres évocations.....	45
2.2. Le dernier patient pour qui vous avez suspecté un AVC c'était quand et c'était où ?.....	46

2.2.1. Lieu de la consultation.....	46
2.2.2. Date de la consultation.....	47
2.2.3. Profil du patient.....	47
2.3. Comment avez-vous posé le diagnostic d'AVC ?.....	48
2.3.1. Diagnostic suspecté en premier par le médecin généraliste.....	48
2.3.2. Motif de consultation du patient	49
2.3.2.1. Symptômes neurologiques du patient.....	49
2.3.2.2. Autres motifs de consultations.....	50
2.3.3. Eléments orientant vers le diagnostic évoqué.....	50
2.3.3.1. Symptomatologie.....	50
2.3.3.2. Délai d'apparition des symptômes et durée des symptômes.....	52
2.3.3.3. Cas des AIT- autres éléments plus spécifiques.....	53
2.3.4. Antécédents médicaux du patient.....	53
2.3.4.1. Facteurs de risques cardio-vasculaires.....	53
2.3.4.2. Antécédents neurologiques.....	53
2.3.4.3. Antécédents cardiaques.....	53
2.3.5. Certitude du diagnostic.....	54
2.4. Avez-vous pensé à un autre diagnostic ?.....	54
2.4.1. Neurologiques.....	54
2.4.2. Cardiologiques.....	54
2.4.3. Décompensation diabétique.....	54
2.4.4. Pathologie psychiatrique.....	54
2.5. Quelle a été votre prise en charge ?.....	55
2.5.1. Diagnostic premier d'AVC.....	55
2.5.1.1. Mode de prise en charge.....	55
2.5.1.1.1. Ambulatoire.....	55
2.5.1.1.2. Hospitalière.....	55
2.5.1.2. Examen clinique.....	55
2.5.1.2.1. Anamnèse.....	55
2.5.1.2.2. Examen physique.....	56
2.5.1.3. Prise en charge immédiate par le médecin.....	57
2.5.1.4. Transfert du patient.....	58
2.5.1.4.1. Orientation.....	58
2.5.1.4.2. Délai de prise en charge.....	58
2.5.1.4.3. Moyen de transport.....	59
2.5.1.4.4. Transmission des informations.....	60
2.5.1.5. Traitements en urgence instaurés par le médecin généraliste.....	61
2.5.1.5.1. Oui.....	61
2.5.1.5.2. Non.....	61
2.5.1.6. Transmission d'informations au patient et à l'entourage.....	61

2.5.1.6.1.	Au patient.....	61
2.5.1.6.2.	A l'entourage.....	62
2.5.1.7.	Devenir du patient après la prise en charge par le médecin généraliste.....	63
2.5.1.7.1.	Structures d'accueil du patient.....	63
2.5.1.7.2.	Retour de la prise en charge spécialisée.....	63
2.5.2.	Diagnostic premier d'AIT.....	64
2.5.2.1.	Mode de prise en charge.....	64
2.5.2.1.1.	Ambulatoire.....	64
2.5.2.1.2.	Hospitalière.....	64
2.5.2.2.	Examen clinique.....	64
2.5.2.2.1.	Examen physique	64
2.5.2.2.1.1.	Examen cardio-vasculaire.....	64
2.5.2.2.1.2.	Examen neurologique.....	64
2.5.2.3.	Examens complémentaires réalisés à la demande du médecin généraliste.....	65
2.5.2.3.1.	Imagerie.....	65
2.5.2.3.2.	Délai de la réalisation des examens complémentaires.....	65
2.5.2.3.3.	Résultats des examens complémentaires.....	65
2.5.2.4.	Recours à un avis spécialisé.....	66
2.5.2.4.1.	Quel avis spécialisé ?.....	66
2.5.2.4.2.	Délai de la prise de l'avis spécialisé.....	66
2.5.2.4.3.	Conclusion de l'avis spécialisé.....	67
2.5.2.5.	Transport du patient dans le cas de la prise en charge hospitalière.....	67
2.5.2.6.	Contact avec les intervenants.....	67
2.5.2.7.	Traitements.....	68
2.5.2.8.	Transmissions d'informations par le médecin généraliste.....	68
2.5.3.	Cas des autres diagnostics suspectés par le médecin généraliste	69
2.5.3.1.	Anamnèse et examen clinique	69
2.5.3.2.	Traitement mis en route en urgence au cabinet.....	69
2.5.3.3.	Transmission des informations en milieu spécialisé	69
2.5.3.4.	Moyen de transfert du patient.....	69
2.5.3.5.	Informations transmises au patient.....	70
2.5.3.6.	Informations transmises à la famille.....	70
2.5.3.7.	Délai de prise en charge en milieu spécialisé.....	70
2.5.3.8.	Retour de la prise en charge en milieu spécialisé.....	70
2.6.	Quelles sont les difficultés à ?.....	71
2.6.1.	L'évocation du diagnostic.....	71
2.6.1.1.	Pour le médecin ayant ressenti des difficultés dans leur prise en charge.....	72
2.6.1.2.	En général les difficultés de diagnostic	72

2.6.2. La prise en charge du patient.....	72
2.6.2.1. Pour les 5 médecins ayant ressenti des difficultés dans leur prise en charge.....	73
2.6.2.1.1. Facteurs liés au médecin	73
2.6.2.1.2. Facteurs liés au patient.....	73
2.6.2.1.3. Facteurs liés au parcours de santé.....	74
2.6.2.2. Les difficultés ressenties en général	75
2.6.2.2.1. Facteurs liés au médecin.....	75
2.6.2.2.2. Facteurs liés au patient.....	75
2.6.2.2.3. Facteurs liés au parcours de soin.....	75
2.7. Facteurs intervenants dans le retard de la prise en charge.....	77
2.7.1. Facteurs liés au patient.....	77
2.7.1.1. Médecin considéré comme référent par le patient.....	77
2.7.1.2. Patient non inquiet.....	77
2.7.2. Autres.....	77
2.7.2.1. Manque de moyens techniques disponibles pour la prise en charge du patient.....	77
2.7.2.2. Contact du patient avec le médecin généraliste par téléphone.....	78
2.7.2.3. Peu de sensibilisation sur l'AVC.....	78
2.8. Qu'avez-vous pensé de votre prise en charge ?.....	78
2.8.1. « Bonne » prise en charge.....	78
2.8.1.1. en rapport avec les recommandations.....	78
2.8.1.2. le patient ou l'entourage est satisfait.....	78
2.8.2. « Mauvaise » prise en charge.....	79
2.8.2.1. Matériel non adapté.....	79
2.8.2.2. Erreur de diagnostic.....	79
2.8.2.3. Non en rapport avec les recommandations.....	79
2.8.3. Autres avis.....	79
2.8.3.1. On se sent démuné.....	79
2.8.3.2. Très critiquable.....	79
2.8.3.3. « je n'ai servi à rien ».....	79
2.9. Votre attitude face à un AVC est-elle toujours la même ?.....	80
2.9.1. Raisonnement identique entre AVC et AIT.....	80
2.9.1.1. Argument en faveur du même raisonnement de prise en charge.....	80
2.9.1.2. Choix du transport.....	81
2.9.1.3. Mode de transfert	81
2.9.1.4. Mode de transmission des informations.....	83
2.9.1.5. Les gestes à faire et ne pas faire.....	83
2.9.1.6. Le but d'une prise en charge en milieu spécialisé.....	83
2.9.2. Différence de prise en charge entre AVC et AIT.....	84

2.9.2.1.	En cas de suspicion d'AIT.....	84
2.9.2.1.1.	Hospitalisation ou prise en charge ambulatoire.....	84
2.9.2.1.2.	Prise en charge uniquement en ambulatoire.....	85
2.9.3.	Dans les deux cas le rapport avec les spécialistes est mentionné	85
2.9.3.1.	Bon rapport.....	85
2.9.3.2.	Mauvais rapport.....	85
2.10.	Que pensez-vous de la place du médecin généraliste dans la prise en charge de l'AVC en phase aigue ?.....	86
2.10.1.	Premier interlocuteur.....	86
2.10.2.	Une place nécessaire.....	87
2.10.3.	Une place indéterminée et difficile.....	87
2.10.4.	Une place en évolution.....	88
2.10.5.	Ce n'est pas la place du médecin généraliste.....	88
2.10.6.	Une place de prévention.....	89
2.11.	Que savez-vous des traitements en urgence ?.....	89
2.11.1.	Quel traitement en urgence?.....	89
2.11.1.1.	Peu ou pas des connaissances des traitements en urgence.....	89
2.11.1.2.	Connaissances des traitements en urgence.....	89
2.11.2.	Où peut-on avoir accès à ce traitement ?.....	90
2.11.3.	Dans quel délai doit être instauré ce traitement ?.....	90
2.12.	Recherchez-vous des informations ?.....	91
2.12.1.	Oui.....	91
2.12.1.1.	Sur quel sujet ?.....	91
2.12.1.2.	Sous quel forme ?.....	92
2.12.2.	Non.....	92
2.12.2.1.	Du fait de la patientèle.....	92
2.12.2.2.	Arguments propres au médecin.....	92
2.13.	Avez-vous besoin d'informations à ce sujet ?.....	93
2.13.1.	Oui.....	93
2.13.1.1.	Traitement.....	93
2.13.1.2.	Prise en charge du patient.....	93
2.13.1.3.	Sémiologie de l'AVC.....	93
2.13.2.	Non.....	93
2.14.	Vos patients sont-ils sensibilisés au sujet de l'AVC ?.....	94
2.14.1.	Les patients ne sont pas inquiets.....	94
2.14.2.	Les patients pensent être sensibilisés.....	95

DISCUSSION.....	97
1. MATERIEL ET METHODE.....	97
1.1. Objectifs atteints.....	97.
1.2. Méthode.....	97
1.2.1. Type d'étude.....	97
1.2.2. Echantillon.....	98
1.2.2.1. Respect des critères d'exclusion et d'inclusion.....	98
1.2.2.2. Taille de l'échantillon.....	98
1.3. Recueil de données.....	99
1.4. Trame d'entretien.....	100
2. PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT ATTEINT D'UN AVC.....	101
2.1. Fréquence des AVC à la phase aigue rencontrés par le médecin généraliste.....	101
2.2. Quel rôle est attribué au médecin généraliste.....	102
2.2.1. Orientation initiale	102
2.2.2. Pédagogique	103
2.2.3. Prise en charge de l'AIT	103
3. DIAGNOSTIC ET ERREURS DE DIAGNOSTIC	104
3.1. Notion d' « urgence ».....	104
3.2. Certitude et erreurs de diagnostic.....	105
4. LA PRISE EN CHARGE EN PRATIQUE PAR LE MEDECIN GENERALISTE DU PANEL	107
4.1. Recueil d'informations.....	107
4.1.1. Horaire	108
4.1.2. Durée des symptômes	108
4.1.3. Antécédents	108
4.2. Examen clinique.....	109
4.3. Orientation	109
4.3.1. Patient atteint d'un AVC.....	109
4.3.2. Patient atteint d'un AIT.....	110
4.4. Mise en route d'un traitement	112
4.5. Choix du transport.....	113
4.6. Examens complémentaires.....	113
4.6.1. Imagerie.....	114
4.6.2. Avis spécialisé.....	114
4.7. Transmission des informations.....	114

5. IMPLICATION DU MEDECIN GENERALISTE DANS LE DELAI DE PRISE EN CHARGE	115
5.1. Définition du délai de prise en charge.....	115
5.2. Facteurs d'augmentation du délai.....	116
5.2.1. Le médecin généraliste.....	116
5.2.2. Les autres facteurs d'augmentation du délai de prise en charge.....	117
5.3. Facteurs réduisant le délai de prise en charge.....	118
5.4. Pronostic du patient atteint d'un AVC.....	119
6. VOIES D'AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT ATTEINT D'UN AVC.....	119
6.1. Connaissances des médecins généralistes.....	119
6.1.1. Sémiologie de l'AVC et de l'AIT.....	119
6.1.2. Traitement et UNV.....	120
6.2. Difficultés rencontrées par le médecin généraliste.....	121
6.2.1. Reconnaissance de l'AVC.....	121
6.2.2. Prise en charge.....	122
6.3. Connaissance de l'AVC par la population.....	123
7. SOLUTIONS PROPOSEES AUX MEDECINS GENERALISTES.....	124
7.1. Outils actuels.....	125
7.1.1. Support papiers.....	125
7.1.2. Internet.....	125
7.1.3. La FMC.....	125
7.2. Propositions en termes d'information pour les médecins généralistes et de stratégie de prise en charge.....	126
7.3. Propositions en termes de formation..... ;.....	127
7.4. Solutions proposées en terme de prévention par les médecins généralistes à leur patientèle.....	127
CONCLUSION.....	129
BIBLIOGRAPHIE.....	131

ANNEXES.....	138
Annexe 1 : FAST.....	138
Annexe 2 : Proposition de sujet de thèse.....	139
Annexe 3 : Amélioration de la trame d’entretien.....	141
Annexe 4 : Transcriptions des entretiens.....	143

INTRODUCTION

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est une urgence diagnostique et thérapeutique par l'existence d'une possibilité d'amélioration par un traitement immédiat. En France, on compte entre 120 000 à 150 000 AVC par an (1), et à Chartres plus d'un par jour. Ils représentent la première cause de handicap acquis de l'adulte, la deuxième cause de démence après l'Alzheimer et la troisième cause de mortalité dans les pays occidentaux (2). Pourtant l'AVC est largement accessible à la prévention. L'amélioration de ce redoutable pronostic est possible à condition que les soins soient organisés, dans une filière spécialisée et structurée autour d'unités neuro-vasculaires (UNV), depuis le lieu de la survenue de l'accident jusqu'au retour à domicile (3).

Actuellement, le médecin généraliste est souvent en première ligne dans l'évocation du diagnostic et la prise en charge de l'AVC. La Haute Autorité de Santé (HAS) diffuse quatre messages clés à l'intention des professionnels de santé et particulièrement des médecins généralistes :

- considérer tout déficit neurologique brutal, transitoire ou prolongé comme une urgence absolue,
- noter l'heure exacte de survenue des symptômes,
- connaître l'efficacité de la prise en charge en unité neuro-vasculaire (UNV),
- connaître les traitements spécifiques de l'AVC (4).

Pourtant, rares sont les études françaises ou étrangères consacrées à la prise en charge par le médecin généraliste d'un patient atteint d'un AVC à la phase aiguë. A notre connaissance, aucune étude ne s'est penchée sur les difficultés ressenties par les médecins généralistes. La littérature médicale s'attache essentiellement à décrire leur rôle dans la prévention primaire et secondaire de l'AVC.

Afin de préparer l'ouverture de l'UNV chartraine, qui s'inscrira dans la filière neuro-vasculaire eurélienne (organisée depuis 2001 autour de l'UNV drouaise), il est essentiel d'observer et d'analyser ce que savent, disent et font les médecins généralistes dans leur pratique quotidienne à la phase aiguë de l'AVC. Pour répondre à cette question, nous avons réalisé une étude qualitative prospective sur une durée de 5 mois en interrogeant 15 médecins généralistes du bassin de population chartrain. L'interprétation des entretiens par analyse de contenu et leur analyse au regard des référentiels de bonnes pratiques, nous donne un aperçu inédit du comportement des médecins généralistes dans leur pratique quotidienne et nous permet de proposer des solutions pour l'amélioration de la prise en charge pré-hospitalière des patients atteints d'un AVC.

REVUE DE LA LITTÉRATURE

Dans la littérature Française,

1. Prévalence de l'AVC dans la région Centre :

Un bulletin épidémiologique de décembre 2008 publié dans **Info en Santé** montre dans la région Centre une prévalence de 2339 AVC par million d'habitants en 2006 (11ème rang sur l'ensemble des départements français), soit 2143 AVC par million d'habitants standardisés par âge en 2006 (5).

2. Les recommandations de prise en charge initiale d'un patient atteint d'un AVC :

Les recommandations de bonne pratique sont définies comme « des propositions développées selon une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ». L'objectif est d'informer les professionnels de santé et les patients et usagers du système de santé sur l'état de l'art et les données acquises de la science afin d'améliorer la prise en charge et la qualité des soins.

Les Recommandations pour la pratique clinique ANAES de Septembre 2002 s'adressent à tous les professionnels de santé, dont les médecins généralistes, et soulignent la nécessité d'une reconnaissance de l'AVC comme « urgence diagnostique et thérapeutique » par les médecins afin de réduire le délai de prise en charge, élément déterminant de la morbi-mortalité. Ces recommandations préconisent les gestes à faire et à ne pas faire en phase aiguë de la prise en charge du patient atteint d'un AVC :

- S'assurer de l'absence d'une menace vitale immédiate.
- Evaluer le niveau de vigilance, l'importance du déficit.
- Faire préciser le début des troubles neurologiques ainsi que les traitements antérieurs et actuels et transmettre ces informations au service d'accueil.
- Mesurer la pression artérielle en décubitus strict.
- Organiser le transfert immédiat vers une unité neuro-vasculaire.
- Si le patient a une famille, le faire accompagner par un membre de la famille.
- Raccourcir les délais de prise en charge par un neurologue en milieu hospitalier.
- En cas d'AIT, organiser le bilan étiologique sans délai.
- Ne pas entreprendre de traitement antihypertenseur, sauf en présence d'une décompensation cardiaque.
- Ne pas utiliser de corticoïdes.
- Ne pas utiliser d'héparine.
- Ne pas faire d'injection intramusculaire (6).

Les recommandations de bonne pratique de Mai 2009 de l'HAS attribuent au médecin généraliste un rôle d'alerte et d'éducation du patient. En effet, il doit informer son patient que dès l'apparition des symptômes évocateurs d'un AVC, ce dernier doit appeler immédiatement le SAMU Centre 15 plutôt que d'appeler au cabinet médical. Cependant, si le patient appelle en premier le médecin généraliste, celui-ci doit transférer l'appel téléphonique au SAMU et si possible rester en ligne avec le patient réalisant alors une conférence à 3 entre le médecin traitant, le patient et le médecin régulateur du SAMU. Le but de cette triangulation est d'assurer une meilleure prise en charge du patient en réduisant le délai de soins.

De plus, ces recommandations préconisent à tous les professionnels de santé la nécessité de considérer tout déficit neurologique brutal, transitoire ou prolongé, comme une urgence absolue ; de noter l'heure exacte de survenue des symptômes ; de connaître l'efficacité de la prise en charge en UNV ; de connaître les traitements spécifiques de l'AVC.

Enfin, il est recommandé que tous les médecins doivent prendre en charge l'AIT comme un AVC (4). Cette mention est retrouvée dans **Les recommandations de bonne pratique allemandes de 2008** publiées par The European Stroke Organisation Executive Committee and The ESO Writing Committee qui considèrent que quelque soit le type d'AVC suspecté initialement, le patient doit être pris en charge de la même manière par les professionnels de santé (7).

Cependant le « trinôme » de la prise en charge optimale du patient atteint d'un AVC mentionné dans ces recommandations diffère des recommandations de l'HAS. En effet, le premier trinôme qui se forme est constitué du patient, de sa famille et du médecin traitant dont le succès de la prise en charge dépend d'une reconnaissance rapide par le public et les professionnels de santé. Ainsi, quand le médecin généraliste reçoit un appel téléphonique ou examine à son cabinet un patient atteint d'un AVC, il doit organiser le transport du patient de préférence par le SAMU vers l'hôpital le plus proche disposant d'une unité neuro-vasculaire en vue d'un traitement rapide. En ce qui concerne le mode de transport du patient, le recours à un transport sans délai est recommandé, et en particulier l'hélicoptère si le patient se trouve à distance de l'hôpital ou en zone rurale.

Les recommandations de bonnes pratiques de l'ANAES de 2004 détaillent la prise en charge de l'accident ischémique transitoire (AIT). Classiquement l'AIT était défini comme un déficit neurologique rétinien de survenue brutale, d'origine ischémique, correspondant à une systématisation vasculaire cérébrale ou oculaire et dont les symptômes régressent totalement en moins de 24 heures. Une nouvelle définition a été proposée par le « TIA Working Groups » : « 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'1 heure, sans preuve d'infarctus aigu. » Il est recommandé d'une part que si le déficit neurologique persiste, de prendre en charge le patient comme un AVC aigu, où les symptômes peuvent ou non régresser. D'autre part, lorsque le déficit neurologique a régressé, il est recommandé de mettre en œuvre dans les meilleurs délais, les moyens diagnostiques et thérapeutiques adaptés. L'AIT doit être considéré comme une urgence diagnostique et thérapeutique. Il est donc recommandé de réaliser une imagerie et un bilan étiologique rapidement. En ce qui concerne la décision d'hospitalisation en service spécialisé, elle est recommandée :

- si elle permet d'obtenir plus rapidement les examens complémentaires
- en cas d'AIT récidivant et récent
- si le terrain le justifie (comorbidités, âge, isolement social) (8).

3. En pratique, le parcours initial de santé d'un patient atteint d'un AVC :

En région Centre dans une étude prospective menée en 2002, **Bonnaud Isabelle et al.** montrent que 65% des patients admis pour suspicion d'AVC ou AIT aux urgences avaient consulté préalablement leur médecin traitant, 27% avaient appelé directement la régulation SAMU et 8% s'étaient rendus directement à l'hôpital. Le moyen de transport du patient jusqu'à l'hôpital, quelque soit son mode d'admission aux urgences, est l'ambulance privée dans 56,9% des cas, les pompiers dans 18,9% des cas, 7,4% pour le SMUR et dans 16,5% des cas d'autres transports. Cette enquête a montré que le transport rapide est peu utilisé dans les 6 départements de la Région Centre (le Cher, l'Eure et Loir, l'Indre et Loire, l'Indre, le loir et Cher et le Loiret) et qu'il existe un circuit préférentiel par contact avec le médecin traitant et un transfert par ambulance privée dans plus de la moitié des cas. Deux études citées dans cette enquête, Harraf et al. (2002) et Derex et al. ont montré que par la création de plus d'UNV et par l'éducation des médecins généralistes et des patients, ce circuit pourrait ne représenter plus qu'1/3 des prises en charge (9).

En 2002, dans un article de **Didier Leys et al.** sur la stratégie pratique en urgence face à un AVC, la prise en charge initiale est décrite avec « un maintien à domicile de certains malades » alors qu'il existe des moyens thérapeutiques prouvés efficace réduisant la morbi-mortalité des patients. Ils divisent la stratégie pratique d'urgence face à un AVC en 4 phases, énumérées par ordre chronologique : « identification de l'AVC », « nature de l'AVC », « appréciation du profil évolutif de l'AVC » et « étiologie de l'AVC ». Dans cet article le médecin généraliste intervient dans la première phase. Son rôle est essentiellement d'interroger le patient et son entourage afin d'orienter l'enquête étiologique de l'AVC (10).

4. Le délai de prise en charge d'un patient atteint d'un AVC :

En 2002, **Isabelle Bonnaud et al.** ont constaté que le délai médian entre le début d'apparition des symptômes et l'arrivée au service des urgences était de 4 heures et 52 minutes et que seulement 39,8% arrivaient dans les 3 heures après le début des symptômes (9).

Dans un article sur les unités cérébrovasculaires de 2008, **Launois et al.** citent l'enquête réalisée par le Réseau d'Evaluation en Economie de la Santé (RESS) sur le délai de prise en charge du patient atteint d'un AVC. Celle-ci montre que l'appel par le patient à son médecin traitant aurait des conséquences dramatiques en rallongeant le temps d'arrivée aux urgences de 5 heures. En 2007 le délai moyen d'arrivée aux urgences tout patient confondu était de 10 heures même si 50% des patients arrivaient dans un délai inférieur ou égal à 3 heures trente (11).

En France, dans une étude menée en 2008, **Woimant et al.** constatent que 50% des patients souffrant d'un AVC franchissaient le seuil des urgences dans un délai de 3 heures 30. Or, ce

délai était réduit à moins de 3 heures en 1996. Une mauvaise formation et reconnaissance de l'AVC en terme d'urgence médicale par des professionnels de santé semble être l'une des causes principales de l'allongement du retard à la prise en charge. Les auteurs ajoutent également une définition de l'urgence médicale dont les trois critères « début brutal, mauvais pronostic et possibilité d'amélioration par un traitement immédiat » sont réunis pour l'AVC (3).

En France, en zone rurale, dans une étude rétrospective réalisée entre 1995 et 1998, **Osseman** *et al.* ont étudié les facteurs influençant le délai d'admission d'une population rurale après un AVC. Cette étude montre que le délai moyen d'arrivée au service d'urgence d'un hôpital en zone rurale est de 4h10 ($p=0,001$). Cependant l'appel au médecin généraliste par le patient n'est pas retrouvé dans cette étude. En ce qui concerne le rôle du médecin généraliste, son contact par le patient ne permet pas un recours plus fréquent au transport par ambulance. Elle montre surtout que les facteurs responsables d'un allongement du délai sont l'âge du patient, la survenue de l'AVC entre 20h et 8h, des symptômes modérés en particulier des céphalées ($p=0,010$) dont une des causes importantes serait un manque d'information de la population générale et qu'il serait nécessaire de réaliser des campagnes d'informations de la population générale et des médecins traitants pour optimiser la prise en charge (12).

A Lyon, dans une étude prospective menée de Juillet 1998 à Juillet 1999, sur 166 patients atteints d'un AVC admis dans l'unité neuro-vasculaire du CHU de Lyon, **Derex et al.** démontrent que le recours au médecin généraliste en première intention diminue le recours au transport en ambulance. En effet, les patients ont trois fois plus recours à une ambulance ou autre transport d'urgence quand le médecin généraliste n'est pas le premier contact (13).

5. Les connaissances des médecins généralistes au sujet de l'AVC :

L'étude épidémiologique de Lae et al. en 2008 identifie les connaissances de 20 médecins généralistes sur les AVC et le parcours de santé du patient atteint d'un AVC dans la région annemassienne. Elle montre que le délai de prise en charge augmente avec la méconnaissance des moyens thérapeutiques et de l'organisation des soins dans le département (55% des médecins appellent directement l'ambulance sans avertir le centre 15, 40% connaissent les modalités de prise en charge du département). Même si le diagnostic d'AVC est fait correctement, pour seulement 30% des médecins interrogés l'horaire de début des symptômes est jugé important. De plus, le SAMU est peu sollicité par les médecins généralistes. Dans 70% des cas ces derniers ne connaissant pas le délai maximal du traitement par fibrinolyse. Cela conduit à un retard de prise en charge en milieu spécialisé et une perte de chance pour le patient (14).

Dans la littérature étrangère,

1. Les paramètres qui retardent la prise en charge optimale du patient atteint d'un AVC :

L'une des principales barrières à l'administration d'un traitement spécialisé et en particulier la thrombolyse est le délai pré-hospitalier. En conséquence, il est nécessaire de connaître les facteurs responsables d'une augmentation de ce délai de prise en charge.

On compte plusieurs études sur ce sujet dont le contact premier entre le patient et le médecin généraliste en particulier l'appel téléphonique et le choix du transport autre qu'une ambulance restent les deux principaux facteurs récurrents d'une augmentation du délai de prise en charge d'un patient atteint d'un AVC en milieu spécialisé.

Les différents facteurs d'augmentations de prises en charge d'un patient atteint d'un AVC peuvent être classés ainsi :

- **Le premier contact avec le médecin généraliste**

Dans une étude transversale réalisée de 2005 à 2006, **Roebbers et al.** ont montré que le facteur influençant la prise en charge précoce était essentiellement le mode du premier contact avec le médecin (au cabinet ou par téléphone) (15). En Inde, dans une étude prospective menée de 1997 à 1998, **Srivastava et al.** ont étudié les facteurs influençant le délai de prise en charge en milieu spécialisé de 110 patients atteints d'un AVC dans la ville de New-Delhi. Le temps moyen d'arrivée à l'hôpital est de 7,66 heures après l'apparition des symptômes, et seulement 25% des patients arrivent dans un délai de moins de 3 heures. Parmi ces facteurs certains pouvaient jouer un rôle indépendamment les uns des autres : contact avec le médecin local, perception de la menace, distance. En général les facteurs négatifs étaient géographiques, organisationnels et éducatifs. Ainsi en Inde, le rôle du médecin traitant doit être renforcé et une éducation de la population sur le sentiment d'urgence est nécessaire (16).

En Suède, dans une étude prospective multicentrique menée de Avril à Mai 1996 sur 15 unités neuro-vasculaires, **Wester et al** montrent qu'un des facteurs augmentant le délai de prise en charge est le contact premier avec le médecin généraliste (17).

A Karachi dans une étude transversale menée entre Septembre 2006 et Février 2007 sur 165 patients admis au service des urgences d'un hôpital pour un AVC, **Siddiqui et al.** ont montré que 63% des patients atteints d'un AVC appelaient en premier leur médecin traitant qui les référait par la suite à l'hôpital. Selon eux, le délai moyen d'arrivée à l'hôpital après le début des symptômes était de 6 heures avec 28,5% qui arrivaient avant trois heures. Les patients atteints d'un AVC arrivaient souvent trop tard et ne pouvaient répondre aux critères de traitement par la thrombolyse. Un des facteurs important était le mode d'aiguillage, ainsi 64% des patients qui ont consulté au delà du délai de 3 heures avaient consulté en premier leur médecin généraliste (18).

A Taiwan, dans une étude prospective menée en 2004 sur 196 patients admis au service des urgences pour un AVC, **Chang et al.** ont montré que le temps moyen entre le début des symptômes et l'appel à un médecin est de 90 minutes, 44% des patients ont recours à un autre médecin avant de se rendre à l'hôpital (19).

Aux Philippines, dans une étude prospective sur 292 patients admis pour AVC à l'hôpital (the St Luke's Medical Center) de Mai à Octobre 2000, **Yu et al.** montrent que 97% des patients en cas d'AVC ont recours à un médecin autre que neurologue et qu'en cas d'AVC hémorragique, les patients consultent plus rapidement aux urgences que leur médecin généraliste (20).

A Genève, dans une étude prospective menée sur 6 mois de Décembre 2004 à Mai 2005 sur 331 patients admis pour AVC, **Sekoranja et al.** montrent que le temps moyen d'admission aux urgences est de 3h20 et que le recours premier au médecin généraliste allonge significativement le délai de prise en charge tandis que le recours à une ambulance ou l'admission directe sans passer par le médecin traitant améliore la prise en charge et permet de réduire le délai d'admission (21).

- **Le mode de transport**

Srivastava et al. ont montré que le type de transport influençait le délai de prise en charge en milieu spécialisé (16).

Wester et al. montrent qu'un des facteurs augmentant le délai de prise en charge est le recours à un transport autre que l'ambulance (17).

Siddiqui et al. en 2008 soulignaient également le mode de transport autre que l'ambulance choisi comme facteur d'augmentation du délai de consultation dans 72% des cas, ainsi qu'une pénurie de transport d'urgence au Pakistan (18).

Chang et al. ont montré que seulement 22% des patients ont recours à une ambulance pour se rendre à l'hôpital, responsable d'une réduction du délai de prise en charge (19).

Sekoranja et al. ont montré que le choix de transport autre que l'ambulance allonge le délai de prise en charge du patient atteint d'un AVC (21).

- **Manque de sensibilisation de la population générale sur l'AVC**

Srivastava et al. ont montré que la faible perception de menace par le patient ou les accompagnants augmentait le délai de prise en charge (16).

A Berlin, dans une étude randomisée menée à Berlin sur trois hôpitaux possédant une unité neuro-vasculaire menée en 2009, **Muller-Nordhorn et al.** montrent que les facteurs sont la perception des symptômes considérés comme urgent ou non par le patient, la sensibilisation du patient par rapport à l'AVC qui influencent l'appel initial au service des urgences (22).

En Italie, dans une étude prospective menée entre 2000 et 2004 sur 2213 patients atteints d'un AVC admis en unité neuro-vasculaire de l'hôpital de Perugia, **Silvestrelli et al.** constatent que les facteurs de retard de la prise en charge sont surtout des facteurs pré hospitaliers pour 89,2% des cas. Il s'agit principalement pour 48,7% des patients du manque de sensibilisation

de l'urgence de leurs symptômes neurologiques. Ainsi, un programme de formation et d'éducation de la population et des médecins généralistes est nécessaire, dont le bénéfice a déjà été montré dans la réduction du délai par ces programmes d'éducation (23).

Siddiqui et al. en 2008 ont montré que le manque de connaissance des patients retardait la prise en charge adaptée (18).

Kwan et al. en 2004 ont recherché les différentes barrières à l'accès à la thrombolyse au travers de 54 études via l'outil de recherche MEDLINE et EMBASE qui sont : la non reconnaissance des symptômes de l'AVC par le patient ou sa famille, élément le plus récurrent au travers des études, le contact premier avec le médecin généraliste identifié dans 23 études comme une barrière et augmente le délai (24).

- Facteurs géographiques

D'après Roebbers et al. la distance entre le cabinet et le service des urgences est un facteur d'augmentation du délai de prise en charge (15).

Srivastava et al. ont montré que le lieu de résidence et la distance par rapport avec l'hôpital le plus proche augmentent le délai de prise en charge (16).

- Unités de temps :

Au Canada, dans une étude d'une base de données canadienne sur la morbidité hospitalière entre Avril 2003 et Mars 2004, **Saposnik et al.** montrent que le recours au médecin généraliste en cas d'AVC durant le week-end in extenso augmente significativement la mortalité (25).

En Angleterre, dans une étude prospective menée sur 91000 patients de 9 médecins généralistes entre Avril 2002 et Mars 2006 **Lasserson et al.**, retrouvent le même phénomène en cas d'AIT survenant en dehors des heures ouvrables ($p < 0.001$). En effet les patients attendent le retour de leur médecin traitant pour les consulter sans urgence (26).

- Autres facteurs :

D'après Roebbers et al. d'autres facteurs semblaient modifier les réponses mais de moindre importance : le sexe du médecin, l'expérience professionnelle, sa spécialité (médecin généraliste, interniste, neurologue), une activité de groupe, le type du cabinet médical, le nombre de patient atteint d'AVC diagnostiqué par an par le médecin (15).

Pour Wester et al les conditions d'habitat en campagne et le fait d'être seul au moment de l'apparition des symptômes augmentent le délai de prise en charge (17).

En ce qui concerne l'AIT, le délai de prise en charge est encore plus long. En effet **Sprigg et al en 2008** montrent que la majorité des patients contactent en premier leur médecin généraliste, parmi lesquels 50% des patients attendent 24h après le début des symptômes et 25% attendent 2 jours ou plus avant d'y prêter attention. Comme nous l'avons vu pour les AVC, le contact avec le médecin généraliste est un facteur de retard à la prise en charge, en particulier en cas d'horaires non ouvrables. Il a été également démontré une pauvre connaissance des symptômes de l'AIT par la population (27).

2. Les modalités d'une prise en charge optimale d'un patient atteint d'un AVC :

A Singapour, dans une étude menée en 2008, **Venketasubramanian et al.** montrent que le rôle du médecin traitant dans la prise en charge pré-hospitalière d'un patient atteint d'un AVC est d'évoquer un diagnostic précis, d'exclure d'autres diagnostics tel l'hypoglycémie, d'assurer une première aide auprès du patient, de réassurer la famille en attendant l'arrivée d'un transport adapté. Ainsi la première étape de prise en charge par le médecin généraliste consiste en une évaluation des constantes vitales du patient, le recueil de symptômes initiaux et leur évolution au moment de l'examen clinique, l'horaire du début d'apparition des symptômes, les facteurs de risque du patient permettant ainsi d'évoquer un diagnostic provisoire. Le médecin se devra d'administrer un traitement par voie intraveineuse si le patient est somnolent ou en hypotension. Le patient devra par la suite être transporté vers l'hôpital le plus proche avec une lettre de référence du médecin traitant. Pour les patients suspectés atteints d'un AIT ou ne présentant plus de symptômes au moment de l'examen par le médecin généraliste, ce dernier devra délivrer un traitement antiplaquettaire et transmettre le patient à un neurologue dans un délai de semi-urgence pour une prise en charge plus approfondie. D'après cette étude le médecin généraliste assure une meilleure prise en charge que le spécialiste une fois le patient stabilisé en post-hospitalisation (28).

En Australie, dans une étude menée en 2006 sur la prise en charge multidisciplinaire du patient atteint d'un AVC, **Mitchell et al.** n'ont pas montré une meilleure efficacité par ce mode de prise en charge en termes de morbi-mortalité du patient atteint d'un AVC. Ils reconnaissent cependant le médecin généraliste comme un acteur essentiel de la coordination de cette prise en charge initiale (29).

Dhamija et al. en 2007 montrent en Australie qu'il est important que le médecin généraliste reconnaisse les symptômes d'un AVC et AIT, en tant qu'urgence médicale ce qui est souvent le cas mais dont le parcours de soin n'est pas toujours adapté. La reconnaissance et le transfert rapide en milieu hospitalier est l'élément clé et le plus important de la « chaîne de survie » d'un patient atteint d'un AVC. Les solutions proposées sont le recours à une échelle de type FAST, à un staff paramédical ou médical téléphonique ou encore l'éducation des patients à savoir reconnaître les symptômes d'un AVC et de savoir appeler directement une ambulance. De plus les facteurs modifiables responsables d'une augmentation du délai de prise en charge sont : le premier contact avec le médecin généraliste, la méconnaissance de l'horaire de début des symptômes, le choix de transport autre qu'une ambulance, incapacité du patient à ressentir le danger en cas d'AVC. Ce contact premier avec les médecins généralistes joue un rôle dans le retard de prise en charge par le fait que les patients attendent les horaires de consultations des médecins et qu'ils ne peuvent pas toujours se rendre à domicile. Le médecin généraliste a un rôle important dans l'éducation sur les symptômes de l'AVC et sur la nécessité d'un choix de transport immédiat par ambulance (30).

Lasserson et al. en 2009 attribuent au médecin généraliste un rôle de diagnostic et de reconnaissance rapide d'un AIT, d'administration d'aspirine avant l'imagerie, en l'absence de fibrillation auriculaire et le transfert à un spécialiste. Ce dernier confirmera le diagnostic par la réalisation d'une IRM cérébrale. Ils soulignent une bonne connaissance de la définition

d'un AVC, cependant de poser le diagnostic semble plus compliqué en première intention par le médecin généraliste. Le recours au score ABCD 2 est cité dans l'évaluation du risque et du diagnostic d'AVC (26).

Freiburghaus et al. en 2008 ont montré que le recours au médecin généraliste en Suisse augmente le délai de prise en charge en UNV. Cependant un rôle bien défini permettrait une meilleure prise en charge avec un appel au centre 15 si pas de déplacement possible, aménager la prise en charge avec la transmission des informations sur l'horaire de début des symptômes, les symptômes et le territoire envisagé, et optimiser au mieux les conditions de transfert et de réception du patient en milieu hospitalier avec une disponibilité de traitement et d'imagerie. Cela serait possible grâce à des campagnes de prévention et de permettre au médecin d'urgence de garde de faire un premier tri après l'appel au 15 (31).

3. Place du médecin généraliste dans la prise en charge initiale du patient atteint d'un AVC

La plupart des études mentionnées précédemment citent le médecin généraliste comme le premier contact avec le patient atteint d'un AVC, responsable dans la plupart des cas d'une augmentation du délai de prise en charge en milieu spécialisé. D'autres études se sont attachées à détailler le rôle du médecin généraliste dans ce parcours de soin.

Déjà en 1997 dans une étude par questionnaires menée sur 138 patients atteints d'un AVC, **Bisset et al.** montraient que le médecin généraliste avait un rôle principal dans la prise en charge d'un patient atteint d'un AVC. Il était donc nécessaire de lui définir un rôle et de lui en donner les moyens. Les patients avaient en effet un recours privilégié avec leur médecin traitant (32).

En Suisse, dans une étude menée en 2006, **Nedeltchev et al.** ont évalué les connaissances de la population sur l'AVC par l'intermédiaire de questionnaires. Ils ont constaté que 35,6% des patients après apparition des symptômes attendent la régression spontanée de la symptomatologie pour consulter leur médecin traitant. Les sujets âgés appellent ou consultent plus facilement leur médecin généraliste par rapport aux sujets jeunes. Dans le cas où les symptômes ont régressé au bout de 24 heures d'après l'ancienne définition, 58% des patients appellent ou consultent leur médecin traitant dans les jours suivants. En Suisse le médecin traitant a une place prioritaire (33).

En Angleterre, dans une étude menée en 2003 **Mant et al.** ont montré que 39% des patients atteints d'un AIT sont pris en charge en ambulatoire par le médecin traitant et ne sont pas revus par un spécialiste (34).

Aux Etats-Unis, dans une étude prospective menée d'août 1992 à juillet 1994, sur la consultation du patient lors d'un premier épisode d'AIT ou d'AVC, par l'étude de leur dossier médical, **Goldstein et al** ont montré qu'en général 15% des patients ont consulté en premier les médecins généralistes. Si les symptômes des patients sont jugés peu sévères, ils consultent directement le médecin généraliste (35).

4. Prise en charge en pratique du médecin généraliste d'un patient atteint d'un AVC :

En Allemagne, dans une enquête transversale menée de septembre 2005 à mars 2006, **Roebbers et al.** ont étudié la perception des médecins de premiers secours dont les médecins généralistes par rapport à l'AVC et leur pratique actuelle face à cette situation. Cette étude permettait aussi de mettre en avant les facteurs influençant le choix décisionnel d'une prise en charge en urgence d'un patient atteint d'un AVC. En effet, l'hospitalisation en milieu spécialisé d'un patient atteint d'un AVC dépend de la gestion en pré-hospitalier. La population étudiée était composée de 714 médecins intervenant en soins primaires dont des médecins généralistes (55,3%), des internistes et des neurologues, d'activité médicale rurale ou urbaine au travers de 4 régions d'Allemagne. La méthode utilisée consistait en des questionnaires et des cas cliniques posés aux médecins. Les scénarii proposés étaient au nombre de 5 et se répartissaient ainsi : 2 cas où le contact entre le médecin et le patient se faisait par téléphone, dans l'un le patient présentait des symptômes clairs et dans l'autre des plaintes peu claires ; et 3 cas où le contact entre le médecin et le patient se faisait au cabinet, l'un avec des symptômes clairs, un autre avec des symptômes peu clairs, et le dernier ayant eu un AIT la nuit précédent la consultation au cabinet. Pour chaque cas la réaction initiale et le type de prise en charge (urgence ou non) étaient évalués. Les résultats avaient montré :

- Sur la perception de l'AVC et de l'AIT comme une urgence médicale : reconnaissance en tant que tel dans 95% des cas pour l'AVC et dans 85% des cas pour l'AIT. Cependant 39% des médecins considéraient que l'AIT devait être pris en charge en ambulatoire et qu'un patient atteint d'un AVC ne nécessitait pas d'hospitalisation dans les cas suivants : comorbidités majeures, manque de résultat du traitement par thrombolyse et refus du patient.
- Sur leur prise en charge : deux tiers des médecins envoyaient en urgence un patient atteint d'un AVC quand les symptômes étaient clairs quelque soit le type de contact. Le patient avait de meilleures chances d'être hospitalisé si le premier contact se faisait au cabinet du médecin. Le patient avait moins de chance d'être hospitalisé si le cabinet était à la campagne et si le premier contact se faisait par le médecin généraliste même si les symptômes étaient clairs ($p=0,002$). De même le contact par téléphone réduisait la probabilité d'admission en milieu spécialisé. Les patients ayant des symptômes peu clairs étaient d'avantage pris en charge en ambulatoire de même que pour un patient ayant eu un AIT (55%).
- En ce qui concerne le choix de l'hôpital pour la suite de la prise en charge du patient, dans 45% des cas les médecins toutes spécialités confondues optaient pour l'unité neuro-vasculaire (UNV).

La majorité des médecins (97%) considéraient l'AVC comme une « urgence médicale » et nécessitait donc une prise en charge hospitalière spécialisée, mais seulement 2/3 des médecins orientaient leur patient à l'hôpital. Cette étude avait permis de montrer un écart entre la perception des médecins face à un patient atteint d'un AVC et leur prise en charge en pratique (15).

A Genève, dans une étude prospective menée de Décembre 2004 à Mai 2005 sur 331 patients ayant présentés un déficit neurologique focal, **Sekoranja et al.** ont montré que 33% des médecins généralistes considèrent l'AVC comme une urgence médicale même si le délai d'accès à la thrombolyse est dépassé. 21% recommandent un transfert immédiat vers l'hôpital pour une éventuelle thrombolyse, mais seulement 11% organisent le transport eux-mêmes, 13% pensent que les symptômes ne sont pas assez sévères pour justifier un transport médicalisé. De plus 28% des patients ont refusé l'hospitalisation (21).

Aux Etats-Unis, dans une étude prospective réalisée sur deux années menée sur 27 médecins généralistes et leur patientèle en 2000, **Goldstein et al.** montrent que pour 32% des patients ($p=0,70$), le médecin traitant demande un avis spécialisé. Sur la totalité des AVC diagnostiqués en pré-hospitalier, 20% des patients n'ont pas été hospitalisés. Une forte proportion de patient atteint d'AIT sont pris en charge en ambulatoire (35).

Au Royaume-Uni, dans une étude comparative menée en 2003 sur 5881 patients, **Mant et al.** ont montré que la majorité des AIT est pris en charge par le médecin traitant avec une prise en charge ambulatoire, sans recours à un spécialiste (35).

Au Royaume-Uni, dans une étude quantitative réalisée en 2008, **Jagadeshm et al.** montrent une bonne reconnaissance de l'AIT par le médecin généraliste en cas de symptômes focaux, cependant en cas de symptômes peu francs, le médecin généraliste éprouve des difficultés à reconnaître un AIT. Les vertiges et la confusion sont reconnus par les médecins généralistes comme des épisodes d'AIT (36).

Or, d'après l'échelle de ROSIER, utilisée pour la reconnaissance de l'AVC aux Urgences, la perte de connaissance ou la syncope est considéré comme un signe négatif de l'AVC de même que l'épilepsie. Ces erreurs diagnostics sont également retrouvées dans les Recommandations de bonne pratique de l'HAS (8).

L'orientation du patient en cas d'AIT est très aléatoire et dépend en particulier des symptômes du patient. En ce qui concerne d'initier le traitement, le médecin généraliste est moins à l'aise que le spécialiste pour initier la mise en route d'un traitement par antiplaquettaires ou statines. 22 à 40% des médecins généralistes adressent leur patient atteints d'un AIT à un spécialistes. Il est alors important de réaliser des campagnes pas seulement pour la population mais aussi pour les médecins de référer en urgence aux spécialistes en cas d'AVC (36).

En Australie, dans une étude randomisée de Novembre 2000 à Février 2001 sur 490 médecins généralistes, **Middleton et al.** ont montré que les médecins reconnaissent l'AIT comme une urgence, la nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire, l'intérêt d'un endartériectomie en cas de symptômes associés et de patient à haut risque, et l'intérêt d'un traitement par aspirine. Les médecins généralistes de l'étude souhaitent rester en première ligne en vue d'initialiser le traitement (37).

En Angleterre, dans une étude de cohorte menée en 2001, **Gibbs et al.** ont montré que la prise en charge de l'AIT par le médecin généraliste suit deux orientations : soit le recours à un traitement par antiplaquettaires, soit l'adresser à un spécialiste en milieu hospitalier, et cela en fonction de la région géographique du patient et du médecin. Cependant en pratique le médecin généraliste a peu de recours à l'administration d'Aspirine® et au spécialiste neurologue (38).

En Irlande, dans une étude réalisée sur 2300 médecins généralistes en 2009, **Whitford et al.** ont montré que 94% des médecins généralistes qui prennent en charge en ambulatoire un AVC ont recours à l'Aspirine et 60% souhaitent réduire la pression artérielle (39).

Harbison et al. en 2003, montrent qu'en comparant trois voies possible en cas d'AVC (contact premier avec le médecin généraliste, appel d'une ambulance ou consultation au service des Urgences), celle choisie par la population est la première voie. De plus les médecins généralistes envoient beaucoup aux urgences en cas de suspicion d'AIT, avec un taux conséquent d'erreurs de diagnostics, traduisant un manque de connaissance sémiologique de l'AIT (40).

En Pologne, au cours d'une étude quantitative menée en 2002, **Tomasik et al.** ont montré en ce qui concerne l'AIT, que les médecins généralistes ont des difficultés à l'évocation du diagnostic en particulier en cas de symptômes peu spécifiques et d'antécédents neuro-vasculaires. De plus ils ont des difficultés de prise en charge et un faible recours aux spécialistes en particulier neurologues en cas de trouble oculaire, et ophtalmologues en cas de troubles moteurs (41).

5. Connaissances des médecins généralistes au sujet de l'AVC :

A Chicago, dans une étude prospective menée en 2006 sur la reconnaissance du médecin généraliste d'un patient atteint d'un AIT, **Prabhakaran et al.** ont montré que sur 100 patients suspectés d'un AIT, seulement 40 des diagnostics ont été confirmés par des médecins urgentistes et neurologues. Cette étude a montré une faible sensibilisation du médecin généraliste par rapport la sémiologie de l'AVC quelque soit son type et de la reconnaissance de ce diagnostic en terme d'urgence médicale. Les erreurs diagnostics regroupaient des atteintes métaboliques, des atteintes du système nerveux périphériques, des pathologies psychiatriques, des migraines (42).

A Los Angeles, dans une étude quantitative réalisée en 2001 au travers de questionnaires **Wang et al.** ont montré qu'il existe une meilleure reconnaissance de l'AVC par les médecins urgentistes et les internistes que les médecins généralistes ainsi qu'une meilleure connaissance des campagnes de prévention et d'information sur l'AVC. Cependant 75% des médecins généralistes se disent familier avec les symptômes de l'AVC contre 81% des médecins urgentistes et 71% des internistes. Les médecins généralistes semblent alors surestimer leur connaissance sur l'AVC (43).

Au Danemark, dans une étude rétrospective menée de 2003 à 2004, **Fischer et al.** ont analysé les erreurs diagnostiques des médecins de premiers soins et le retard de prise en charge en milieu spécialisé. Les résultats ont montré que sur 583 patients admis aux urgences pour une suspicion d'AVC, seulement 30,1% des diagnostics ont été confirmé par les médecins spécialisés. Plus de la moitié des patients admis n'ont pas fait appel au service mobile d'urgence (appel du 112 dans l'étude), mais sont venus directement accompagnés de leur parents ou des pompiers, ou adressé par leur médecin généraliste. Cette étude montre un réel manque de connaissances sémiologiques ne permettant pas une prise en charge du patient rapide et approprié en milieu spécialisé, élément déterminant de l'accès au traitement actuellement efficace qu'est la thrombolyse (44).

Ainsi, la littérature française et étrangère compte de nombreux articles sur la prévention secondaire de l'AVC. Nous n'avons pas retrouvé de publications françaises consacrées uniquement à la place du médecin généraliste dans la phase aigue de la prise en charge d'un patient atteint d'un AVC. De nombreuses études réalisées à l'étranger ont identifié les paramètres qui retardent la prise en charge initiale d'un patient atteint d'un AVC. Elles montrent que le contact avec le médecin généraliste est un facteur d'une augmentation du délai de prise en charge en milieu spécialisé. De plus, la place du médecin généraliste dans le parcours de soin initial du patient atteint d'un AVC à la phase aigue est souvent mentionnée mais elle n'est pas étudiée dans le détail. Ainsi, il existe des études réalisées à l'étranger et en France qui soulignent la place du médecin généraliste dans cette prise en charge, mais aucune ne s'attache à savoir ce qu'ils font réellement et comprendre en quoi ce premier contact entre le patient et son médecin généraliste peut retarder la prise en charge adaptée. On compte quelques études réalisées à l'étranger sur l'évaluation des connaissances sur l'AVC par les médecins généralistes mais surtout par la population générale.

MATERIEL ET METHODE

1. OBJECTIF DE L'ETUDE

L'objectif de cette étude est d'observer puis d'analyser ce que savent, ce que disent, et ce que font réellement les médecins généralistes du bassin chartrain dans leur pratique quotidienne face à un patient à la phase aiguë de l'AVC.

Les thèmes ainsi abordés seront :

- Les connaissances des médecins généralistes
 - ◆ sémiologie clinique de l'AVC,
 - ◆ la notion d'urgence diagnostique
- Leur stratégie de prise en charge en phase aiguë
 - ◆ Gestes et traitements à faire et ne pas faire au cours de la phase pré-hospitalière
 - ◆ Organisation du transfert
 - ◆ Appel du centre 15
 - ◆ Délai de prise en charge en milieu spécialisé
- Les difficultés ressenties par les médecins généralistes, afin de proposer avec eux des solutions pour l'amélioration de leur prise en charge pré-hospitalière des patients atteints d'un AVC.

L'objectif est d'identifier le maximum de pratiques, d'expériences et d'opinions différentes, voire opposées. Cette étude permet de comprendre le ou les phénomènes actuels qui interviennent dans le délai de prise en charge et peuvent ainsi retarder cette prise en charge en milieu spécialisé d'un patient atteint d'un AVC en phase aiguë, diminuant ainsi le pronostic vital et fonctionnel du patient.

2. TYPE D'ETUDE

Le type d'étude choisie pour répondre à ce sujet est l'étude qualitative prospective.

2.1. Pourquoi avoir choisi ce type d'étude ?

La question posée dans le cadre de cette étude est « comment les médecins généralistes prennent-ils en charge les patients atteints d'un AVC aigu jusqu'à leur prise en charge en milieu spécialisé ? ».

Or, pour répondre à ce type de question, il est nécessaire d'utiliser une recherche qui :

- répond à la question « comment »
- étudie des phénomènes dans leur cadre naturel ,
- est adaptée aux questions des sciences sociales, plus que les études quantitatives,

- induit des hypothèses, pouvant être complétées par une étude quantitative
- examine et décrit des phénomènes sociaux à propos desquels il existe peu de présupposés (45).

C'est pourquoi la méthode qualitative est la mieux adaptée. Elle permettra de dégager des concepts par l'intermédiaire d'entretiens semi dirigés pour ne pas contraindre les réponses et pour ne pas donner l'impression d'évaluer les connaissances de médecins interrogés

2.2. Qu'est ce qu'une étude qualitative ?

La recherche qualitative a une place prépondérante dans la recherche biomédicale actuelle par l'étude des aspects sociaux et personnels de la santé (46). Elle contribue actuellement à notre compréhension du système de santé et de la pratique médicale.

Ce type d'étude est utilisé pour répondre aux questions commençant par « comment ? » ou « pourquoi ? ». Elle se base le plus souvent sur des méthodes d'entretiens ou d'observations, et permet d'explorer un domaine particulier, de l'observer et d'en dégager par induction des hypothèses ou des concepts (47).

Elle permet d'aborder certains phénomènes dans leur cadre naturel et de participer à leur compréhension (45). Son rôle va être d'explorer, d'interpréter, afin d'obtenir la compréhension d'un domaine particulier. En particulier, les domaines médicaux peu explorés sont le plus adaptés à ce type d'étude. Son application dans le domaine de la santé permettra de comprendre et de raccourcir l'écart entre les preuves scientifiques et la pratique clinique, et d'explorer au sens large la relation entre croyance et comportement (48).

Les études qualitatives comportent peu de sujets étudiés, et plus cette étude est exploratoire, plus le nombre de sujets nécessaire à l'étude est limité. L'étude prend fin au moment où les chercheurs observent des phénomènes déjà constatés et l'apprentissage incrémentiel est minime. C'est ce qu'on appelle le principe de saturation appliqué dans les études qualitatives. Une fois cette saturation atteinte, l'intérêt de mener des études de cas supplémentaires est limité.

A l'inverse de l'étude quantitative où l'échantillon doit être représentatif de la population générale, la recherche qualitative s'intéresse à une population hétérogène dont l'objectif était d'obtenir une compréhension approfondie de l'expérience vécue par des médecins généralistes particuliers au travers d'entretiens les plus variés possibles.

La force de la recherche qualitative réside en sa validité de ses résultats, mais n'est pas statistiquement représentative comme l'étude quantitative (47). De plus, son évaluation reste difficile car elle reste encore moins bien établie par rapport aux études quantitatives (49). De nombreux chercheurs en santé suggèrent qu'il faudrait alterner les méthodes qualitatives et quantitatives, les premières engendrant des hypothèses, les secondes les éprouvant (45).

3. MATERIEL

3.1. Population étudiée

3.1.1. Critères d'inclusion de la population étudiée

Le panel de la population médicale étudiée répondait aux critères d'inclusion suivants :

- être médecin généraliste
- exercer dans le bassin de population chartrain
- accepter un entretien :
 - Dans le lieu choisi par le médecin,
 - d'une durée de 25 à 45 minutes au maximum
 - sous forme d'entretien
 - avec un enregistrement audio de l'intégralité de l'entretien (en vue de son interprétation ultérieure)
 - Avec un délai maximum d'un mois entre la date du contact téléphonique et la date de l'entretien personnalisé
- avoir dans sa patientèle :
 - un ou des patients pour qui le diagnostic d'AVC a été évoqué en phase aiguë,
 - et l'avoir pris en charge.

Il était important de multiplier les points de vue en tenant compte :

- de l'âge des médecins généralistes,
- du sexe des médecins généralistes,
- de la date de soutenance de la thèse.
- de la durée d'exercice en médecine générale,
- de l'ancienneté de l'installation,
- du lieu d'activité (urbaine, semi-rurale, rurale)
- de la distance du cabinet médical par rapport à l'hôpital ou clinique le plus proche,
- d'une formation pratique en neurologie et/ou urgences médicale,
- de la participation à la régulation SAMU

3.1.2 Critères d'exclusion de la population étudiée

Les médecins exclus de l'étude répondent à un ou plusieurs des critères suivants :

- le refus d'être interrogé,
- le refus d'un enregistrement audio,
- le refus d'interprétation de leur entretien,
- l'exercice médical en dehors du bassin chartrain,
- la non disponibilité pour un entretien de 25 à 45 minutes,
- le délai de rendez-vous entre le contact téléphonique et l'entretien supérieur à un mois,
- l'absence d'évocation du diagnostic d'AVC en phase aiguë dans leur patientèle

3.2. Taille de la population

En appliquant le principe de saturation, nous anticipions qu'il faudrait interroger et inclure une quinzaine de médecins généralistes.

4. METHODE

4.1. Elaboration de la trame d'entretien

La première étape consistait en l'élaboration de la trame d'entretien. Le type d'entretiens pour cette étude qualitative était l'entretien individuel semi-structuré, c'est-à-dire composé de questions ouvertes, claires, neutres (...) portant sur l'expérience, l'opinion, le sentiment ou les connaissances du médecin soumis à l'évaluation (50).

La trame d'entretien nous a servi de support, d'aborder plusieurs thèmes et de recueillir des opinions les plus diverses possibles. Nous avons débuté l'entretien par des questions ouvertes. A chaque fois que nécessaire, l'ordre des questions fut modifié en cours des entretiens. Nous avons favorisé l'émergence de nouvelles questions.

La trame d'entretien était relue, modifiée et affinée avec l'aide d'un neurologue, urgentiste, épidémiologiste, médecin généraliste et psychologue clinicienne. L'acceptabilité de la trame était testée sur 2 médecins généralistes (un hospitalier et un libéral), un urgentiste et un neurologue et modifiée en conséquence. L'entretien devait être mené comme une conversation avec le médecin généraliste plutôt qu'un interrogatoire, sans questions pièges, sans orienter le médecin dans ses réponses. Nous avons été très attentifs à éviter tout commentaire, critique ou jugement de valeur. Nous étions attentifs à être souple et de s'adapter à chaque entretien. Cette méthode permet de laisser libre les médecins généralistes interviewés dans l'expression de leurs opinions, de détailler leurs idées sans contraintes et sans les influencer.

4.2 Unité de temps et de lieu

L'étude débutait en juin 2009. Les inclusions s'arrêtaient quand les entretiens n'apportaient plus d'informations nouvelles. Ainsi les entretiens ont pris fin en octobre 2009.

Le lieu de l'entretien était défini par le médecin généraliste lui-même, au cabinet ou à son domicile.

L'entretien avait toujours lieu dans la journée entre 8h et 19h.

4.3 Déroulement de l'entretien

4.3.1 Outils :

Le matériel d'enregistrement utilisé était composé d'un appareil d'enregistrement audio, type OLYMPUS® cassette, choisi pour son utilisation silencieuse. Les piles et la réserve de cassettes étaient vérifiées avant chaque entretien.

La trame d'entretien, préalablement mémorisée, était imprimée sur feuillet et permettait de vérifier en fin d'entretien que toutes les questions avaient été posées.

Un bloc notes était utilisé pour chaque entretien pour inscrire la description du lieu de l'entretien, l'attitude du médecin et le ressenti du chercheur au début et en fin d'entretien.

Enfin, en cas de panne, un matériel de rechange était prévu avec feuilles blanches, crayons, cassettes audio et piles.

4.3.2. Conduite de l'entretien semi-dirigé

Le principe de l'entretien semi-dirigé était expliqué au médecin interrogé. L'entretien allait se dérouler comme un échange d'idées, ponctué par des questions ouvertes. Le médecin s'intéressait en début de rencontre à notre motivation de ce choix de thèse, à laquelle nous répondions sur un ton spontané et convivial. Outre son caractère spontané, notre réponse participait à la mise en confiance. Puis le début de l'entretien était proposé au médecin et l'enregistrement pouvait commencer.

Nous adoptions une attitude d'écoute, laissant le médecin sa liberté d'expression, en limitant les questions pour ne pas influencer ses réponses. Parfois, il était utile de les encourager, de les orienter ou de les guider en s'appuyant sur la trame d'entretien. Ainsi, de nouvelles idées pouvaient émerger et devenir le sujet d'une analyse. Elles doivent être les plus variées possible pour mettre en valeur leurs attitudes, leurs priorités et d'en dégager leurs propres questions et analyse de leur prise en charge du patient atteint d'un AVC en phase aigue.

Nous étions attentifs à répondre aux questions des praticiens à la fin de l'entretien, les remercier car ils sont l'élément indispensable à notre travail. Nous propositions aux médecins, s'ils le souhaitaient, de leur remettre les résultats de l'étude en fin de travail de la thèse.

4.4 Retranscription et analyse des entretiens

4.4.1 Outils

La retranscription utilisait un appareil MIX VIBES EASY REC® (permettant une transcription des enregistrements audio cassette en fichier MP3 sur PC), le logiciel lecteur Windows média®, le logiciel Microsoft Word®, et une imprimante.

4.4.2 Retranscription

Les enregistrements audio étaient retranscrits dans leur intégralité sur PC. Chaque médecin était rendu anonyme en leur attribuant un numéro correspondant à leur nom de famille classé par ordre alphabétique (S1 à S15).

L'enregistrement sur PC permettait une relecture plus facile et sans risque d'« accidents » des bandes audio. Un dossier papier et informatique était réalisé pour chaque entretien. La première partie comportait les renseignements généraux du médecin et la deuxième partie, l'entretien retranscrit avec des annotations décrivant le déroulement de l'entretien, des attitudes particulières. Le médecin généraliste était identifié par S pour sujet et l'enquêteur par E. La lecture et relecture des entretiens permettaient de lister des idées, puis d'en dégager des thèmes (50).

4.4.3 Analyse

Les éléments à analyser au cours de ces entretiens sont les connaissances, les attitudes, les pratiques et les difficultés ressenties des médecins généralistes.

- Les thèmes

L'analyse des entretiens semi-dirigés était une analyse interprétative qui suivait un processus cyclique d'analyse du contenu.

Chaque transcription était « découpée » en utilisant les marges pour écrire à la main les thèmes émergents du discours et quelques mots-clés associés représentaient le concept développé par le médecin. Certaines phrases associées à l'idée étudiée étaient surlignées dans le texte pour illustrer le concept.

Sur un fichier séparé, les informations étaient classées par thèmes. Les données relatives à un même thème étaient rassemblées puis classées en sous-thème. Les données encore originales justifiaient la création d'un nouveau paragraphe. Cette procédure conduisait à des réorganisations de notre liste de thèmes, ce qui est fréquent dans les études qualitatives. Les associations d'idées, les premières interprétations qui semblaient exploitables pour la discussion de l'étude étaient rédigées sur une feuille libre pour chaque entretien.

Une deuxième écoute de l'intégralité de la bande audio permettait de réévaluer les thèmes dans leur contexte et en fonction de leur apport pour l'ensemble.

- Les niveaux d'interprétation

Le plan général des thèmes suivait la trame des entretiens.

Au fur et à mesure des entretiens, chaque thème était enrichi par les idées et les concepts développés par les médecins généralistes ; si besoin, ils étaient détaillés en sous-thèmes. Les informations apportées par les entretiens suivant étaient associées au paragraphe existant en fonction des oppositions ou des associations qui s'en dégageaient. Chaque concept était illustré par un extrait de l'entretien pour illustrer le point de vue du médecin interrogé. Ces citations étaient annotées afin de reprendre l'entretien associé si besoin. L'âge, le sexe ou le mode d'exercice du médecin interrogé était précisé lorsque le sujet semblait le nécessiter.

RESULTATS

1. IDENTIFICATION DES MEDECINS

1.1. DESCRIPTION DE LA POPULATION

Les médecins interrogés répondaient tous aux critères d'inclusion et d'exclusion cités dans les chapitres 3.1.1 et 3.1.2. Ils étaient dénommés de Sujet 1 (S1) au Sujet 15 (S15), classés par ordre du nom de famille du médecin, assurant l'anonymat des résultats.

Au cours de la sélection des médecins lors du premier entretien téléphonique, 4 médecins dont 3 femmes, avait refusé de participer à cette étude. Les raisons avancées étaient: le manque de temps pour un, n'avoir pas pris en charge de patients atteints d'un AVC à la phase aigue pour 2 autres, et sans justification pour le quatrième.

Le nombre de médecins généralistes choisis répondait au principe de saturation, permettant la constitution d'un panel de 15 médecins.

Tous les médecins inclus dans l'étude avait répondu en début ou en fin d'entretien à des questions concernant leur identification.

1.1.1. Sexe

Ce panel de médecins était composé de 5 femmes et de 10 hommes (tableau 1)

Tableau n° 1 : répartition des médecins en fonction du sexe

HOMMES	FEMMES
S1 S3 S5 S6 S7 S9 S10 S12 S13 S14	S2 S4 S8 S11 S15

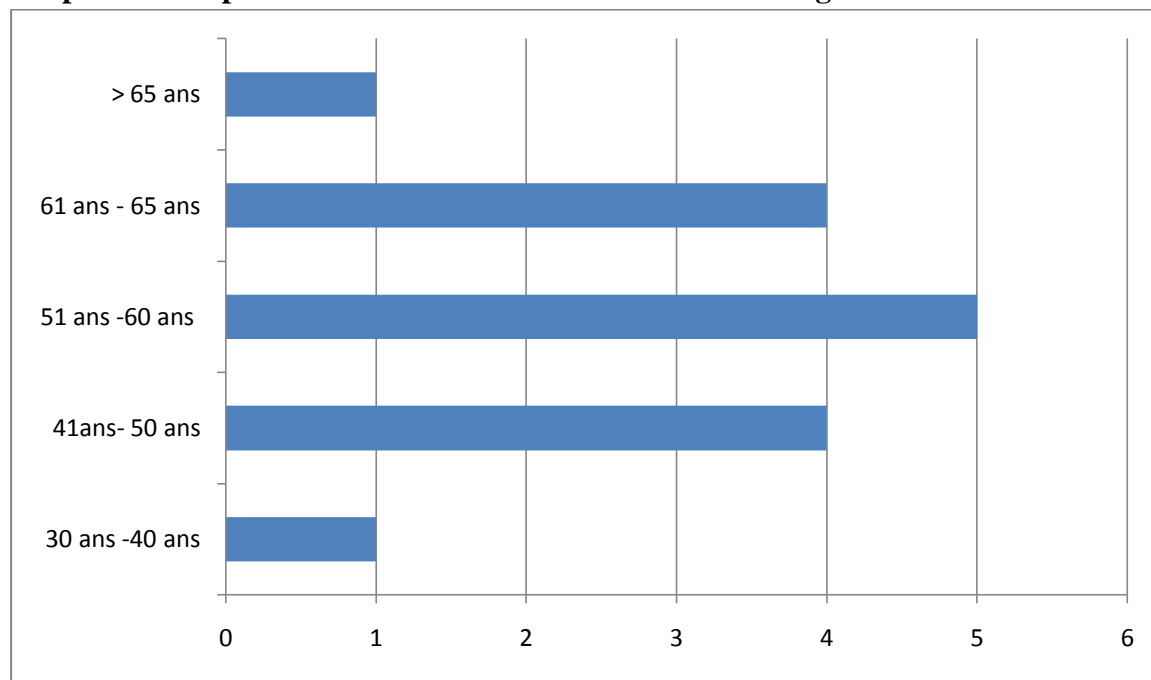
1.1.2. Lieu d'exercice

Tous les participants à l'étude exerçaient la médecine générale, en secteur libéral, dans les villes du Bassin Chartrain: Chartres, Lucé, Voves, Illiers-Combray, Courville-sur-Eure, La Villette Saint-Priest, Maintenon et Saint-Piat.

1.1.3 Âge du médecin

L'âge des médecins interrogés s'étendait de 31 ans à 77 ans avec les 2/3 des médecins entre 51 et 65 ans (graphe n°1)

Graphe n°1 : répartition des médecins en fonction de leur âge



1.1.4. Année de thèse et lieu de la thèse

8 médecins avaient soutenu leur thèse à la faculté de médecine de Tours, 3 à Paris 1 à Reims, 1 à Rennes, 1 à Nancy et 1 à Marseille.

Tableau n° 2 : répartition des médecins en fonction de leur date de soutenance de thèse

Avant 1970	Avant 1980	Avant 1990	Avant 2000	Après 2000
S9	S4 S6 S10 S12 S13	S2 S7 S11 S15	S1 S3 S8 S14	S5

1.1.5. Date d'installation

Sur les 15 médecins du panel :

- 7 médecins s'étaient installés au cours de la même année de leur soutenance de thèse,
- 4 médecins s'étaient installés l'année qui avait suivi celle de leur thèse, après une année de remplacement,

- 4 médecins s'étaient installés dans les 2 à 3 ans après leur thèse, après des années de remplacement ou d'internat,
- et un médecin, 8 ans après la thèse suite à un départ à l'étranger pour raison familiale.

1.1.6. Les différents types d'exercices

Dans le panel de médecins interrogés, 7 médecins qualifiaient leur patientèle de type urbaine, 5 médecins de type semi-rurale ou semi-urbaine, et 3 la qualifient de rurale (tableau 3). Cependant, en s'attachant au lieu d'exercice et en tenant compte des critères démographiques :

- une population urbaine : ville de plus de 10 000 habitants,
- une population semi-urbaine ou rurale : ville de 2 500 à 100 00 habitants,
- une population rurale : une ville de moins de 2 500 habitants,

Selon cette définition, une différence apparaissait pour le médecin S10 qui jugeait son exercice « plutôt semi-rurale » (tableau 4) et qui a ainsi mal classé sa patientèle rurale.

Tableau n° 3 : répartition des médecins en fonction de leur définition du type de patientèle

URBAIN	SEMI-URBAIN	RURAL
S6 S7 S8 S11 S12 S14 S15	S1 S2 S3 S4 S10	S5 S9 S13

Tableau n° 4 : répartition des médecins en fonction de la définition démographique

URBAIN	SEMI URBAIN	RURAL
S6 S7 S8 S11 S12 S14 S15	S1 S2 S3 S4	S5 S9 S10 S13

1.1.7. Autres activités des participants en dehors de la médecine générale:

- **PMI, crèche, SRR** : S15, en SSR, pour les post AVC « il existait des critères de non admission... nécessité de régression »

- **Régulateur SAMU**: S1, S3, S5, S6, S8, S15

Pour deux des médecins (S11, S13), l'activité de régulateur SAMU « est trop angoissante »

- **Activité aux urgences** : S1, S14

- **Expertise en compagnies d'assurance, réparation juridique** : S11

- **Expertise de dommages corporels**: S9

- **Certificat de médecine du travail** : S9

- **Certificat de médecine vasculaire**: S9

- **Tabacologie** : S1
- **Qualification en gynécologie** : S4, S8

1.1.8. Formations en rapport avec la neurologie :

- **Séminaires de formation continue en neurologie** : S15 (céphalées, migraines, douleurs neuropathiques), S13, S6, S5, S3
- **Stage au cours des études de médecine** : stage de neurochirurgie en tant que « médecin étudiant » (S10), stage en neurologie à la Pitié-Salpêtrière (S9), stage d'interne aux urgences (S5), en service de réanimation (S2) « ce qui m'a beaucoup servi dans les cas d'urgence »
- **Thèse sur un sujet de neurochirurgie** : S8
- **Certificat d'anesthésie** : S4
- **Formations organisées par les laboratoires** : S2 (en plus d'autres formations)

1.1.9. Fréquence des AVC en consultation:

En moyenne, les médecins généralistes interrogés voyaient deux à trois patients atteints d'un AVC en phase aigue par an (graphe 2). Les extrêmes s'étendaient de moins de un patient par an à une dizaine par an.

Une différence existait entre AIT et AVC. En effet 4 médecins avait mentionné spontanément l'AIT à l'évocation de l'AVC, et pour ces 4 médecins, ce diagnostic était beaucoup plus fréquent que l'AVC au cours de leur exercice médical.

S9 : « un AVC tout neuf, je dirais moins de 10 par an... un AVC tout confondu avec la prévention secondaire une dizaine par an, mais moins d'un par an pour un AVC avéré brutal initial »

S11 : « on n'en voit plus beaucoup, on en voyait plus il y a 25 ans Deux à trois par an, des petits, et des gros même pas un par an. »

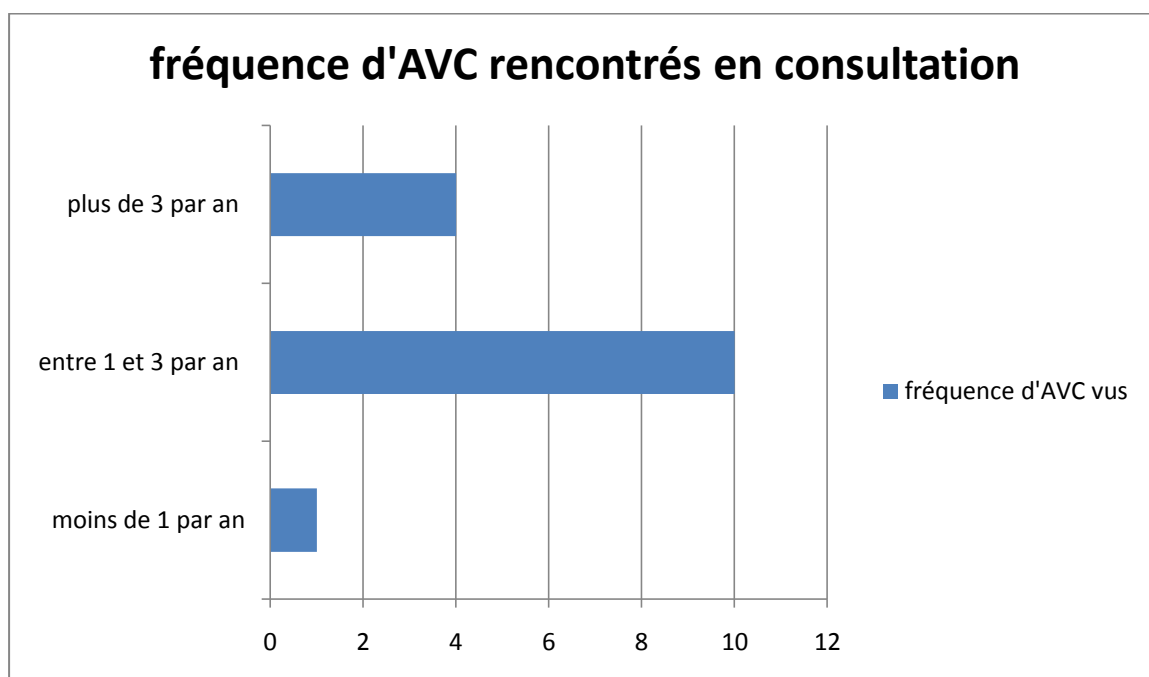
S12 : « c'est plus des AIT, je vais dire 4...ben oui j'ai des patients de plus de 80 ans.»

Tous les médecins du panel avait vu surtout des patients en consultation au décours de leur AVC. Seul un des médecins (S12) nous avait répondu : « plus de patients en post-AVC ? Non pas plus, il n'y en a pas tant que ça franchement ».

Un des médecins interrogés (S15) avait fait une comparaison avec l'infarctus du myocarde « on voit moins de post AVC que de post infarctus du myocarde ».

Parmi les médecins interrogés, les 4 médecins généralistes (S6, S9, S12, S13) qui rencontraient le plus de patients atteints d'un AVC en phase aigue, étaient les médecins les plus âgés. Tous les quatre étaient des hommes, en fin de carrière, de tout type d'activité, dont la patientèle était âgée.

Graphes n°2: Fréquence des AVC diagnostiqués en phase aigue



Commentaires détaillés sur la fréquence des AVC pour chaque médecin :

- S1 : trois maximum par an « depuis le début de l'année ce n'est pas beaucoup ».
- S2 : un par an.
- S3 : un à deux par an « mais on voit surtout des AIT ».
- S4 : deux par an
- S5 : deux par an
- S6 : cinq à six par an, « mais on voit de moins en moins d'AVC, ce qu'on voit plutôt sont des AIT »
- S7 : deux par an
- S8 : moins de un par an
- S9 : dix par an: « un AVC tout neuf moins de 10 par an... mais un AVC tout type confondu, du fait de la prévention secondaire, j'en compte 10 par an... dont au moins un AVC brutal initial par an. »
- S10 : un par an : « il y en a de moins en moins...il y a de plus en plus de prévention, les traitements sont plus efficaces pour l'hypertension artérielle, le diabète est mieux suivi, donc on voit moins d'AVC », « il y a 25 ou 30 ans ...C'était de l'ordre de un par mois ...Il y en avait pas mal surtout une tranche d'âge qui ne soignait pas son diabète ni son hypertension », « les IEC et les bêtabloquants sont des bons médicaments, la pression artérielle est mieux maîtrisée avec les campagnes de prévention, d'éducation sanitaire, les conseils hygiéno-diététiques, les campagnes anti-alcool et anti-tabac ».
- S11 : deux à trois par an : « des petits et des gros même pas par an ». « On en voit plus beaucoup, on en voyait plus il y a 25 ans. Même j'ai des patients très âgés, mais même on n'en voit plus beaucoup. C'est comme les OAP, on en voit nettement moins avec la prévention des traitements ».

- S12 : quatre par an « au moins un par an », « mais c'est plus des AIT »
- S13 : trois à quatre par an : « avant cela se passait la nuit... maintenant en général on est plus disponible... ils appellent le 15 ». « On soigne mieux les AVC, il y a la prévention, on traite mieux l'hypertension artérielle...on détecte mieux les problèmes cardiaques avec les arythmies... les souffles carotidiens aussi, on les explore et on les soigne...on inonde les gens de statines...je pense que cela aide aussi. Je pense qu'en amont on est plus efficace. »
- S14 : deux à trois par an : « ce n'est pas si fréquent que ça en pratique »
- S15 : un par an : « j'inclus aussi les AIT »

D'après les médecins interrogés, la fréquence des AVC rencontrés au cours de leur exercice médical avait beaucoup diminué d'une part grâce à une meilleure prévention des facteurs de risques cardio-vasculaires en particulier l'hypertension artérielle, le diabète et les troubles du rythme. D'autre part par le fait que des patients avaient plus recours au 15, peut-être grâce à une meilleure éducation des patients ou parce que les médecins généralistes n'étaient plus de garde la nuit.

1.1.10. Diversité d'exercice des médecins du panel:

Les médecins du panel avaient été choisis en fonction de leur diversité d'exercice par leur :

- **S1** : activité de vacation au sein du service d'hospitalisation de courte durée des urgences du centre hospitalier de Chartres, et son rôle de maître de stage.
- **S2** : activité en milieu semi-rural.
- **S3** : activité en milieu semi-rural proche de la région parisienne, patientèle assez jeune.
- **S4** : activité depuis de nombreuses années et en fin de carrière.
- **S5** : activité de jeune médecin installé en milieu rural avec une patientèle jeune, connu de l'enquêteur.
- **S6** : activité en milieu urbain, patientèle âgée.
- **S7** : activité en milieu urbain.
- **S8** : activité en tant présidente de l'Ordre des Médecins d'Eure et Loir.
- **S9** : activité en milieu rural et l'ainé des médecins.
- **S10** : activité en fin de carrière, exerçant en milieu semi-rural avec une patientèle âgée.
- **S11** : activité en milieu rural, non régulateur SAMU, recommandé par S15.
- **S12** : activité en milieu urbain et en fin de carrière, patientèle âgée.
- **S13** : activité en milieu rural et son implication dans la formation universitaire auprès de la faculté de médecine Tours.
- **S14** : activité en milieu urbain.
- **S15** : activité en tant que maître de stage, choisi pour son expérience en tant que régulateur Samu depuis de nombreuses années et son activité à la commission médicale des permis de conduire de Chartres (médecin connu de l'enquêteur).

1.2. DESCRIPTION DES ENTRETIENS:

Les entretiens étaient menés entre le 29 septembre 2009 et le 23 octobre 2009, et entre 8 heures et 18 heures.

1.2.1. Délai entre le contact téléphonique et la date de l'entretien

Le délai de réponse entre le contact téléphonique avec la prise de rendez-vous et la rencontre avec le médecin interrogé était en moyenne de 10 jours, au minimum le jour même (S15) et au maximum à 1 mois (S11).

1.2.2. Durée des entretiens

La durée moyenne des entretiens était de 20 à 25 minutes, variant d'une durée minimale de 11 minutes à une durée maximale de 49 minutes (Tableau n°5).

Tableau n° 5 : durée des entretiens des médecins généralistes

< 15 min	< 20 min	<30 min	<40 min	>40min
S7, S8, S12	S2, S5, S6, S11, S14	S1, S10, S13,	S3, S4, S15	S9

1.2.3. Lieux des entretiens

Les médecins interrogés avaient la liberté de choix du lieu du déroulement de l'entretien :

- au cabinet même du médecin : S1, S2, S3, S4, S6, S7, S8, S11, S12, S13, S14, S15
- dans une pièce annexe du cabinet au sein du domicile du médecin : S9, S10
- au domicile du médecin : S5

2. ANALYSE DES ENTRETIENS

Les résultats présentés suivent le déroulement des questions au cours de la trame d'entretien, dont l'ordre a pu être modifié au fur et à mesure des entretiens.

2.1. QUAND JE VOUS DIS AVC VOUS PENSEZ A QUOI?

2.1.1. Sémiologie (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S9, S10, S11, S12, S15)

La réponse la plus fréquente à cette première question de la trame d'entretien est l'évocation des symptômes relatifs à l'accident vasculaire cérébral.

S2 : « je pense plus à la symptomatologie plus qu'à la cause ».

Le symptôme le plus mentionné est l'**hémiplégie** (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S10, S11, S12, S15) qui est décrite comme « une paralysie d'un hémicorps pour au moins un des membres. » (S6)

D'autres symptômes sont évoqués : « l'aphasie » (S2, S11), « signe de sensation paresthésique » (S9), « parésie » (S1), « une paralysie faciale. » (S1), ou encore « hémiparésie de la face » (S6).

Un des médecins évoque une « perte de mémoire » (S9) et un autre un « coma » (S15), sans préciser d'éventuels signes de localisation.

Un des médecins (S7) est plus vague en évoquant « toute la symptomatologie neurologique », sans préciser son caractère déficitaire.

2.1.2. Urgence (S1, S3, S4, S7, S8)

La deuxième réponse la plus mentionnée est la notion d'urgence. Un des médecins justifie sa réponse en mentionnant qu'« on est inculqué ». (S7)

Le sentiment d'urgence est décrit comme « il ne faut pas trainer en gros » (S1), agir « le plus rapidement possible » « si le déficit est persistant, je vois le patient et l'adresse le plus rapidement possible ». (S8).

C'est « une urgence à gérer » (S3), dont le but est « d'avoir avec un accord radiologique un scanner ou une IRM le plus tôt possible pour affiner le diagnostic et utiliser la meilleure stratégie thérapeutique pour le patient ».

Pour l'un des médecins cette urgence ne concerne plus les médecins généralistes actuellement. En effet, « maintenant qu'est ce qui se passe...en général on n'est pas disponible, ils appellent et disent AVC, ils appellent le 15 et vont à l'hôpital et le tour est joué. » (S13)

2.1.3. Accident ischémique transitoire (AIT) (S1, S3, S13, S15)

Un des médecins évoque son doute diagnostique initial entre un AIT ou un AVC car « quand tu le vois, tu ne sais pas si cela va rester ou régresser. » (S15)

Pour un autre médecin (S1), l'AIT fait totalement parti de la définition de l'AVC défini comme « tout accident neurologique aigu ».

Un des médecins évoque la durée des symptômes : « qui peut être transitoire ou définitif » (S3).

Pour l'un des médecins, c'est l'AIT qui devrait être l'urgence « c'est celui là qu'il faut prendre en charge et bilanter le plus rapidement possible pour ne pas arriver à l'AVC. » (S13)

Certains médecins généralistes disent ne pas voir les AIT en urgence car les patients sont peu sensibilisés et ne s'inquiètent pas lorsque les symptômes sont régressifs.

(S15) : « il y a ...au cabinet des gens qui disent : écoutez hier je ne bougeais plus mon bras, j'avais du mal à parler, cela m'est arrivé aussi une fois il y a longtemps mais après tout est redevenu normal... on ne les voit pas toujours en urgence. »

2.1.4. Prévention des facteurs de risque cardio-vasculaires (S8, S13)

Pour l'un des médecins (S8), sa deuxième idée est l'évocation des facteurs de risque cardio-vasculaires et de leur prévention.

Cependant, à cette première question, déjà des médecins évoquent le fait qu'ils voient moins d'AVC. Ils attribuent cette baisse de l'incidence à une meilleure prévention des facteurs de risques cardio-vasculaires.

Ainsi, l'un des médecins se sent moins concerné par l'AVC car « on soigne mieux les AVC, il y a la prévention, on traite mieux l'hypertension, on détecte plus rapidement les problèmes cardiaques avec les arythmies et d'autre part les souffles carotidiens, on les explore et on les soigne...on inonde les gens de statines... en amont je pense qu'on est plus efficace. » (S13)

2.1.5. Autres évocations

- **Mode d'installation brutale: (S1) :** Le caractère aigu de l'accident vasculaire cérébral n'est évoqué qu'une seule fois. Ce médecin décrit l'AVC comme « tout accident neurologique aigu d'installation rapide soit une parésie, une paralysie faciale, une hémiplégie. » (S1)
- **Étiologie : (S5) :** L'un des médecins évoque l'étiologie de l'accident vasculaire cérébral, « une artère qui se bouche dans la tête » (S5), sans préciser ses conséquences lésionnelles parenchymateuses.
- **Peur : (S2, S4) :** En réponse à la question, un des médecins (S2) évoque : « alors je pense à quoi... gros malaise. ». En effet ce médecin semble éprouver une inquiétude

dans l'évocation de l'AVC en termes de prise en charge. Un autre médecin (S4) exprime la peur que lui évoque l'hémiplégie, « cela me fait peur »

- **Imagerie : (S8) :** L'un des médecins (S8) évoque le recours à l'imagerie : « si cela a récupéré au bout de huit jours, faire un scanner cérébral pour voir si on a une lacune, un déficit quelque part. »
- **Personnes âgées : (S14) :** La population touchée est la population âgée, évoquée une fois par un médecin (S14), installé depuis une dizaine d'années et exerçant en milieu urbain, avec une patientèle plutôt âgée.
- **Séquelles de l'AVC : (S3) :** Sont évoquées les séquelles « professionnelles et personnelles, une vie qui bascule du tout au tout, du jour au lendemain et au quotidien ».
- **Stage d'internes : (S8) :** Pour l'un des médecins, cette première question ouverte ravive en priorité le souvenir d'un stage « en neurochirurgie » (S8)

Ainsi, les deux premières idées des médecins interrogés à l'évocation de l'AVC sont :

- les symptômes cliniques en particulier l'hémiplégie,
- la notion d'urgence générale non détaillée.

La perception d'une moins grande fréquence des AVC est mentionnée dès le début de l'entretien. Les deux premiers facteurs responsables seraient une meilleure prévention et une meilleure éducation ce qui permet à la population d'avoir plus recours au 15.

2.2. LE DERNIER PATIENT POUR QUI VOUS AVEZ SUSPECTE UN AVC C'ETAIT QUAND ET C'ETAIT OU?

2.2.1. Lieu de la consultation

Parmi le panel des médecins généralistes interrogés, 10 ont pris en charge un patient atteint d'un AVC au cabinet (S1, S2, S3, S4, S8, S9, S11, S12, S13, S15) et les 5 autres au domicile du patient (S5, S6, S7, S10, S14)

A noter certaines circonstances particulières de consultation :

- A la demande du médecin : (S4) de venir rapidement en consultation à son retour d'Espagne : « je lui demande de revenir tout de suite ... dans les 24 heures »

2.2.2. Date de la consultation

S1 : « c'était donc au mois de mai... un type de 72 ans vient me voir deux jours après son accident » l'apparition de ses symptômes « paralysie complète du membre supérieur gauche » « qui a duré 45 minutes, qui a récupéré totalement en moins de 24 h. »

S2 : « il y a trois à quatre mois avant les grandes vacances ».

S3 : « il y a quelques mois, mais au cours de cette année, avant les vacances ».

S4 : « le premier épisode en mai et le deuxième en juillet de cette année »

S5 : « c'était il y a quelques mois »

S6 : « il y a trois semaines »

S7 : « il y a deux ans »

S8 : « il y a trois ans »

S9 : « il y a une quinzaine de jours »

S10 : « il y a plus d'un an ».

S11 : « il y a une quinzaine de jours »

S12 : « c'était cette année, je ne sais pas quand »

S13 : « j'en ai eu une cette année ».

S14 : « cela remonte à 6 ou 9 mois »

S15 : « hiver dernier... en janvier ou en février »

2.2.3. Profil du patient

S1 : « un type de 72 ans », aux antécédents d' « hypertension artérielle, hypercholestérolémie, diabète, tabagisme sévère ». Il avait eu « un pontage de l'artère fémorale droite ... enfin bref un poly artériel diabétique avec des facteurs de risque cardio-vasculaire gros comme... ». « Il était déjà... sous aspirine du fait de son artérite ».

S2 : un homme de plus de 80 ans à l'antécédent d'hypertension artérielle traitée.

S3 : une femme d'une soixantaine d'années, au « terrain particulier » caractérisée par une hypertension artérielle traitée. Cette patiente exerçait la profession de médecin du travail.

S4 : un homme de 67 ans, « un ami » du médecin généraliste, aux antécédents d'hypertension artérielle et tabagisme sévère. « Il avait les triglycérides à 1,53, c'est vrai j'aurais pu baisser à un gramme vu ses antécédents... il était traité par Fozitec® »

S5 : un patient « assez âgé », poly pathologique, traité par AVK pour un trouble du rythme cardiaque, « que je suis d'habitude au cabinet ».

S6 : « il avait déjà fait un infarctus, et une maladie de Charcot, donc un terrain particulier, avec une hypertension traitée ». Un homme « qui avait des troubles de la marche, il était suivi en neurologie pour ces troubles ».

S7 : un homme âgé, poly vasculaire : « Il était coronarien, il était hypertendu, et dysmétabolique »

S8 : un homme aux antécédents de diabète et d'« AVC à minima en 2004 ». « Un patient de mon associé que je connaissais... il avait quand même du Kardégic[®] ».

S9 : une femme avec « un athérome assez conséquent », « une dame qui est suivie régulièrement. »

S10 : une femme de 88 ans aux antécédents d'hypertension artérielle et « traitée par du Plavix[®] pour son artérite... par IEC...diurétiques... et bêtabloqueurs ».

S11 : un homme, âgé de 80 ans, qui « a des antécédents cardiaques ... il a déjà un traitement lourd cardio, il prend un peu de Kardégic[®] »

S12 : un homme aux antécédents d'« hypertension, cholestérol... c'est un poly artériel... sous Kardégic[®] »

S13 : un homme de 83 ans, « poly artériel avec HTA », « on avait déjà dilaté son artère rénale sur une insuffisance rénale ».

S14 : une femme de 98 ans à l'antécédent d'hypertension artérielle traitée « qui était bien jusqu'à présent ».

S15 : « c'était un patient que je ne connaissais pas car c'était un patient de mon ex associé »

Ainsi sur les 15 patients pris en charge par le médecin généraliste, 14 présentent des facteurs de risque cardio-vasculaire, dont la moitié 1 facteur de risque et l'autre moitié au moins deux facteurs de risque. Pour un seul des patients, le médecin (S15) n'évoque pas d'antécédents particulier. Cependant c'est un patient qu'il connaît peu.

2.3. COMMENT AVEZ-VOUS POSE LE DIAGNOSTIC D'AVC?

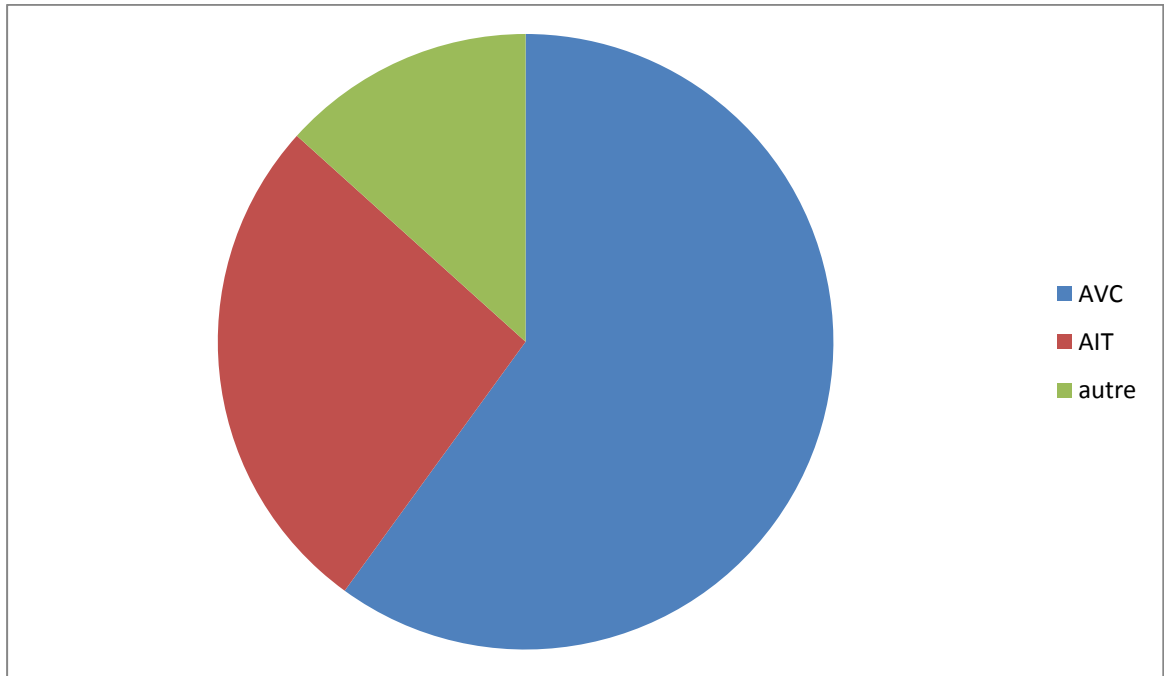
2.3.1. Diagnostic suspecté en premier par le médecin généraliste

Au cours des entretiens avec les médecins généralistes, certains évoquent un patient atteint d'un AVC, d'autres plutôt d'AIT et d'autres encore d'un diagnostic différent. Ainsi à l'évocation de l'AVC certains ont pensé spontanément à une prise en charge d'un patient atteint d'un AVC (constitué ou hémorragique) ou d'un AIT.

Ainsi, sur le panel des 15 médecins généralistes: (graphe n°3)

- 9 médecins (S2, S3, S5, S6, S8, S7, S9, S10, S14) évoquent le diagnostic d'AVC ;
- 4 médecins (S1, S4, S11, S13) évoquent le diagnostic d'AIT ;
- 2 médecins (S12, S15) évoquent un autre diagnostic : « poussée d'hypertension » pour l'un (S12), « décompensation diabétique ... processus intracrânien » pour l'autre (S15).

Graphe n°3 : diagnostic suspecté par le médecin généraliste



2.3.2. Motif de consultation du patient

Le motif de consultation du patient que ce soit au cabinet du médecin généraliste ou au domicile, est un élément important car il sera décisif dans la suspicion du diagnostic d'AVC ou d'AIT. En médecine et en particulier dans les pathologies neuro-vasculaires, l'anamnèse conditionne la précision du diagnostic.

2.3.2.1. Symptômes neurologiques du patient

Dans la plupart des cas les patients ont consulté leur médecin généraliste pour l'apparition brutale de symptômes neurologiques suivant :

- **déficits neurologiques moteurs focaux** : monoplégie du « membre supérieur gauche » (S1), hémiparésie (S3), mono parésie « le bras droit...qui tombe...la main droite encore qui retombe » (S4), hémiplégie (S7), « instabilité de la main droite » (S9).

- **trouble de la marche** : « qui avait du mal à se lever...il ne pouvait plus se lever... chez un homme qui avait déjà des troubles de la marche » (S6), « une marche qui était modifié » (S8).
- **trouble de la conscience** : « le monsieur ne répondait plus » car le patient était inconscient d'après S5, « elle était inconsciente » (S14).
- **céphalées aiguës** : (S11, S12).
- **troubles phasiques** : aphasie (S3, S7)
- **trouble de la vue** : « un flou visuel » (S11), « perte de la vision d'un œil » (S3)
- **« désorientation temporo-spatiale »** : (S10)
- **trouble de l'équilibre** : (S11)
- **syndrome confusionnel**: « un petit épisode confusionnel avec délire » (S13).

2.3.2.2. Autres motifs de consultation

- **« Malaise »** (S3, S8, S14)
- **Renouvellement d'ordonnances** (S2)
- **« Fatigue »** (S8) : « il pensait avoir une petite fatigue »
- **« Gêne dans les actes ordinaires de la vie quotidienne »** (S9)
- **Hallucinations visuelles** : (S15) : « il voyait des bêtes mais savait qu'elles n'existaient pas »
- **Douleur latéro-cervicale** : (S4) « il avait une douleur au niveau de la carotide » gauche.

2.3.3. **Éléments orientant vers le diagnostic suspecté**

Dans la plupart des cas ce sont les symptômes du patient ainsi que l'examen clinique associés à un terrain particulier tel les facteurs de risque cardio-vasculaires qui orientent les médecins généralistes du panel vers l'évocation du diagnostic d'AVC.

S1 : « vu le terrain, vu la description des symptômes...je ne voyais pas ce que cela pouvait être d'autre. »

D'autre part le délai d'apparition des symptômes et leur régression au moment de la consultation orientent les médecins vers l'évocation du diagnostic d'AIT.

2.3.3.1. Symptomatologie

Les éléments sémiologiques permettant au médecin généraliste de suspecter le diagnostic d'AVC sont principalement des symptômes neurologiques déficitaires focaux.

- Déficit neurologique focal : (S1,S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S11, S12) : ces symptômes sont retrouvés dans la classification des 5 signes d'alerte de l'ASA citée dans les recommandations de bonne pratique (2) :
 - **Faiblesse ou engourdissement de la face ou de la jambe du même côté**
 S1 : « un paralysie complète du membre supérieur gauche »
 S2, S3, S7, S8: « hémiplégie »
 S4, S9 : instabilité de la main droite, « hémiparésie » (S9)
 S5 : faiblesse des bras et des jambes
 - **Trouble visuel**
 S3 : « perte de la vision d'un œil »
 S11 : « persistance d'un flou visuel au moment de la consultation »
 - **Perte soudaine de la parole ou difficulté à parler ou comprendre ce qu'il dit :**
 S2 : « il commençait à raconter n'importe quoi »
 S3 : « trouble de la parole »
 S5 : « à ne plus pouvoir parler »
 S7 : « aphasie »
 S8 : « un petit manque du mot »
 - **Céphalée soudaine ou inhabituelle sans cause apparente:**
 S11 : « 48 heures avant »
 - **Instabilité à la marche ou chute:**
 S2 : « il a voulu se lever et il s'est cassé la figure par terre »
 S6 : aggravation des troubles de la marche « il ne fait que tomber...il ne peut plus se déplacer seul ... il ne peut plus rester à la maison ».
 S8 : le médecin constate un trouble de la marche avec « un élargissement du polygone de sustentation » « je l'ai vu arriver en marchant, je me suis dit ouh là ! »
- Autres signes sémiologiques : d'autres symptômes ou signes cliniques moins fréquents ont permis d'orienter le médecin vers la suspicion du diagnostic d'AVC.
 - **Neurologiques (S5, S14) :**
 - signe de Babinski : (S5) « j'avais l'impression de retrouver un Babinski mais pas évident du tout »
 - syndrome pyramidal : (S14) « elle avait des symptômes d'atteinte pyramidale »
 - **Cardiologiques (S2, S4) :**

- trouble du rythme cardiaque (S2) « il n'était pas régulier franchement »
- « douleur carotidienne » ancienne (S4) « trois mois auparavant...peut-être un souffle »
- **Trouble de la conscience** (S5, S10, S13, S14, S15) :
 - « désorientation temporo-spatiale » (S10)
 - « épisode confusionnel avec délire » (S13)
 - « endormi... le monsieur ne répondait plus ...il s'est mis à avoir des troubles de la conscience » (S5)
 - inconscient (S14)
 - hallucinations visuelles (S15) « il voyait des bêtes dans sa baignoire mais il savait qu'elles n'existaient pas »

2.3.3.2. Délai d'apparition et durée des symptômes :

- Mode d'installation des symptômes

S2 : « d'un seul coup...très rapidement...là ça était instantané»

S5 : « brutalement »

S6 : « aggravation des troubles de la marche d'apparition brutale »

- Heure d'apparition des symptômes :

○ **horaire déterminé** : (S2, S3)

S2 : « je l'ai vécu en direct »

S3 : « deux trois heures avant m'avoir appelé »

○ **horaire indéterminé** : (S5, S6, S7, S9, S10, S12, S14)

Pour la plupart des médecins, l'horaire de début des symptômes reste indéterminé, mais ne semble pas les influencer dans leur prise en charge. Dans la perspective d'un traitement fibrinolytique, aucun des médecins n'exprime l'inconvénient de ne pas connaître l'horaire exact du début des symptômes.

S5 : « il a du se réveiller comme ça »

S6, S9 : « depuis deux à trois jours »

S7 : « quelques heures auparavant...il a du se réveiller avec ça, il a du déclencher ça dans la nuit »

S10 : « une demi-heure, une heure »

S12 : « depuis deux jours »

S14 : « je ne sais pas »

2.3.3.3. Dans les cas d'AIT, d'autres éléments plus spécifiques ont influencé le médecin dans l'évocation de ce diagnostic (S1, S4, S11, S13) :

- Durée des symptômes neurologiques

S1 : « qui a duré 45 minutes », « qui a récupéré en moins de 24 heures complètement »

S4 : « il a complètement récupéré les deux fois ». Il s'agissait d'un patient ayant présenté deux épisodes d'AIT en trois mois d'intervalle, le premier précédé d'une douleur latéro-cervicale, transformé secondairement en AVC constitué.

S13 : « il est venu au cabinet mais il n'avait plus rien »

- Délai entre le début des symptômes et le premier contact avec le médecin généraliste:

S1, S11 : « 48 heures après l'installation des symptômes ».

2.3.4. Antécédents médicaux du patient (S1, S6, S8, S9, S10, S11, S13)

2.3.4.1. Facteurs de risque cardio-vasculaire (S1, S8, S9, S10, S11, S13)

S1 : « poly artériel diabétique gros comme ça »

S8 : « il était déjà diabétique, il avait ce qu'il fallait pour en faire un ».

S9 : « elle a un athérome assez conséquent »

S10 : « terrain en faveur »

S13 : « oui car c'est un poly artériel avec de l'hypertension artérielle »

2.3.4.2. Antécédents neurologiques (S6)

S6 : « un homme qui avait des troubles de la marche et qui était suivi en neurologie pour ces troubles... un terrain particulier »

2.3.4.3. Antécédents cardiaques (S11)

S11 : « il a des antécédents lourds cardiaques, c'est par rapport à ça...le diagnostic était facile »

Pour 13 des médecins interrogés, le diagnostic d'AVC ou d'AIT est le diagnostic retenu en première intention. Parmi ces médecins, un seul des médecins (S5) s'est trompé dans le diagnostic qui au final sera une hypoglycémie. Pour les deux autres médecins (S12 et S15) ayant posé un autre diagnostic, le diagnostic retenu par les spécialistes est un AVC dans les deux cas.

2.3.5. Certitude du diagnostic (S1, S2, S3, S4, S5, S7, S8, S9, S10, S13, S14)

Pour certains médecins, le diagnostic est « évident » (S1, S7, S14). Il est évoqué « tout de suite » (S2, S10).

Les médecins expriment qu'ils sont sûrs d'eux : « le plus logique chez elle, j'étais quasiment sûr du diagnostic » (S3), « non j'étais sûr de moi » (S5), « quand c'est bruyant comme ça avec l'hémiplégie, des troubles de la marche » (S8), « j'étais sur l'idée d'un accident vasculaire cérébral » (S9)

Deux autres médecins sont certains du diagnostic, semble-t-il aidés par les comorbidités. Il s'agissait d'« un poly artériel et hypertension » (S13), l'autre « je la connaissais donc le terrain était en faveur » (S10).

2.4. AVEZ-VOUS PENSE A UN AUTRE DIAGNOSTIC ?

Sur le panel de 15 médecins, certains ont évoqués d'autres diagnostics en seconde intention.

2.4.1. Neurologiques : (S3, S4, S5, S15)

- Maladie de Charcot (sclérose latérale amyotrophique SLA) ou sclérose en plaques (SEP) (S3)
- « Il s'est cogné la tête et il a pu saigner dans la tête » (S5)
- « Tumeur intracérébrale » (S15)

2.4.2. Cardiologiques (S9, S10, S12):

- Trouble du rythme (S9) avec fibrillation ventriculaire (S10)
- Poussée hypertensive (S12)

2.4.3. Décompensation diabétique : hypoglycémie (S15)

2.4.4. Pathologie psychiatrique : non précisée (S15)

Enfin, un dernier médecin (S8) n'envisage pas l'évocation d'un autre diagnostic « c'est à partir du moment où je pense à AVC, je ne pense pas à un autre diagnostic...il y avait une chose à écarter c'est l'AVC, l'AVC c'est vital, je ne me pose même pas la question de faire les diagnostics différentiels. »

Ainsi la majorité des médecins ne connaît pas les diagnostics différentiels de l'AVC, ce qui peut être source d'erreurs de diagnostic, de perte de chance et de prise en charge inappropriée en particulier de transfert à tort en milieu hospitalier.

2.5. QUELLE A ETE VOTRE PRISE EN CHARGE ?

Puisque les médecins font clairement la différence entre AIT et AVC, il est donc intéressant de séparer les différentes prises en charge des médecins généralistes. En effet le diagnostic suspecté sera le moteur de leur prise en charge.

2.5.1. Diagnostic premier d'AVC :

2.5.1.1. Mode de prise en charge

2.5.1.1.1. Hospitalière (S2, S5, S6, S7, S8, S9, S10)

La plupart des médecins du panel ont évoqué une prise en charge hospitalière avec transfert du patient aux services des urgences de l'hôpital, en particulier le plus proche, le Centre Hospitalier de Chartres.

S7 : « je l'ai fait hospitaliser directement »

S8 : « je l'ai envoyé à l'hôpital tout de suite »

S9 : « elle est partie à l'hôpital »

2.5.1.1.2 Ambulatoire (S3, S14)

La prise en charge ambulatoire est pratiquée par un médecin (S3) qui travaille avec un confrère neurologue de Rambouillet dont l'activité est partagée entre le libéral et son poste d'attaché à l'hôpital de Rambouillet. Ce neurologue a monté une « structure AVC », qui en accord avec les radiologues de l'hôpital de Rambouillet, peut avoir des scanners ou des IRM rapidement dans le cadre de la prise en charge d'AVC. Cependant cette prise en charge s'inscrit dans une filière de soins où le médecin envoie sa patiente en consultation de neurologie en urgence.

Pour un autre des médecins (S14) la prise en charge de la patiente, « qui était bien jusqu'à présent » a conduit à un maintien à domicile dont la décision s'est prise entre la famille et le médecin : « moi je pensais que vu le contexte de l'âge, je pensais qu'il valait mieux ne rien lui faire mais si la famille avait voulu l'hospitaliser je l'aurais transféré à l'hôpital. » « La famille était tout à fait au clair par rapport à cette question là...après discussion avec la famille on a décidé de ne pas l'hospitaliser ».

2.5.1.2. Examen clinique

2.5.1.2.1. Anamnèse (S6, S9)

La recherche d'informations permet à certains médecins (S9) de «déterminer le plus possible» les circonstances de survenue de l'événement, « l'interroger sans l'affoler puis l'examiner».

- Antécédents personnels :

(S9) : « comment elle était la veille... ce qu'elle a mangé... si elle avait une vie totalement normale, si elle consommait de l'alcool ... des événements inhabituels » « si elle avait déjà eu ça ou c'était quelque chose de nouveau »

Un autre médecin explique que, connaissant bien son patient, le recueil d'informations est inutile : « non car c'était un patient que je connaissais bien ». (S6)

- Symptômes associés :

S9 : « si elle avait d'autres symptômes qui aurait pu se passer...si elle avait eu mal à la tête avant ou après»

Cependant, d'autres médecins n'évoquent pas spontanément ce recueil d'informations dans le cadre leur prise en charge.

Alors qu'ils n'évoquent pas spontanément l'importance de connaître l'heure de début des symptômes (cf chapitre 2.3.3.3), ils donnent cette information quand on leur pose la question. Ils semblent avoir le souci de recueillir cette information.

2.5.1.2.2. *Examen physique (S2, S5, S7, S8, S9, S10)*

La partie de l'examen physique est une étape importante dans leur prise en charge qui permet de les orienter vers le diagnostic d'AVC.

Un des médecins souligne le fait qu'il l'a « examiné sans plus de détails ». Un autre témoigne d'une première difficulté « c'était pas évident car il n'avait pas de signe de localisation »

- Examen cardio-vasculaire:

- **pression artérielle et pouls** : la prise des constantes n'a pas été souvent mentionnée par les médecins mais a parfois servi d'élément de suivi du patient. A l'exemple du médecin (S2) qui va reprendre la pression artérielle plusieurs fois jusqu'à la prise en charge du patient par les pompiers « je l'avais réexaminé, repris sa tension artérielle ». La normalité des constantes a parfois surpris les médecins.
- **auscultation cardiaque** : qui n'était pas normal et a permis d'aider ces médecins dans l'orientation diagnostique et étiologique.
(S2): « il n'était pas régulier franchement ».
(S9) : « on vérifie le rythme cardiaque »
(S10) : « son rythme cardiaque... ça s'accélérait un peu mais pas trop ».

- Examen neurologique (S5, S6, S7, S8, S9, S10, S14): l'étape de l'examen neurologique est primordiale. Cependant il apparaît difficile pour certains médecins (S9) sauf « si on est très fin neurologue » qu'il reconnait ne pas être.

- **analyse des reflexes ostéo-tendineux (ROT)** (S8, S9): reflexes très vifs
 - **analyse du signe de Babinski** (S8, S9)
(S8): « réflexe cutané plantaire en flexion » bilatéral.
Pour un des médecins du panel (S9), « la recherche du signe de Babinski est très subjectif, très difficile sur l'estimation qu'on peut en faire ». Il reconnaît d'ailleurs à ce sujet qu' « on a tous des points faibles, moi c'est la recherche du réflexe cutané-plantaire ».
 - **étude de la force motrice et de la sensibilité des 4 membres** (S8, S10)
S8: « déficit de l'hémicorps ... sans déficit du membre supérieur ».
S10 : ce médecin recherche une atteinte neurologique dont la conclusion de son examen clinique est « pas de signe de localisation ».
 - **recherche de trouble de l'équilibre et trouble de la marche** (S6, S8)
Cette recherche des troubles de l'équilibre a permis dans certains cas de dépister des troubles neurologiques aigus alors que l'examen neurologique initial était normal en position allitée. En effet pour un des médecins (S6) après un examen neurologique normal, l'étude de l'équilibre « était très perturbé ». Il est donc nécessaire pour ce médecin de réaliser un examen clinique en position allitée mais aussi en position debout. D'après ce médecin l'examen clinique en position allitée n'est pas suffisant pour évoquer le diagnostic d'AVC.
Pour d'autres médecins, les troubles de la marche et de l'équilibre viennent compléter le tableau neurologique de l'AVC : le patient « avait une marche qui était modifiée avec un élargissement du polygone de sustentation... peut marcher sur la pointe des pieds et des talons, un petit manque du mot, donc voilà tout y était ». (S8)
- Examens spécifiques (S5) : un seul des médecins (S5) a mentionné l'intérêt de la glycémie capillaire dans le cadre de la suspicion d'un AVC. Cependant pour ce médecin, l'appareil ne marchait plus ce qui ne l'a pas aidé dans sa prise en charge car le diagnostic final était une hypoglycémie. Il souligne le fait que même si l'appareil avait marché, « je voulais lui faire un dextro et bêtement mon appareil ne marchait plus... je n'aurais pas pu le resucrer mais dans le principe », ne disposant pas de moyens thérapeutiques de l'hypoglycémie.

2.5.1.3. Prise en charge immédiate par le médecin (S2, S10)

Dans certains cas, le médecin face à un patient pour qui il suspecte un AVC, a eu recours à certains gestes de première intention en attente de la prise en charge spécialisée. En effet un des médecins (S2), vivant en direct l'AVC de son patient, dans l'attente de l'arrivée des pompiers, va prendre en charge son patient « je l'ai installé par terre en position de

sécurité...je lui ai parlé tout le temps...je l'ai emmené jusqu'au véhicule. Je suis allée jusqu'au véhicule avec lui ».

S10 : « je l'ai laissé allongé ».

2.5.1.4. Transfert du patient

L'étape du transfert du patient était importante à étudier, à savoir dans quelle condition il avait été transféré et vers quelle type de structures en premier lieu. Cette analyse permettait de connaître le délai du transfert, élément décisif dans la prise en charge thérapeutique et dans le pronostic du patient.

2.5.1.4.1. *Orientation*

- Appel du SAMU (S2, S5, S7, S10) : quatre des médecins ont appelé le 15.

S2 : « j'ai appelé le 15 qui m'ont envoyé les pompiers »

S5 : « j'ai appelé directement le 15 qui a géré »

S7 : « j'ai appelé le SAMU pour qu'on vienne le chercher ».

S10 : « j'ai appelé le SAMU »

- Transfert à l'Hôpital directement (S6, S8, S9) : trois des médecins du panel ont transféré leur patient au service des urgences, où les urgentistes prendront la décision du transfert ou non en milieu spécialisé.

S8 : « je l'ai envoyé à l'hôpital ... je transferts aux urgences. »

S9 : « c'est le service des Urgences » qu'il justifie en disant « on ne peut pas disposer d'un neurologue comme ça ». Ainsi selon lui, si un neurologue était disponible, par le moyen d'une astreinte téléphonique, il n'enverrait peut-être pas son patient au service des urgences de l'hôpital.

- Transfert à un confrère neurologue directement (S3)

Un des médecins (S3), par son contact personnel avec une « structure AVC », « j'ai appelé directement ce confrère », a transféré son patient directement à son confrère neurologue de Rambouillet qui « lui a demandé de venir la voir pour l'acheminer vers une imagerie » à l'hôpital de Rambouillet. Ce confrère a pu avoir un scanner très rapidement. Ainsi la patiente a pu bénéficier d'une prise en charge spécialisée immédiatement.

2.5.1.4.2. *Délai de prise en charge :*

Le terme « urgence » pour qualifier la prise en charge du patient n'est mentionné qu'une seule fois et utilisé pour justifier la nécessité des examens complémentaires et « qu'il allait falloir faire un examen en urgence à l'hôpital ». (S8)

- Délai de prise en charge par le médecin au domicile du patient (S5, S6, S10, S14):

S5 : « j'étais allé tout de suite en début d'après-midi avant de reprendre mes consultations »

S6 : « à peu près une heure après » l'appel téléphonique de la femme du patient.

S10 : « j'y suis allé en urgence »

S14 : « j'ai du y aller assez rapidement ».

- Délai de prise en charge en milieu spécialisé (S2, S3, S5, S6, S7, S8, S9, S10):

(S2) : « un quart d'heure, vingt minutes...ça paraît toujours un temps fou ».

(S3) : « très rapidement amenée par son mari » à la consultation du médecin généraliste après l'appel téléphonique de la patiente au cabinet, puis « elle a été au rendez-vous dans la journée avec son mari »

(S5) : « à cette période de l'année, rapide prise en charge, l'ambulance vient rapidement »

(S6) : « ils sont partis une heure ou deux heures après » la consultation avec le médecin généraliste.

(S7) : le SAMU est arrivé « 10 à 15 minutes après ».

(S8) : « tout de suite » mentionné à deux reprises par le médecin.

(S10) : « une demi-heure à trois quart d'heure pour le SAMU ».

Un des médecins du panel (S9) n'a pas jugé la nécessité de prendre en charge en urgence son patient en milieu spécialisé : « je ne lui ai pas dit d'y aller tout de suite... je me souviens que je lui ai dit qu'il faudrait y aller pour qu'elle soit vue et ... elle y a été le lendemain ». »

2.5.1.4.3. Moyen de transport choisi (en vue d'une prise en charge en milieu spécialisé)

- Transport par un véhicule personnel (S3, S8, S9) :

○ **transfert seul (S9)**

S9 : « elle conduisait sa voiture » pour rentrer chez elle, elle n'est allée qu'à l'hôpital que le lendemain.

Cependant ce médecin souligne le fait qu'il l'a mise en garde « car il peut toujours avoir un accident ».

○ **transfert accompagné par un membre de l'entourage (S3, S8)**

S3 : la patiente s'est rendue à l'hôpital de Rambouillet avec son mari en voiture personnelle.

S8 : « j'ai proposé un bon de transport et sa femme a dit non ... je vais l'emmener ».

- Ambulance : (S5, S6)

Dans un cas, le médecin lui-même appelle l'ambulance (S5) et dans un autre cas, il laisse la famille appeler l'ambulance (S6) après avoir « fait un bon de transport en ambulance ». Cependant ce médecin se demande si ce n'est pas la femme « qui l'a emmené elle-même », sans paraître inquiet de cette alternative.

- Pompiers (S2)

Dans un seul cas, le médecin a eu recours aux pompiers, mais après décision du SAMU qui a envoyé les pompiers au cabinet du médecin pour la prise en charge spécialisée du patient. « Les pompiers sont très efficaces, ils nous redemandent le pouls et la tension artérielle ».

2.5.1.4.4. *Transmission des informations*

Dans tous les cas, ce sont les médecins qui ont posé le diagnostic d'AVC et proposé le transfert du patient quand il avait lieu. Il était donc intéressant de savoir comment le médecin a pu transmettre les informations au sujet du patient, à qui et sous quelle forme.

- Par téléphone :

○ **SAMU** (S2, S5, S7)

S2 : la transmission des informations s'est faite par un rapport téléphonique au médecin régulateur du SAMU.

S5 : le médecin a appelé le SAMU pour leur expliquer la situation, puis a appelé une ambulance.

○ **le service des urgences** (S5)

S5 : « j'ai appelé les urgences pour les prévenir de l'arrivée du patient ».

○ **appel à un neurologue** (S3) : un seul des médecins (S3) a appelé directement son confrère neurologue car il «était facilement joignable à son cabinet comme c'était une heure convenable de la journée ».

Un des médecins (S2) souligne le fait qu'il n'appelle pas les médecins neurologues directement pour transmettre les informations au sujet de son patient. Il considère qu'une fois le patient hospitalisé, le patient aura une prise en charge appropriée puis « on reçoit les compte-rendu hospitaliers ».

Un autre des médecins (S9) du panel dit ne pas passer d'appel téléphonique pour annoncer l'arrivée de son patient car il trouve qu'on ne peut pas joindre les correspondants hospitaliers.

- En face à face physique avec les médecins: (S2, S7)

Après l'appel du SAMU, la transmission des informations a été orale dans certains cas face à l'équipe du SAMU ou des pompiers.

○ **aux pompiers** (S2) : les éléments transmis sont :

- les circonstances de diagnostic
- l'horaire de début des symptômes que le médecin leur a « dit spontanément »
- les constantes vitales.

○ **Au SAMU seulement** (S7) : « j'ai appelé le SAMU et je l'ai attendu, j'ai fait des transmissions orales et je les laisse faire ».

- Courrier (S2, S6, S8, S9):

Les médecins du panel qui ont fait un courrier pour adresser leur patient à l'hôpital, sont ceux qui n'ont pas transmis par oral (en particulier par téléphone) les informations au sujet de leur patient.

S6 : le médecin a fait un courrier « pour le médecin des urgences ».

S9 : « je fais toujours un courrier ».

Seul un médecin (S2) en plus des transmissions directes avec les pompiers et téléphoniques a en plus fait un courrier : « en attendant les pompiers j'en avais fait un quand même car j'avais le temps ».

2.5.1.5. Traitements en urgence instaurés par le médecin généraliste

2.5.1.5.1. *Oui (S3, S14)*

- Kardégic® (S3) était prescrit le jour même, dont la posologie n'a pas été précisée par le médecin
- « Des soins de confort » (S14) : dans le cadre d'un maintien à domicile de la patiente avec mise en route des soins par l'organisme de l'hospitalisation à domicile (HAD) contactée par le médecin directement au chevet de la patiente et devant la famille en accord avec elle.
- Position latérale de sécurité (PLS) chez un patient hémiparétique

2.5.1.5.2. *Non : (S2, S5, S6, S7, S8) :* dans la plupart des cas, aucun traitement n'a été mis en route en urgence par le médecin généraliste en l'absence d'imagerie. Un autre des médecins (S5) justifie son choix par le fait qu'il n'a pas « le matériel pour perfuser ».

2.5.1.6. Transmissions d'informations au patient et à l'entourage

2.5.1.6.1. *Au patient (S2, S6, S8, S9)*

Après décision de la prise en charge du patient, les médecins ont informé le patient, sauf dans deux situations où le médecin n'a pu transmettre d'informations au patient du fait de son état clinique :

- (S2): « je ne suis pas rentrée dans les détails dans la mesure où je ne suis pas sûre qu'il comprenait tout »
- (S5) : le médecin n'a pas pu donner des informations au patient car « il était complètement comateux ».

Pour les autres médecins, les informations transmises recouvrent plusieurs domaines :

- diagnostic suspecté (S6, S7)

S6 : « probable accident vasculaire cérébral ».

- destination du transfert (S2, S8, S9)

S2 : « qu'il allait à l'hôpital rapidement »

S8 : « à l'hôpital »

S9 : « au service des urgences ».

- Ce qu'on va lui faire en milieu hospitalier (S6, S8, S9)

S6 : « qu'il fallait faire des examens complémentaires pour confirmer si c'était bien un accident vasculaire cérébral ».

S8 : « il allait faire un examen en urgence...et le mettre sous surveillance en particulier sur le plan cardio ».

S9 : « peut-être qu'on vous passera des examens d'imagerie, scanner ou autre... qui permettent de savoir si c'est quelque chose de cérébral ou autre ».

- Etiologie de l'accident vasculaire cérébral (S8)

S8 : « il y a avait probablement un petit vaisseau qui s'était bouché »

La méthode de transmission orale des informations au patient est expliquée par un des médecins (S9). Il explique qu'il ne cherche pas à les affoler et d'amener cela d'une « manière très optimiste » en employant parfois « le conditionnel ».

2.5.1.6.2. *A l'entourage*

Cet entourage est informé par le médecin soit directement se trouvant sur place, soit par téléphone. Dans la plupart des cas, le médecin transmet des informations au patient si son état clinique le permet et à la famille ou l'entourage présent et/ou absent. Ainsi deux des médecins ont informé les enfants du patient après la consultation avec le patient :

S9 : « j'ai informé le fils » ;

S10 : « sa fille m'a appelé après ».

Un autre médecin (S14) n'a transmis qu'à la famille les informations car la patiente était inconsciente.

Un médecin (S7) ne transmet pas d'informations à la famille en se justifiant par le fait « j'étais pressé et je me suis vite retiré » en justifiant son choix par le fait que selon lui « sa femme s'en doutait du diagnostic ce qui a facilité la transmission d'informations ... les informations sont venues après quand il est sorti ».

Les informations transmises sont :

- soit un des le médecin (S8) transmet un discours identique que celui du patient en se justifiant par « je les connais bien tous les deux ».
- soit plusieurs médecins du panel (S2, S5, S6, S10, S14) transmettent le diagnostic suspecté :

- (S2) : le médecin transmet à la femme du patient qu'il a fait « un malaise »
 - (S5) : « je pensais que c'était un AVC, ce qu'elle avait imaginé aussi ».
 - (S6): le médecin transmet le diagnostic d'AVC
 - (S10): « un AVC probablement ».
 - (S14) : « cela pouvait être très probablement un AVC massif comme elle était inconsciente».
- un des médecins transmet le pronostic (S14) : « l'espoir de guérison était nul, fortement nul ». En effet le médecin suspecte le diagnostic d' « AVC massif » chez une patiente très âgée, qui était inconsciente au moment de sa consultation.
 - transfert du patient (S2) : « il avait été transféré à l'hôpital ».
 - les examens complémentaires : (S6, S14) dans le cas particulier d'un des médecins (S14), celui-ci explique au conditionnel ce qui pourrait être fait pour leur mère, dans le cas d'une suspicion d'un AVC. Ainsi il leur explique qu'« elle aurait eu le scanner et elle aurait attendu gentiment dans son lit. » Il laisse le choix à la famille tout en informant de ce qu'on pourrait lui faire à l'hôpital. « Soit on la transfère à l'hôpital et elle risquait de rester dans un coin pour avoir un scanner » constatant que c'était plus satisfaisant sur le plan médical « mais humainement peut être moins ». « Soit on la laisse chez elle, qu'on mettait en place une hospitalisation à domicile et on la laissait mourir tranquillement »

2.5.1.7. Devenir du patient après la prise en charge par le médecin généraliste

2.5.1.7.1. Structures d'accueil du patient : Service des Urgences de l'Hôpital de Chartres : (S2, S5, S8, S9, S10)

S2 : « nous on travaille avec l'hôpital de Chartres ... c'est très rare de travailler avec l'hôpital de Dreux »

Un des médecins (S10) semble préférer la prise en charge à l'hôpital de Dreux car « la prise en charge est bien à Dreux si je peux me permettre... les données et le retour des médecins sont clairs et nets... j'aime bien la prise en charge de Dreux. »

2.5.1.7.2. Retour de la prise en charge spécialisée

S9 : « il y a toujours un compte-rendu mais il arrive toujours tardivement ».

2.5.2. Diagnostic premier d'AIT : (S1, S4, S11, S13)

2.5.2.1. Mode de prise en charge

2.5.2.1.1. *Ambulatoire* (S1, S4 et S13)

Sur les 4 médecins qui ont évoqué un AIT, 3 d'entre eux ont pris en charge leur patient en ambulatoire. S4 justifie son choix d'une prise en charge en ambulatoire par le fait que « j'ai tout de suite pensé à un AIT ».

Le premier ressenti d'un des médecins (S1) est « pas grand-chose dans la mesure où il était déjà sous aspirine, du fait de son artérite », il souligne le fait qu'il ne pense pas mettre en route un autre traitement. En effet le médecin pense qu'il ne pourra pas instaurer un autre traitement en plus car selon lui le patient avait déjà le traitement optimal en cas d'AIT.

2.5.2.1.2. *Hospitalière* (S11)

Un médecin transfère son patient à l'hôpital devant la suspicion d'un AIT, « je l'ai fait hospitaliser ». Le choix du transfert a reposé sur la volonté de la réalisation d'un bilan étiologique rapide avec « doppler, bilan cardiaque ».

2.5.2.2. Examen clinique

2.5.2.2.1. *Examen cardio-vasculaire* (S1, S4, S13)

- Prise de la tension artérielle

(S4) : « sa pression artérielle était normale ».

- Recherche d'un souffle carotidien (S1, S4, S13) :

S1 : « en pratique ça ne soufflait pas, sa lésion ne soufflait pas du tout »

S4 : « peut-être un petit souffle ».

S13 : « un souffle » carotidien.

2.5.2.2.2. *Examen neurologique* (S1, S11, S13) :

Dans les trois cas où les médecins réalisent un examen neurologique, celui-ci est normal au moment de la consultation. Cela confirme le caractère transitoire du déficit neurologique. En effet il apparaît qu'un examen neurologique normal au moment de la consultation, oriente les médecins généralistes vers la suspicion d'un AIT.

S1 : « un examen neurologique strictement normal ».

S11 : « il n'avait pas de signe neurologique... que des sensations de flou visuel »

S13 : « normal »

Cependant un des médecins veut s'assurer de l'absence de tout symptôme neurologique et s'orientera vers un avis spécialisé neurologique.

2.5.2.3. Examens complémentaires réalisés à la demande du médecin généraliste

2.5.2.3.1. *Imagerie*

- Scanner cérébral (S1, S4)
- Echo-doppler des troncs supra-aortiques (TSA) (S1, S4, S11)

Le médecin (S1) justifie le choix de faire pratiquer ce type d'examen pour « aller voir ». « J'ai demandé un écho-doppler sans symptôme, c'était tout de suite comme ça ». « Je lui ai demandé de faire une échographie des TSA et justement c'était négatif ».

Pour deux des médecins (S1 et S11), l'écho-doppler des TSA a été réalisé à l'hôpital, pour l'un en urgence (S11) et pour l'autre dans un délai de 15 jours (S1) après le début d'apparition des symptômes. Tandis que pour un troisième (S4), cet examen est réalisé en ambulatoire dans un délai de quelques jours.

- Radiographie du rachis cervical (S4)

La demande de cet examen est motivée par la « douleur de la carotide ». Les résultats montrent « une arthrose, mais là encore rien ».

- Electromyogramme (EMG) (S4) : cet examen est réalisé à la demande du médecin généraliste dans un bilan d'une monoparésie du bras droit de son patient. Cet examen s'avérera normal.

2.5.2.3.2. *Délai de réalisation des examens complémentaires (S1, S1)*

Un des médecins (S1) justifie la réalisation du scanner cérébral dans un délai de « trois semaines, trois semaines un mois... quinze jours après l'avis cardiologique » en expliquant que d'après les recommandations « on dit de le faire un mois après...je ne sais pas si cela a changé ».

Un seul des 4 médecins (S11) ayant suspecté un AIT, a demandé « en urgence » les examens complémentaires qui ont été réalisés en milieu hospitalier.

2.5.2.3.3. *Résultats des examens complémentaires*

Deux des médecins nous ont transmis les résultats détaillés des examens complémentaires réalisés :

- (S1) : l'échographie doppler des TSA retrouvait une « sténose serrée de la carotide gauche...une lésion chiffrée à 90% », « conclusion étonnante » par rapport à la clinique avec une « indication d'un traitement chirurgical de la carotide gauche ». Ce médecin en conclut alors « à priori c'était le point de départ ». Le scanner cérébral portait comme conclusion : « absence de lésion parenchymateuse pouvant témoigner d'un accident vasculaire cérébral ».
- (S4) : la radiographie du rachis cervical montrait une arthrose cervicale, l'écho-doppler des TSA retrouvait une « plaque probablement de constitution récente au niveau de la carotide...sténose carotidienne gauche de 65 à 70 % » sur les conclusions de l'angiologue. L'EMG réalisé « était normal ».

Nous avons pu constater la recherche d'un diagnostic différentiel d'après les médecins généralistes de l'AIT par la réalisation de ces différents examens complémentaires. Cette quête diagnostique traduit une incertitude du diagnostic d'AIT.

2.5.2.4. Recours à un avis spécialisé (S1, S4, S11, S13)

2.5.2.4.1. *Quel type d'avis spécialisé ?*

- Avis cardiologique (S1, S4, S11): un des médecins (S1) a eu recours à un avis cardiologique par un médecin hospitalier dans un délai de 15 jours. Le cardiologue a réalisé une échographie trans-œsophagienne (ETO) et un écho-doppler des TSA, le tout « sur une journée ». Un des médecins (S11) demande « un bilan cardiaque » non détaillé par le médecin. Un autre des médecins du panel (S4) souligne le fait qu'il « l'avait bilancer en cardiologie ... qui avait rien montré ».
- Avis neurologique (S1, S4) : un des médecins du panel (S4) a eu recours à un neurologue en ambulatoire pour un deuxième avis et confirmer son diagnostic d'AIT. En effet ce médecin recherche des symptômes neurologiques associés par son incertitude de diagnostic d'AIT. Un des médecins (S1) parle de sa difficulté à joindre un neurologue à l'hôpital ce qui le conduit à ne pas avoir recours à l'avis d'un neurologue même en cas de doute diagnostique. Il prendra alors l'avis d'un autre spécialiste en particulier un cardiologue: « C'est vrai c'est du vasculaire donc c'est vrai qu'en cardiologie, ils sont assez réactifs...ils peuvent faire beaucoup de choses ».
- Avis de l'angiologue (S13) : « je l'ai envoyé à l'angiologue »

2.5.2.4.2. *Délai de la prise de l'avis spécialisé :*

Deux des médecins ont pris l'avis spécialisé dans un délai de plusieurs jours, non en urgence : (S1) : « il y a eu un délai entre le moment où je l'ai vu et il a fait tout ça, il y a eu un peu plus de 15 jours ». Le médecin se justifie par le simple fait que l'examen clinique n'était pas concluant « comme je n'avais pas de souffle...car quand on a un point d'appel on est plus motivé ».

(S13) : « cela n'a pas été très rapide. Cela a mis à peu près une dizaine de jours ».

Un seul des médecins (S11) a demandé un avis spécialisé en urgence en milieu spécialisé à l'hôpital dans le cadre d'une prise en charge en urgence du patient.

2.5.2.4.3. Conclusion de l'avis spécialisé (S4, S11, S13)

- Dans deux cas (S4, S11) l'avis spécialisé n'a pas été informatif d'après le médecin généraliste.
 - o En effet l'examen neurologique réalisé par le neurologue en ville était normal : « il n'y a rien » (S4). Or c'est cette normalité de l'examen clinique, après la phase aiguë, en particulier neurologique qui définit le phénomène transitoire du déficit de l'AIT.
 - o (S11) : ce médecin a eu le courrier de sortie « trois semaines à un mois après », « rien de bien significatif...ils ont supposé que c'était un accident vasculaire ischémique transitoire ». Ce médecin sous-estime alors la gravité qu'est l'AIT.
- Tandis que pour le troisième médecin (S13), l'avis spécialisé a été concluant: « c'était une sténose carotidienne qu'on a opéré ».

2.5.2.5. Transport du patient dans le cas de la prise en charge hospitalière (S11)

Ce médecin souligne qu'il n'a pas jugé nécessaire une prise en charge du patient « par les pompiers, par un taxi ou ambulance ». Le médecin a répondu favorablement à la demande du patient d'utiliser son véhicule personnel comme moyen de transport.

2.5.2.6. Contacts avec les intervenants :

- Par le médecin généraliste lui-même (S1, S11, S13) : les moyens utilisés par le médecin généraliste en cas de contact avec les spécialistes sont :
 - o **Téléphone** : (S1) le médecin généraliste a lui-même pris contact avec le cardiologue.
 - o **Courrier** : (S11, S13)

S11 : « oui pour les urgences...comme il faut passer par les urgences ».

S13 : « en général je fais un courrier, je ne les prends pas trop par la main »

La lettre d'accompagnement du patient n'est pas systématique en particulier quand le médecin a un contact physique avec le médecin spécialiste.

- Par le patient ou l'entourage du patient (S1) : *In extenso*, le rendez-vous de scanner cérébral a été pris par la femme du patient « on arrive à avoir un scanner à un mois sans difficulté ».

2.5.2.7. Traitements

- Pas de traitements en urgence (S4, S11) : deux des médecins ayant suspecté un AIT n'ont pas posé l'indication de mettre en route un traitement en urgence. L'un (S4) explique qu'il ne savait pas ce qu'il avait au départ et donc par précaution ne préférerait pas introduire un traitement initial. L'autre (S11) souligne le fait qu'« il a déjà un traitement lourd cardiologique, il prend un peu de Kardégic[®] », et donc ne savait pas ce qu'il pouvait rajouter comme traitement.
- Traitements en urgence (S1) : un médecin a mis en route un traitement en urgence une « association Aspirine[®] Plavix[®] » pendant un mois, le temps de faire le scanner » chez un patient « déjà sous aspirine ». Ce médecin justifie son choix de ne pas transférer en urgence son patient car comme il était « un peu fatigué », il ne pense pas que les spécialistes « auraient pris la décision d'un traitement en urgence ». Ainsi ce médecin a jugé que son patient ne présentait pas les critères lui permettant de recevoir un traitement en urgence, en particulier la thrombolyse.

2.5.2.8. Transmission d'informations par le médecin généraliste

- Au patient :
 - **urgence** (S1) : un des 4 médecins signale au patient que c'est une « urgence ». Dans ce cas précis, ce terme est probablement employé pour alerter le patient, « ça ne l'inquiétait pas ». L'urgence mentionnée par le médecin est relative puisque la prise en charge s'étend sur toute la journée.
 - **risque encouru par le patient en l'absence d'une prise en charge spécialisée** : (S1, S4) : un des médecins (S1) explique au patient le risque encouru s'il ne réalise pas le bilan étiologique de son probable AVC en lui disant « c'est pas mal un petit caillot, c'était que le bras mais cela aurait pu être plus grave et ça aurait pu rester aussi et vous auriez pu rester paralysé ! ». Un autre médecin (S4) souhaite faire peur à son patient : « je lui ai dit : méfie toi ça peut être les prémices d'un AVC ». Ces médecins sont conscients que l'AIT est l'alerte de l'AVC.
 - **étiologie** (S11, S13) : un des médecins (S13) évoque le probable diagnostic « il y avait probablement un problème vasculaire ». Pour l'autre médecin (S11) « il avait des petites plaques au niveau des carotides et qu'un petit bout avait du partir pour lui donner ce type de symptomatologie », explications que le patient « a bien compris », souligne le médecin, « car il avait déjà eu des scanners cérébraux, des IRM »
- A l'entourage : dans certains cas le médecin choisit d'informer en même temps le patient et son entourage. Cela permet de mieux sensibiliser le patient et permettre une meilleure prise en charge et une meilleure prévention face aux facteurs de risque cardio-vasculaires. En effet, un des médecins (S1), devant l'attitude de son patient « ça

l'a fait rigoler », cherche alors à sensibiliser la personne qui l'accompagne, sa femme, « mais elle ça l'a faisait moins rigoler ». Ce qui a permis d'ailleurs par la suite qu'il soit « un peu meilleur sur son diabète, ça l'a un peu effrayé quand même ». Ces propos de même nature sont repris par le médecin (S4) pour sensibiliser le couple qui en plus « ce sont des amis, donc je ne mâche pas mes mots ».

2.5.3. Cas des autres diagnostics suspectés par le médecin généraliste (S12 et S15) : HTA et Décompensation diabétique.

2.5.3.1. Anamnèse et examen clinique au cabinet (S15)

- Interrogatoire : ce médecin souligne l'importance de l'interrogatoire devant son incertitude de diagnostic « j'ai beaucoup interrogé le patient, je cherchais ce qui se passait ».
- Prise des constantes : la « tension était bonne ».
- Examen neurologique : « je ne me rappelle pas en avoir fait un complet ». Cependant il recherche un déficit sensitivomoteur, une paralysie faciale et des céphalées. Dans ce cas « il remuait les jambes, pas de paralysie faciale, pas de céphalées...il n'était pas désorienté ».

2.5.3.2. Traitement mis en route en urgence au cabinet

Dans les deux cas, aucun des médecins n'a eu recours à un traitement en urgence :

S12 : aucun car « il avait déjà ... du Kardégic® »

S15 : « rien »

2.5.3.3. Transmission des informations en milieu spécialisé: (S15)

S15 : le médecin généraliste transmet les informations par courrier, « je fais toujours un courrier ».

2.5.3.4. Moyen de transfert du patient :

- (S12) : **retour à domicile accompagné par le médecin** : « je l'ai ramené à son domicile parce que c'était le dernier de la journée et c'était le mari de la femme de ménage ».
- (S15) : **transfert en ambulance** car le patient était seul, cependant le médecin souligne le fait que s'il avait été accompagné de sa femme ou de « son beau-frère », il partait avec sa femme ou son beau-frère, « je n'aurais pas déplacé une ambulance ». Ce médecin se sent favorisé par son statut de médecin régulateur au SAMU lui permettant à l'ambulance de venir rapidement au cabinet du médecin « ce qui n'est pas toujours le cas ». De plus ce médecin ajoute qu'il a « appelé une ambulance par le 15 » en expliquant qu'il ne pouvait pas laisser repartir ce monsieur

en voiture, « je pense que c'était normal d'engager une ambulance pas les pompiers ni le SMUR ».

2.5.3.5. Informations transmises au patient :

- (S12) : le médecin informe le patient qu'il devra se rendre aux urgences si les symptômes persistent, sans lui donner de conseils sur la modalité du transfert et en particulier du transport : « je lui ai demandé d'aller à l'hôpital si cela persistait, la douleur ». Le médecin généraliste opte pour une prise en charge en milieu spécialisé à l'hôpital de Chartres car « il y a une unité à l'hôpital de neurologie qui prend en charge les AVC... il y a des neurologues et après ils dispatchent ».
- (S15) : le médecin informe son patient qu'il doit être transféré à l'hôpital car « il était bizarre » d'après le médecin et la secrétaire qui le connaissait bien. Cependant le médecin souligne encore que « je ne savais pas ce qu'il avait mais il m'inquiétait ».

2.5.3.6. Informations transmises à la famille (S15)

Un des médecins transmet à la femme du patient par téléphone les informations suivantes : « je lui ai dit que j'hospitalisais son mari » en face du patient. Ce médecin souligne le fait qu'il n'y avait pas « d'urgence vitale ».

2.5.3.7. Délai de prise en charge en milieu spécialisé

- (S12) : le médecin ne transfère pas en urgence son patient cependant « il a été hospitalisé dans la nuit ».
- (S15) : le délai était de « trois quart d'heures » que commente le médecin par un « ouh là ! ». Puis une fois l'ambulance arrivée, le patient est parti en 5 minutes : « j'ai passé au moins 15 minutes pour régler le problème de transport... l'ambulance est arrivée rapidement ce qui n'est pas toujours le cas... ils savent que cela bloque les consultations ».

2.5.3.8. Retour de la prise en charge en milieu spécialisé

Le diagnostic retenu par les spécialistes est dans les deux cas un AVC :

S12 : « AVC très localisé ».

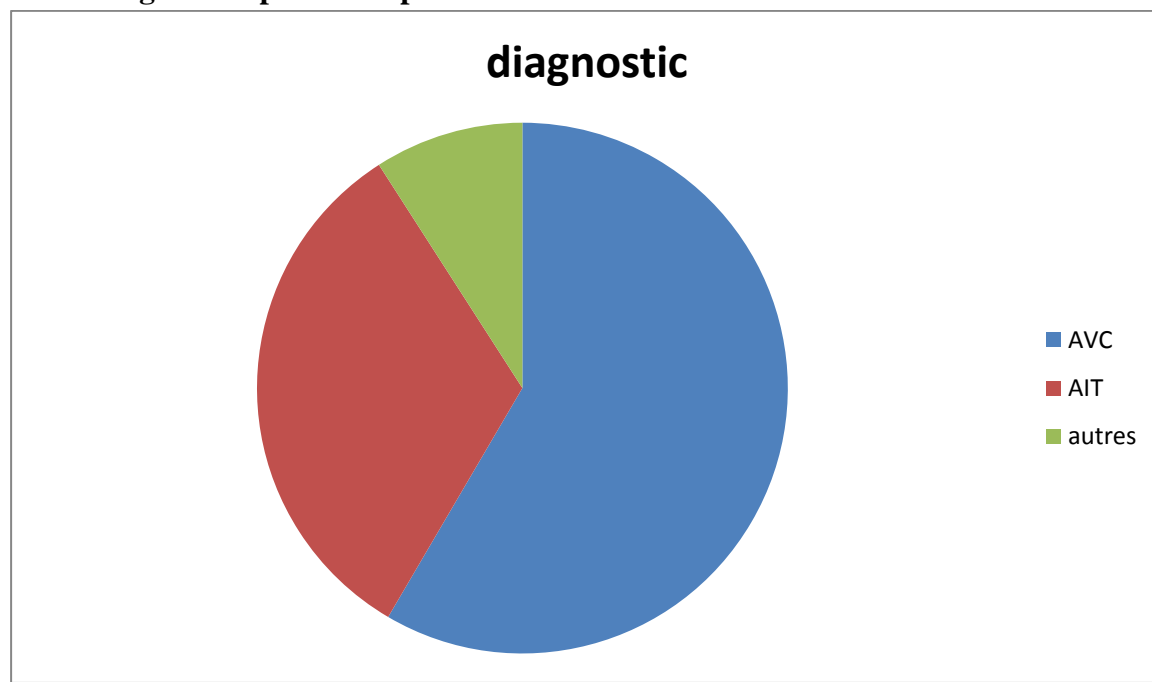
S15 : « AVC ».

En conclusion : le diagnostic final retenu par les spécialistes, pour chaque cas, est:

En fin de prise en charge spécialisée, qu'elle soit hospitalière ou ambulatoire, le diagnostic retenu a parfois différé de celui évoqué par le médecin généraliste au moment de la consultation.

Ainsi, parmi les 15 médecins du panel seulement trois ont fait une erreur de diagnostic dont deux (S12 et S15) dont le diagnostic était en réalité un AVC et un (S5) dont le diagnostic était une hypoglycémie ayant posé au départ un diagnostic d'AVC (graphe n°4).

Graphe n°4 : diagnostic après avis spécialisé :



2.6. QUELLES SONT LES DIFFICULTES A ?

2.6.1. L'évocation du diagnostic

Sur le panel de 15 médecins, deux (S12, S15) ont ressenti des difficultés à poser le diagnostic en évoquant un diagnostic différentiel de l'AVC : pour l'un, une poussée hypertensive et pour l'autre, une décompensation diabétique. Tandis que 12 médecins, n'ont pas présenté de difficultés à suspecter le diagnostic d'AVC. Pour ces derniers, la facilité du diagnostic repose souvent sur le fait que les patients ou l'entourage soupçonnent ce diagnostic (S6, S9). En effet « la plupart du temps les patients y ont pensé » (S9), ou dans d'autres cas « le terrain était propice » (S11). Parmi ces médecins (S5) l'un a fait une erreur de diagnostic mais a pris en charge le patient comme un AVC.

2.6.1.1. Pour les médecins ayant ressenti des difficultés dans leur dernière prise en charge (S5, S12, S15)

Les difficultés diagnostiques dans ces deux sont dues à des symptômes inhabituels.

S5 : « ce n'était pas évident car il n'avait pas de signes de localisation ».

S15 : « j'ai fait beaucoup d'années à l'hôpital comme interne, mais j'ai jamais vu ça. »

2.6.1.2. En général les difficultés de diagnostic (S2, S3, S5, S8, S14)

Plusieurs médecins évoquent que parfois il peut avoir des difficultés de diagnostic de l'AVC dans certaines conditions :

- **par contact téléphonique** (S10)
- **en fonction des horaires et des conditions de la consultation** (S10)
- en cas de **symptômes peu francs** (S10) : acouphènes, vertiges, absence de signe de localisation ou **peu « bruyants »** (S8) comme « de vague douleur migraineuse, chez un patient non migraineux, sans syndrome méningé, là c'est plus difficile car il n'y a pas de clinique bruyante... je me méfie énormément des céphalées chez quelqu'un qui n'est pas migraineux... je surveille de très près ».
- en cas de **diagnostic d'AIT** : (S2, S3, S14)
- en cas de **trouble de conscience du patient** (S5)

L'abord du sujet de l'AIT est vécu de différentes manières par les médecins généralistes :

- « **un casse-tête chinois** » : (S2) : « pour l'identifier ce n'est pas évident ». D'après ce médecin, les symptômes sont parfois peu francs et les examens complémentaires sont peu contributifs. De même un autre médecin (S14) souligne le fait que « c'est plus difficile à évoquer » l'AIT
- **l'évocation de l'AIT est tout aussi facile que l'évocation de l'AVC** (S3). Pour ce dernier, poser le diagnostic d'AVC ou d'AIT est plus facile que de poser le diagnostic en cas de douleur thoracique.
- **l'évocation de l'AIT est plus facile que la suspicion d'un AVC**, jugée comme « des choses plus faciles » (S5).

2.6.2. **La prise en charge du patient :**

Sur le panel de 15 médecins, 5 des médecins (S1, S5, S9, S13, S15) ont ressenti des difficultés à la prise en charge de leur patient tandis que les 10 autres médecins n'en n'ont pas ressenti. Toutefois, ils mentionnent les difficultés qu'ils peuvent rencontrer en général dans le cas de la prise en charge d'un accident vasculaire cérébral.

2.6.2.1. Pour les 5 médecins qui ont présenté des difficultés à la prise en charge, celles évoquées sont :

2.6.2.1.1. *Facteurs liés au médecin :*

- temps : (S1, S15) : Le temps passé avec le patient dans le cadre d'un AVC peut être très long notamment quand d'autres facteurs interviennent. Ce temps passé est ressenti comme une difficulté surtout quand la salle d'attente est pleine.

S1 : « Cela va nous prendre du temps ... la difficulté c'est toujours la même ».

S15 : « j'ai passé au moins quinze minutes pour le problème du transport ... on était en plus un vendredi »

- matériel : (S5)

S5 : par son lecteur de glycémie capillaire non fonctionnel « si j'avais eu l'appareil à dextro qui marchait. »

- diagnostic suspecté (S9) : en effet, si le diagnostic posé par le médecin est facilité par une symptomatologie telle « une hémiparésie évidente, là la prise en charge est plus facile. ». Ce même médecin mentionne le fait que « quand c'est des petits signes c'est peut-être à ce moment là qu'il faudrait faire quelque chose, moi quand il y a des petits signes c'est beaucoup plus difficile... c'est plutôt les cas intermédiaires qui sont les plus nombreux ».

2.6.2.1.2. *Facteurs liés au patient*

- Non compliance du patient :

- **patient non inquiet (S4, S13)** : le patient non inquiet de son état de santé est une situation compliquée pour le médecin qui doit convaincre le patient « il va dire que je ne suis pas malade mais à force de persuasion on y arrive mais c'est vachement difficile » (S4). Cette constatation est alimentée par le fait que les patient et la population actuelle est moins sensibilisée par l'AVC que pour l'IDM.
(S13) : « lui il s'en est à peine rendu compte et puis il va dire je ne suis pas malade ».
- **refus du transport choisi par le médecin (S15)** : « la prise en charge a été compliquée et longue car il n'était pas accompagné ». En effet la difficulté de la prise en charge résidait dans le fait que le patient souhaitait prendre son véhicule personnel car il ne voulait pas le laisser près de la gare. Or si le patient avait été accompagné, son véhicule aurait pu être récupéré.

- Eloignement géographique du patient (S4). Dans ce cas, le patient se trouvait en Espagne au moment de ces deux épisodes d'AIT, et ne souhaitait pas revenir plus tôt en France.

- L'âge du patient (S13): « en plus c'est une personne âgée donc c'est délicat. »

2.6.2.1.3. Facteurs liés aux parcours de santé :

- Intervenants :

- **neurologues (S1)** : Difficultés à joindre les spécialistes : S1 : « je vais être honnête ce n'est pas possible...téléphoner à l'hôpital pour avoir une consultation neurologique il faut attendre au moins 6 mois... même en ville ... quand on veut un avis plus rapide c'est monstrueux... c'est pour ça que dans cette prise en charge il n'y a pas eu de neurologue ».
- **service des urgences (S9)** : un des médecins du panel, ne sachant pas comment cela va se passer pour son patient aux services des urgences, préfère le prendre en charge en ambulatoire « cela explique notre attitude plus risquée », « parfois le service des urgences veut garder le malade...n'appelle pas le spécialiste...car pour un urgentiste envoyer son bébé ... à un neurologue ne doit pas le satisfaire ». Alors ce médecin ne préfère pas, parfois, envoyer son patient au service des Urgences et « se dit on va voir comment ça tourne dans les heures qui viennent ».

- Structures :

- **« intendance » hospitalière** :
 - Difficultés et obstacles pour joindre le personnel médical, la personne intéressée : (S1, S9) :
S1 : « quand on veut un avis plus rapide c'est monstrueux ».
S9 : « La plupart du temps vous avez l'hôpital au départ, vous avez le secrétariat, on vous met en attente et là invariablement, mais cela m'arrive sept fois sur dix, vous retombez sur une tonalité de pas libre...cela reconditionne le problème, déjà vous avez en face quelqu'un qui n'est pas toujours déterminé et vous terminez en disant, je suis désolé mais je n'arrive pas l'avoir ... on ne peut pas être en relation avec un service ».
- **places disponibles à l'hôpital** : (S9): « il faut être sûr qu'à Dreux ils peuvent l'accepter vraiment ».
- **distance avec l'hôpital** (S9) : certains médecins de campagne se sentent très éloignés de l'hôpital, ce qui pose encore un obstacle pour une prise en charge en milieu spécialisé, « normalement c'est à Dreux qu'ils s'occupent de ça et d'ici pour aller à Dreux ce n'est pas facile ». (S9)

2.6.2.2. Les difficultés de prise en charge ressenties en général par les médecins

2.6.2.2.1. *Facteurs liés au médecin (S2, S3)*

Le principal facteur lié au médecin est le manque de temps pour prendre en charge ce type de pathologie.

S3 : « c'est le temps comme dans toutes les pathologies d'urgence ».

2.6.2.2.2. *Facteurs liés au patient*

- Non compliance du patient (S1)
 - **Refus d'hospitalisation (S1)** « on ne va pas hospitaliser quelqu'un qui ne veut pas se faire hospitaliser ».
- Entourage du patient (S9) : dans certains cas, la famille ne souhaite pas l'hospitalisation ou le transfert d'un parent loin du domicile, «si on commence à parler de Dreux, là cela ne suit pas toujours ».
- Facteurs non imputables du patient : ces facteurs peuvent influencer et compliquer la prise en charge en urgence.
 - **Age (S3)** : « j'ai le cas d'une personne âgée...qui a eu un scanner en décalé ».
 - **Co morbidités (S3)** : un des médecins évoque des co morbidités qui comme l'« HTA, diabète, trouble du rythme » peuvent contre-indiquer la mise en route ultérieure d'un traitement.
 - **Allergie (S3)**
- Symptomatologie du patient : (S1, S4, S10)
 - Des patients avec des « **petits symptômes** » (S1) sont souvent moins bien pris en charge que les patients avec des symptômes plus francs, ils n'ont pas accès à une prise en charge spécialisée, en particulier pour une prise en charge sur Dreux : « quand ils arrivent à Dreux...ils ont l'intégral très rapidement ...ce n'est pas le cas pour tout le monde. Là, ils ont une prise en charge spécialisée adaptée, pas bidouillée comme nous ».
 - Dans le cadre de l'AIT, la crainte d'un des médecins d'être jugé si les symptômes ont totalement régressé au moment de l'hospitalisation, en pensant que « la cadre de l'hôpital va dire qu'elle me casse les pieds celle là » (S4)
 - « Si le patient est bien, il refuse d'y aller... il ne comprend pas» (S10)

2.6.2.2.3. *Facteurs liés au parcours de soins*

- Intervenants
 - **Non joignables (S1, S10)**
S1 : « mais même les joindre c'est compliqué... on a un avis neuro 4 mois après ».

S10 : « je ne travaille pas avec l'hôpital, je les envoie en ville et ailleurs, on ne peut pas les avoir... 3 mois d'attente ».

- **Choix individuel d'un des intervenants** : (S3)

- radiologue : c'est le cas d'un des médecins (S3) qui craint la décision du radiologue. Selon lui, le terrain du patient peut faire influencer le choix du radiologue à faire une imagerie en urgence. En effet, « le radiologue ne fera pas l'effort de le prendre en urgence ».
- médecin régulateur (S3) : en fonction de l'âge du patient, le médecin régulateur peut décider d'une orientation en UNV ou dans un autre milieu hospitalier

- **Disponibilité** (S2) : la « disponibilité des confrères » est évoquée dans le cadre de l'évocation de l'AIT. Les médecins spécialistes doivent être disponibles pour faciliter la prise en charge « en ambulatoire ».

- **Pénurie des médecins** (S3)

- Structures

- **Pénurie sur le plan matériel** (S3) : ce médecin souligne la « pénurie tant matérielle qu'humaine ».
- **Pénurie des structures** (S9, S13) : la seule structure spécialisée actuelle évoquée par les médecins pour la prise en charge en urgence d'un patient atteint d'un AVC est Dreux.

S9 : « c'est Dreux qui s'occupe de ça ».

S13 : « le problème c'est qu'ici c'est Dreux. »

- Un parcours de soins mal défini dans la prise en charge d'un patient atteint d'un AVC: (S1, S13)

Un médecin (S1) trouve que l'organisation du parcours de soins pour un patient atteint d'un AVC est très compliquée et peu claire.

Un autre (S13) pense, au final, qu'à l'hôpital, le patient ne sera pas vu par les spécialistes alors que le médecin envoie son patient pour un avis spécialisé : « on envoie aux urgences de Chartres et c'est l'interne qui prend le relais... et qui essaie de trouver une place. »

- « Saturation du système » (S3)

2.7. FACTEURS INTERVENANTS DANS LE RETARD DE LA PRISE EN CHARGE

Des médecins du panel évoquent les facteurs de retard de prise en charge qui peuvent influencer leur stratégie de prise en charge du patient.

Pour un des médecins du panel (S11), ce retard de prise en charge n'est en aucun cas en rapport avec le patient, mais au contraire en relation avec les moyens techniques hospitaliers, « je ne pense pas que ce soit de notre faute ».

Un des médecins (S1) souligne le fait qu'alors « on arrive toujours à la bourre de même pour la thrombolyse ».

2.7.1 Facteurs liés au patient (S4, S7, S10, S14)

2.7.1.1 Médecin considéré comme référent par le patient

S7 : « elle voulait passer par moi pour formaliser sur le plan administratif...les gens sont parfois fort respectueux ...de la hiérarchie et de passer par moi. »

En ce qui concerne l'AIT, ce même médecin souligne le fait que « les gens ont la notion que c'est régressif... ils nous en parlent à la prochaine consultation ».

2.7.1.2 Patient non inquiet :

Un des médecins du panel explique le temps qu'il doit parfois passer à convaincre un patient à accepter l'hospitalisation qui dans le cas échéant est une urgence.

Le plus souvent les patients ne sont pas inquiets en cas d'AIT et attendent la prochaine consultation pour en parler.

S1 : « cela ne l'a pas inquiété outre mesure...lui ça ne l'inquiétait pas, c'est sa femme que ça inquiétait...pour nous c'est un peu bizarre, mais c'est comme ça ».

S4 : « les gens n'y pensent pas trop et comme ils récupèrent ils s'en occupent pas ».

S10 : « on essaie de les convaincre que s'il n'y va pas, il a ce risque là, avec cet âge là...en général on y arrive sauf exception qu'il refuse... et cela prend du temps. »

S14 : « ce type d'évènement retarde la prise en charge »

2.7.2 Autres (S1, S11)

2.7.2.1 Manque de moyens techniques disponibles pour la prise en charge du patient

S11 : « il n'y a pas les moyens techniques sur l'hôpital de Chartres. Quand il y avait des scanners à Paris il y a 25 ans, il n'y en avait pas à Chartres. »

S15 : « défaut de moyens en particulier les transports ».

2.7.2.2 Contact par le patient avec le médecin généraliste par téléphone (S13)

2.7.2.3 Peu de sensibilisation sur l'AVC de la population générale

Un des principaux facteurs de retard de prise en charge et de diagnostic est le manque de sensibilisation du patient et de la population en général au sujet de l'AVC et en particulier de l'AIT.

En effet, pour l'un des médecins (S1), quand les symptômes sont francs et majeurs tel « une hémiparésie complète, là cela les inquiète », tandis que quand les symptômes sont moins bruyants ou l'accident est dit incomplet, la population s'inquiète moins. De plus le manque de sensibilisation de la population est souligné : « le fait qu'ils ne sont pas sensibilisés tout simplement, ils ne savent pas trop ».

Tandis que d'autres médecins (S3, S14) pensent que les patients sont sensibilisés à l'AVC. En effet, un des médecins (S14) a peu de souvenir de prise en charge d'un patient atteint d'un AIT car selon lui « les gens appellent volontiers le SAMU ou vont directement aux urgences ». Cependant selon lui « ils ne connaissent pas bien » l'AIT « alors que cela reste une urgence ».

2.8. QU'AVEZ-VOUS PENSE DE VOTRE PRISE EN CHARGE ?

2.8.1. « Bonne » prise en charge :

2.8.1.1. En rapport avec les recommandations de bonne pratique d'après les médecins généralistes (S1, S3, S4, S7, S14, S15)

(S1) : « ce que j'ai compris, à 48heures, on n'est plus dans l'urgence, il faut juste faire le bilan étiologique, qu'on a fait assez rapidement. » Cependant plus tard dans son récit ce même médecin souligne le fait « je ne pense pas être dans les recommandations mais c'est comme ça. On sait que pour tout accident urgent, on rame. J'espère ne pas avoir trop bidouillé ».

(S7) : pour un AVC « je pense qu'ils ont eu le bilan réglementaire dans un délai plus court » tandis que pour un AIT « un bilan réglementaire dans un délai plus long ».

Dans le cas particulier du médecin (S15), la prise en charge est jugée « correcte vu que mon diagnostic était complètement naze ».

2.8.1.2. Le patient ou l'entourage est satisfait (S3)

- S3 : « je pense avoir fait ce qu'il fallait...elle était contente »

- Pour un des médecins (S4), c'est l'entourage du patient qui est satisfait de la prise en charge ainsi que le patient qui a fait un AVC : « à la limite, on était contente sa femme et moi qu'il fasse un truc »

2.8.2. « Mauvaise » prise en charge : (S5, S12, S13)

2.8.2.1. Matériel non adapté : (S5) : « je n'avais pas mon matériel à dextro...je pense que dans son état, je n'aurais pas pu le ressucrer, mais dans le principe »

2.8.2.2. Erreur de diagnostic : (S12)

2.8.2.3. Hors des recommandations de bonne pratique : (S13) : sur la prise en charge en ambulatoire en général : « je crois que maintenant c'est une urgence et qu'il faut hospitaliser, ce qui est logique si on ne veut pas aboutir à l'AVC constitué ». En ce qui concerne sa prise en charge : « je n'ai pas fait ce que j'aurais du faire c'est-à-dire l'envoyer aux urgences ». Il en conclut : « l'AIT c'est une urgence point ! »

2.8.3. Autres avis (S6, S9, S10)

2.8.3.1. « On se sent démunie » (S6) : « car il y a un traitement à préconiser tout de suite...on ne peut pas donner un traitement à domicile...et c'est logique de les envoyer à l'hôpital pour...avoir un traitement en fonction de l'étiologie, de ne pas faire n'importe quoi ».

2.8.3.2. « très critiquable » (S9) : « c'est dur de ne pas prendre de risque sinon les hôpitaux sont encombrés ».

2.8.3.3. « je n'ai servi à rien » (S10) : « si je n'y étais pas allé, cela n'aurait rien changé... j'aurais pu le faire par téléphone ».

Un des médecins (S8) dit ne pas y penser car « il était de mon devoir de ne pas lui faire perdre de chance ». Ainsi, ce médecin n'a pas répondu à la question sur son ressenti par rapport à sa prise en charge. « Cela peut être un AVC mais je ne sais pas ce qu'il y a derrière ça peut être un saignement d'un anévrisme et cela s'aggrave rapidement ».

2.9. VOTRE ATTITUDE FACE A UN AVC EST-ELLE TOUJOURS LA MEME?

2.9.1. Raisonnement identique AVC et AIT (S1, S3, S5, S6, S8, S10, S11, S12, S13, S15)

Pour un des médecins (S1), la prise en charge décrite dans son récit était une prise en charge ambulatoire car ce médecin avait suspecté un AIT et le délai de prise en charge était supérieur à 48 heures. Cependant, en général pour l'AVC, « quelqu'un qui m'appelle ... que je vais voir avec une suspicion d'AVC ischémique, pour qui on essaie, je fonce ».

Dans le cas où la prise en charge pour l'AVC constitué ou pour l'AIT est la même, l'indication est l'hospitalisation.

Cependant un cas diffère pour un des médecins du panel (S5). En effet il évoque un cas où il avait souhaité une prise en charge ambulatoire d'une patiente en maison de retraite pour qui il avait suspecté un AVC. Il souhaitait la réalisation uniquement d'un scanner cérébral dont le seul but serait de savoir si c'était hémorragique ou pas pour pouvoir instaurer le traitement en ambulatoire. Hormis ce cas, pour ce même médecin l'indication de l'hospitalisation est toujours portée que ce soit un AIT ou un AVC.

Cette attitude a beaucoup évolué, ce qu'explique deux des médecins (S10, S13). Avant le bilan d'un AIT se réalisait en externe car les hôpitaux n'acceptaient pas les patients atteints d'un AIT, d'après eux.

De plus, un des médecins explique que sa prise en charge en général est la même pour l'AVC constitué et l'AIT car « j'ai l'impression de faire la même salade » du fait de ces connaissances cliniques et des examens complémentaires qui sont les mêmes dans les deux cas. Cependant pour ce même médecin, l'argument qui peut influencer la prise en charge est le fait que les neurologues sont difficiles à joindre et donc c'est plus facile selon lui de les hospitaliser pour avoir un avis spécialisé « donc c'est plutôt l'hospitalisation », plutôt que la prise en charge en ambulatoire. (S9)

2.9.1.1 Arguments en faveur du même raisonnement de prise en charge

- Indication du traitement par thrombolyse (S1) : un des médecins a le même raisonnement car dans les deux cas le traitement en urgence par thrombolyse est indiqué et donc le délai de prise en charge est à respecter, « on a trois heures pour une éventuelle thrombolyse ».
- Autres : (S8, S9, S12)

S8 : « dès que je pense à l'AVC, c'est vital, j'envoie ».

S9 : la réalisation d'examens complémentaires qui « vont localiser la lésion anatomique ».

S12 : « il faut faire des examens complémentaires à temps ».

2.9.1.2 Choix du transport

Un des médecins (S3) explique qu'il « essaie de s'adapter au quotidien, aux conditions techniques, au patient, aux disponibilités des uns et des autres et de faire au mieux par rapport au patient ».

- Ambulance (S1, S3) : en général un des médecins (S1), d'après l'âge de sa patientèle « pas de gens susceptibles de faire un AVC », ne fait pas appel au SMUR mais plutôt à une ambulance. De même que pour un autre des médecins (S3), dans le cas du transfert direct au confrère neurologue de Rambouillet, le transport en accord avec ce dernier se fait en ambulance « je privilégie l'ambulance ».
- Autres : (S3) : Quand un des médecins (S3) contacte le 15, il laisse le choix au médecin régulateur de choisir le mode de transport du patient mais en général c'est plutôt les pompiers car selon lui le SAMU privilégie le SMUR pour les IDM. Un autre argument justifiant le recours aux pompiers est la distance par rapport à l'hôpital. Ainsi les pompiers peuvent se rendre sur place plus vite tandis que le SMUR sera sur place plus longtemps après, venant de plus loin. Ce médecin énumère un dernier cas, où il peut laisser la famille emmener le patient en milieu spécialisé et c'est le cas où l'ambulance est annoncée avec un délai trop long et que la famille est « opérationnelle ». Dans ce cas et uniquement dans ce cas là, le médecin laisse partir le patient en moyen de transport personnel si « le patient est transportable ». « Je transmets par radio l'information ... il s'arrange pour libérer entre le moment où le patient quitte son cabinet et l'arrivée à l'hôpital de libérer un créneau d'imagerie ».

2.9.1.3 Mode de transfert (transfert direct en milieu spécialisé, appel des spécialistes) :

Le choix de transfert du patient diffère selon que le médecin voit ou non le patient, que le contact soit par téléphone ou que le médecin voit le patient.

- Si le médecin voit le patient au domicile ou en consultation au cabinet :
 - **Appel direct par le médecin :**
 - Du 15 (S3, S12, S13) : pour ce médecin (S3), c'est le 15 ou son confrère neurologue qui va décider du mode de transfert du patient, soit par le SMUR, soit par les pompiers dans le but d'une prise en charge la plus rapide, « pour avoir une prise en charge par les pompiers ou le SMUR la plus efficiente possible pour gagner du temps ».
- S12 : « on appelle le SAMU »

S13 : pour ce médecin le but d'appeler directement le 15 est d'avoir une place rapide en UNV. De plus « en cas d'AIT, il faudrait contacter le 15 et le SMUR, puis essayer d'avoir une place en UNV rapidement ».

- Du confrère neurologue directement (S3). D'après un des médecins (S3) du panel, l'appel en urgence à un spécialiste est dans le but d'obtenir une imagerie la plus rapide et la prise en charge en milieu spécialisé car selon lui il existe des structures actuellement adaptées pour la mise en route de traitements en urgence.
- **Transfert directement en milieu hospitalier** (service des urgences) par le médecin sans passer par l'appel au 15 ou à un confrère. Ce sont alors les urgentistes « qui prennent la décision en fonction du délai et des places disponibles ». (S8)
- Si le médecin ne peut pas se déplacer immédiatement au domicile
 - **Appel du SAMU par la famille** : (S10)
 - **Appel du SAMU par le médecin généraliste** (S3, S5, S12). Un des médecins (S3) dicte alors à la famille ce qu'elle doit dire au médecin régulateur: « c'est pour une suspicion d'hémiplégie et d'AVC... cela permet de gagner du temps par rapport au fait qu'on ne peut pas toujours venir tout de suite ». (S12) : « si on nous appelle pour une visite et que c'est ça, on appelle directement le SAMU »
- Variation en fonction du mode contact avec le patient :
 - **Au téléphone** : (S15) « Je me serais peut être méfié par téléphone car on ne voit pas le patient »
 - Soit les symptômes sont francs : appel par le médecin soit à une ambulance ou le 15. Dans le cas de l'appel direct de l'ambulance le médecin (S15) prévient par la suite la patiente qu'« il a engagé une ambulance et qu'une ambulance allait venir ».
 - Soit les symptômes sont peu francs : le médecin décide d'une visite à domicile ou l'envoie d'une ambulance après appel de l'hôpital. En effet, par téléphone, les médecins se méfient plus et « au moins avec une ambulance ils peuvent prendre une tension artérielle ».
 - **En consultation** : (S15)
 - Soit les symptômes sont francs : appel du 15 ou hospitalisation directe par le médecin qui transfère le patient.
 - Soit les symptômes sont peu francs et n'engagent pas le pronostic vital: appel d'une ambulance par le médecin mais pas le SMUR ni les pompiers, « après avoir appelé l'hospitalier pour voir quels moyens j'engage ». (S15)

2.9.1.4 Mode de transmission des informations

- Par oral, par téléphone (S3)

(S3) : quand le médecin transfère son patient par le SAMU, la transmission se fait oralement, directement avec le médecin régulateur, de même en cas de transfert au neurologue de Rambouillet, « pas de courrier utile ».

- Par courrier (S3, S8)

(S3) : quand le médecin transfère à son confrère neurologue de Rambouillet, il fait un courrier en plus de l'appel téléphonique après s'être assuré de la possibilité de la prise en charge en milieu spécialisé et l'accès à l'imagerie rapidement.

(S8) : transfert au service des urgences avec un courrier.

2.9.1.5 Les gestes à faire et ne pas faire

Deux médecins énumèrent les gestes à faire et ne pas faire devant la suspicion d'un AVC :

- pas de traitement en urgence (S6, S10)
- pas d'injection (S10)
- plus ou moins diminuer la pression artérielle par un sublinguale « et encore ... car quelque fois il faut la maintenir » (S10).

2.9.1.6 Le but d'une prise en charge en milieu spécialisé

Pour un des médecins (S3), le but d'une prise en charge rapide est de permettre au patient de faire une imagerie (qui peut être un scanner cérébral ou une IRM) pour établir un diagnostic précis. Dans un deuxième temps, le choix thérapeutique sera soit l'indication de la thrombolyse, soit de l'instauration d'un traitement par Aspégic® ou Plavix® ou les deux. L'appel aux spécialistes ou au 15 permet de libérer, entre le moment de l'appel téléphonique et l'arrivée du patient, un espace de temps pour la réalisation de l'imagerie en urgence qui sera pour ce médecin l'élément décisif du pronostic.

Pour un autre médecin (S10) le but premier est la réalisation d'un « scanner cérébral, pour un premier bilan lésionnel », dans un délai rapide, « même sur un temporaire ».

De même que pour un autre médecin (S12), le but recherché est d'obtenir « des examens complémentaires », sans plus d'explications et « pris à temps ».

2.9.2 Différence de prise en charge entre AVC et AIT (S2, S4, S7, S9, S14)

Dans ce chapitre-ci, pour ces médecins, l'AVC reste toujours une indication d'hospitalisation. Sauf pour un des médecins (S9), quand le patient atteint d'un AVC n'a pas d'antécédent, il porte alors l'indication de l'hospitalisation. Mais dans le cas où le patient a des antécédents vasculaires et a déjà fait un AVC, l'indication de l'hospitalisation est discutée, volontiers en faveur d'une prise en charge en ambulatoire. Ce médecin redoute alors la prise en charge dans le service des urgences et l'absence d'avis spécialisé même s'il hospitalise son patient. C'est pourquoi il pense réaliser une meilleure prise en charge en ambulatoire par la disponibilité des médecins spécialistes en ville.

Dans les autres cas, la différence de prise en charge porte alors sur la prise en charge de l'AIT.

2.9.2.1 En cas de suspicion d'AIT

2.9.2.1.1 *Hospitalisation ou prise en charge ambulatoire :*

- En cas de certitude de diagnostic (S2)

Dans ce cas, l'indication est l'hospitalisation, « quand je n'arrive pas à évoquer un autre diagnostic ».

- En cas de doute de diagnostic (S2)

Dans ce cas, la prise en charge est ambulatoire mais avec la réalisation différée du bilan d'AIT, « si ça n'est qu'un doute, je fais les examens en ambulatoire ».

Cependant, ce médecin souligne certains arguments qui peuvent modifier la prise en charge d'un patient atteint d'un AIT :

- **le date de consultation:** jours fériés, vacances ou WE
- **la disponibilité des confrères spécialistes**

Ainsi si c'est en semaine et que les consultations sont dans un délai rapide avec les confrères spécialistes, la prise en charge pour ce médecin est en ambulatoire. C'est le médecin lui-même qui prendra les rendez-vous de consultation. Dans tout autre cas, la prise en charge est hospitalière.

- « Si le patient va bien » (S14)

Pour ce médecin, en plus d'une disponibilité du médecin et un contexte familial satisfaisant, si « le patient va bien », ce médecin réalise les examens complémentaires en ambulatoire pour mettre en route le traitement dès que possible : « un AIT chez un patient qui va bien ... j'essaie d'obtenir un scanner dans la journée ».

Il peut prendre également un avis neurologique pour cette prise en charge en ambulatoire. Tout cela dans un délai de moins de trois semaines, « en manageant tout... je n'attends pas trois semaines pour avoir le scanner » après l'apparition des symptômes.

Si les trois conditions ne sont pas rassemblées, c'est le transfert aux urgences permettant un retour à domicile plus rapide, dont le but est d'avoir une imagerie pour mettre en route le traitement le plus rapidement possible, « cela dépend de la disponibilité et du contexte...je laisse volontiers mon numéro de téléphone ».

- « ça dépend » (S4, S9)

D'autres médecins n'ont pas de schémas précis comme précédemment et leur prise en charge varie. Ainsi pour un des médecins (S4), le but de la prise en charge « c'est d'avoir l'imagerie... je demande systématiquement une imagerie mais il faut les envoyer à l'hôpital » mais si c'est une hospitalisation, le moyen de transport est l'ambulance. Pour un autre médecin (S9) les facteurs influençant sa prise en charge sont :

- o **Le contexte familial**
- o **Le désir de la personne concernée**
- o **Les antécédents**
- o **Les circonstances d'apparition des symptômes.**

2.9.2.1.2 *Prise en charge uniquement en ambulatoire (S7)*

Pour l'un des médecins (S7), la prise en charge d'un AIT est uniquement en ambulatoire « il faut temporiser un peu ». Pour ce médecin il n'y a aucune indication d'hospitalisation en cas d'AIT. Cependant « il est important de faire un bilan en ambulatoire pour voir s'il n'y a rien en dessous ».

2.9.3 Dans les deux cas, le rapport avec les spécialistes est mentionné:

2.9.3.1. Bon rapport (S3, S6, S14)

Un des médecins (S3) assure qu'il existe une bonne communication et un vrai dialogue avec les spécialistes et les professions libérales comme les médecins généralistes « il y a une entraide, un vrai dialogue ... entre Chartres, Rambouillet et Dreux ».

S6 : « il ya un bon retour ».

S14 : « de prendre mon scanner sous le bras et de le montrer à un neurologue... j'ai de la chance de connaître les hospitaliers ».

2.9.3.2. Mauvais rapport car : (S2, S6, S9, S11, S12)

- **Pénurie de médecins (S2)** : le nombre limité des médecins neurologues explique la difficulté de travailler avec l'hôpital, « c'est vrai qu'apparemment il y a quelques problèmes au niveau du personnel, ils ne sont pas assez nombreux ».
- **Retard des comptes-rendus d'hospitalisation (S2, S6, S11, S12)**

S2 : « parfois deux mois après »

S6 : « on a le courrier un peu tard...on voit souvent le patient au retour d'hospitalisation sans même avoir reçu le compte-rendu ».

S11 : « trois semaines un mois après ».

S12 : « on a le dossier qui arrive après, avec ce qui a été fait, tout ce qui ont fait et tout ce qui est à prévoir ... c'est bien mais c'est un peu long ».

- **Difficulté de contact avec les spécialistes (S11):** « il faut passer par les urgences ...surtout pour les personnes âgées » ceux qui sont en particulier touchés par l'AVC.
- **Autres (S9) :** un des médecins utilise des qualificatifs pour juger l'hôpital comme « une forteresse imprenable...je me sens très étranger ».

2.10. QUE PENSEZ-VOUS DE LA PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'AVC EN PHASE AIGUE ?

2.10.1. Premier interlocuteur: (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S9, S10, S12, S13, S14, S15)

Les médecins généralistes sont en première ligne (S6), « premier recours » (S14) « toujours » (S1), quand ils sont disponibles et présents (S2, S3, S10), en cas d'AIT (S4, S13), dans le cas d'une patientèle rurale ou semi-rurale (S3, S5), par habitude (S7), pour traiter l'urgence vitale (S10), de diagnostic (S3, S10) « et on passe la main », pour rassurer le patient (S3).

(S9) : « l'approche globale nous rend le pouvoir de décision beaucoup plus complexe et moins décisif que pour les spécialistes »

S1 : « il nous appelle directement sans appeler le SAMU »

Il se décrit comme le médecin de terrain (S6), un rôle « d'aiguilleur... celui qui met le feu aux poudres » (S9), « médecin orienteur du SAMU » (S12), « aux premières loges » (S15), « en première ligne pour diriger le patient » (S15), « pour appeler le confrère » (S3), « savoir détecter » (S12).

Certains patients « attendent qu'on vienne en visite...les gens à la campagne attendent le week-end » (S5)

Les cas où les médecins généralistes ne sont pas appelés par les patients et qui ont recours au SAMU sont :

- Symptômes bruyants: **l'hémiplégie brutale** (S1, S5)
(S1) : « sauf en cas d'hémiplégie où les gens se disent mince et appellent tout de suite le SAMU ».
- En fonction de la population : **urbaine** (S3)

- **Indisponibilité du médecin (S10)** : « c'est difficile de quitter la consultation », « si on ne peut pas y aller, il faut que le 15 s'en occupe et prenne la main » « des fois on a un peu de mal...ça arrive au mauvais moment ».
- **« En cas d'accident vasculaire constitué, c'est le 15 » (S13)**

2.10.2. Une place nécessaire : (S3, S4, S5, S9, S13, S14)

La place du médecin généraliste est importante dans la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral, en particulier :

- **pour l'accident ischémique transitoire** par « l'écoute » de son patient (S4), les médecins généralistes ont « une grande place dans la prise en charge de l'AIT » (S13)
- **pour rassurer le patient (S3)**
- place de **première ligne** car « c'est lui qui met le feu aux poudres » (S9)
- rôle de **sensibilisation** de la patientèle « faire prendre conscience aux gens que ce qu'ils ont, n'est pas anodin » (S14).
- « appeler le 15 de voir si on est dans les délais et d'envoyer en fonction du SMUR ». (S5)

2.10.3. Une place indéterminée et difficile : (S5, S6, S9, S10)

La place du médecin généraliste dans la prise en charge d'un patient atteint d'un AVC en phase aigue ne semble pas claire pour certains des médecins interrogés.

Ainsi, c'est une place « difficile » (S5, S9), les médecins généralistes arrivent tardivement « soit on ne les voit pas...soit on arrive trop tard » « ce n'est pas génial » (S5), « en général quand on arrive c'est trop tard » (S10)

La nécessité au recours des spécialistes est soulignée :

- Un des médecins (S6) se sent « démuné » face à cette prise en charge il est alors « normal que le patient aille à l'hôpital pour recevoir le traitement adéquat », « c'est un peu frustrant ».
- Un autre médecin du panel (S9) se décrit comme le « pivot du traitement », qu'il perd « très rapidement », une place « symbolique et assez théorique ».
- « Il est évident qu'on a besoin des spécialistes et on ne prétend pas être des spécialistes » (S9)

Une autre difficulté de la place du médecin généraliste est celle du mode de contact avec le patient au moment de l'accident vasculaire cérébral. En effet par téléphone, « on ne sait pas trop. » (S10)

2.10.4. Une place en évolution : (S1, S2, S6, S10, S13, S15)

Le statut de « première ligne » face à un patient atteint d'un accident vasculaire cérébral est moins fréquent et a beaucoup évolué.

En effet, avant les patients appelaient directement le médecin généraliste même devant une hémiparésie brutale sans appeler le SAMU (S1), les médecins généralistes géraient les urgences « on nous appelé directement...on plantait les consultations ». (S2), « les médecins ne sont plus de gardes 24h sur 24 comme autrefois » (S13)

(S10) : « avant il n'y avait pas de spécialistes d'accueil d'urgences » et le bilan se faisait en externe.

Cette évolution tient dans le fait :

- **d'une meilleure éducation des patients** par leur médecin « on est les premiers à avoir poussé les patients à le faire en cas de sentiment d'urgence d'appeler le 15 et de ne pas trainer ... on essaie de les sensibiliser » (S2)
- **d'une meilleure connaissance des médecins** : En particulier en ce qui concerne l'accident ischémique transitoire, « il y a quelques années on ne l'hospitalisait pas forcément... on se disait c'est rien...que cela n'allait pas se reproduire... maintenant je pense que c'est bien de faire un bilan quand même » (S6), « je crois que maintenant c'est une urgence et il faut l'hospitaliser » (S13)
- **par l'apparition de la régulation SAMU, la diminution du nombre de médecins et l'absence de remplacement médical pendant les vacances**, « ils font de plus en plus le 15 » (S15).

2.10.5. Ce n'est pas la place du médecin généraliste (S1, S7, S10, S11, S13, S14)

La place de premier interlocuteur est critiquée et contestée.

Certains médecins du panel comparent cette prise en charge à celle de l'infarctus du myocarde :

- Un des médecins (S1) souligne le fait « cela ne devrait pas être notre place... ça devrait être le SMUR comme l'infarctus du myocarde ».
- Un autre médecin (S7) juge cette place **inutile** à la condition de sensibiliser la population par des campagnes informatives comme pour l'infarctus du myocarde « Ils ont bien fait des campagnes pour l'infarctus il pourrait le faire aussi pour l'AVC, cela serait le même type de campagne...on en aurait plus besoin ».

Certains médecins du panel jugent dans le cadre de l'AVC constitué, ils n'ont plus leur place : « c'est le 15... l'AVC en général on n'est pas dispo, ils appellent et disent AVC, ils appellent le 15 et vont à l'hôpital » (S13).

(S10): « je pense que c'est d'emblée l'intervention du 15 ou du SAMU ».

Le médecin généraliste semble tenir un rôle uniquement en post-hospitalisation (S11)
Pour un des médecins du panel (S14), il semblerait que ces patients n'ont pas recours à lui,
« j'ai le sentiment que les gens ne font plus appel à nous en premier recours ».

2.10.6. Une place de prévention primaire et secondaire (S11)

La place du médecin généraliste réside dans la prévention pour le cholestérol, l'HTA, le tabac,
« c'est tout ce qu'on peut faire...sinon on met tous les gens sous un peu de Kardégic® et de statines ».

2.11. QUE SAVEZ-VOUS DES TRAITEMENTS EN URGENCE ?

2.11.1. Quel traitement en urgence ?

2.11.1.1. Peu ou pas de connaissance des traitements en urgence (S2, S7, S9)

Pour un des médecins (S9) l'évocation des traitements en urgence dans le cadre de l'AVC lui semble être « dans la brume ». D'ailleurs à cette question il ne répond que les examens complémentaires.

De même qu'un des médecins (S2) répond « je n'ai aucune idée de ce qu'ils font ». Un autre médecin (S7) avoue connaître « vaguement » les traitements actuels en urgence, sans les détailler.

2.11.1.2. Connaissances des traitements en urgence :

- Thrombolyse (S3, S5, S11, S15)

En effet pour un des médecins (S3), le traitement d'urgence dans l'AVC est la thrombolyse mais « j'en avais entendu parler dans les revues professionnels, je ne sais pas plus que ça. il ya un système de thrombolyse ».

Cependant, un autre médecin (S6) pense également que la thrombolyse ne se fait plus :
« maintenant ils ne le font plus je crois ».

- Autres traitements : (S3, S1, S6)
 - Selon un des médecins (S3), l'alternative thérapeutique à la thrombolyse est la mise en route d'un traitement par **Aspégic®** ou **Plavix®** ou les 2.
 - « les **HBPM** dans les AVC c'est un peu récent » (S1). Pour ce médecin, la thrombolyse « avait été essayée et vite abandonnée car il y avait eu trop de morts, l'étude avait montré qu'il y avait trop de morts. Je ne sais pas quelle est

la différence maintenant. Les produits sont peut-être différents ou les critères de sélection sont un peu différents... on m'avait appris, on ne thrombolyse pas ça tue le monde ».

2.11.2. Où peut-on avoir accès à ce traitement ? (S1, S3, S5, S7, S8, S9, S11, S14, S15)

Au sujet de l'accès au traitement par thrombolyse, pour tous les médecins du panel, c'est un traitement qui ne peut pas se faire actuellement à Chartres, car elle nécessite des structures spécialisées. La plupart des médecins mentionnent l'accès de ce traitement à Dreux et parfois se demande si ce traitement ne peut pas être réalisé par le SAMU. Enfin certains médecins aimeraient pouvoir mettre en route un traitement eux-mêmes au cabinet permettant ainsi de faire gagner du temps au patient.

S1 : en ce qui concerne le site de **Chartres**, « maintenant ils veulent faire une **UNV** je crois ».

S3 : « il y a des structures qui se mettent en place pour gagner du temps »

S5 : « le **SMUR** se déplace et il thrombolyse dans l'ambulance », « à **Dreux** ».

S7 : « je ne sais pas si le **SAMU** peut le faire sur place...mais il pourrait le faire sur place comme en cardiologie ».

S8 : aucun traitement en urgence à Chartres du fait « qu'il n'existe pas de service de neurochirurgie ...on le transfère sur **Orléans, Paris ou Tours** ».

S9 : « s'il y a des choses qui se font cela doit être davantage à **Dreux** »

S11 : Pas à Chartres, « c'est dans les **service de radio** »

S14 : ce médecin évoque qu'il peut instaurer le traitement en urgence mais après les résultats du scanner cérébral : « si c'est à **domicile** c'est moi qui l'instaure »

S15 : ce médecin évoque le fait que les médecins généralistes ne sont pas habilités à faire ce type de traitement car « en plus il y a un délai à respecter... il faudrait qu'on soit formé... il faut une imagerie car il ne faut pas qu'il saigne. Donc de faire la thrombolyse à domicile ou au cabinet ce n'est pas possible ». D'ailleurs en fin d'entretien ce médecin souligne le fait que la formation utile serait de savoir si les médecins généralistes peuvent instaurer un traitement en urgence pour faire gagner du temps au patient, en particulier la thrombolyse.

2.11.3. Dans quel délai doit-on réaliser ce traitement ?

S1 : « il y a toujours ... le délai on a **trois heures** pour une éventuelle thrombolyse ... je ne sais pas si on arrive à le faire ... ça marche jamais... même en passant par le SAMU. C'est terrible mais les 3 heures, je pense que c'est possible mais moi ça ne m'est pas encore arrivé ... on arrive toujours à la bourre... ils n'ont pas eu de thrombolyse car ils sont arrivés à la bourre comme toujours».

S2 : « je ne sais plus, c'est dans les **deux heures**...on essaie de faire au plus vite »

S4 : « je crois qu'il faut **six heures** pour la thrombolyse »

S5 : « **quelques heures** »

S6 : « il fallait les envoyer dans les **deux heures** » ce qui permettait de faire « très rapidement le bilan, le scanner surtout ».

S7 : ce médecin commence par dire avec une attitude très détaché « aucune idée », cependant il souligne le fait de mettre en route ce traitement au « maximum **quelques heures** ... il m'a semblé avoir lu que plutôt c'était fait, mieux c'était ».

S9 : « je crois que cela se fait rapidement, tout de suite ». Cependant ce médecin accuse le service des Urgences de garder les patients atteints d'un AVC et donc ne pas avoir accès au traitement possible en urgence qui ne peut se faire actuellement à Dreux. « Si les urgences se le gardent, qu'est ce qu'on peut faire ? »

S10 : « il faut raccourcir les délais »

S11 : « il faut que ce soit rapide dans un délai de **trois à quatre heures** »

S12 : « il faudrait **moins de quatre heures**, ça serait bien, mais ça dépend à quelle heure ils ont appelé, il a pu déjà s'écouler une heure ou deux »

S13 : « normalement c'est dans les trois heures » mais c'est difficile de respecter ce délai car « on est à 25 km de Chartres et Dreux 50 km de plus »

S14 : « j'aimerais bien attendre les résultats du scanner, si c'est à domicile, c'est moi qui instaure le traitement... j'ai le téléphone facile pour appeler un neurologue ».

S15 : « je ne sais plus si c'est **deux heures ou trois heures** »

Un certain nombre de médecin compare la prise en charge et donc la mise en route d'un traitement en urgence avec l'infarctus du myocarde. A l'exemple d'un médecin (S7) qui mentionne « j'ai entendu un nouveau traitement dans les hôpitaux parisiens comme pour l'infarctus ». De même que pour un autre médecin (S3) « c'est un peu moins vrai que dans l'infarctus, que si on veut un système d'anti-coagulation rapidement ». Enfin un autre médecin (S15) souligne que le délai de mise en route du traitement de la thrombolyse est identique à celui de l'« infarctus du myocarde c'est ça aussi ».

2.12. RECHERCHEZ-VOUS DES INFORMATIONS?

2.12.1. Oui

2.12.1.1. Sur quel sujet ?

- Traitements : (S3, S8)

- **Indication du Plavix[®] dans la prévention de l'AVC (S8)**
- **Thrombolyse (S3)**

2.12.1.2. Sous quelle forme ?

- Internet : (S3, S12)
- Revue médicale, articles (S1, S3, S13) à l'exemple de la « Revue du Praticien » (S13)
- Courriers et les comptes-rendus des confrères (S6)
- Formation médicale continue (FMC) : (S13, S1) : « journées de FMC à Tours sur les urgences neurologiques »
- Contact avec les spécialistes (S13)

2.12.2. **Non (S2, S14, S15)**

2.12.2.1. Du fait de la patientèle : (S15)

- Age : (S15) : patientèle trop jeune « j'ai des patients qui ne sont pas en âge de faire un AVC » (S15)

2.12.2.2. Arguments propres au médecin:

- Manque de temps : (S6, S11, S12, S13)
- Fin de carrière : (S9, S10, S12)
- Trop âgé : « je suis d'une génération qui ne pourrait plus faire la médecine actuellement... pour la connaissance de tout ça je l'ai un peu mais un peu dans les brumes. » (S9)
- Séances de formations trop loin et trop tard ressenties comme « fatigantes » (S9)
- Sentiment de honte (S9)
- « c'est avec l'écoute des patients », que ce médecin apprend et non par les formations ou les revues médicales. (S4)

2.13. AVEZ-VOUS BESOIN D'INFORMATIONS A CE SUJET ?

2.13.1. Oui (S2, S3, S6, S9, S13, S14, S15)

2.13.1.1. Traitement

- Pour la mise en route d'un traitement : (S2, S15)

S2 : « est ce qu'on peut faire quelque chose au cabinet en ce qui concerne le traitement »

S15 : si les médecins généralistes peuvent faire la thrombolyse, « sinon cela ne sert à rien, mais il ne faut pas qu'on se substitue aux médecins urgentistes ».

- Renseignements sur les modalités de traitement : (S14) : « J'ai une vague idée de la thrombolyse ... je pense que j'aurais besoin »

2.13.1.2. Prise en charge du patient

- Atteint d'un AVC (S7) : Informations sur les intervenants « qui fait quoi...ce n'est pas clair du tout on ne sait pas où vont les patients, après c'est un blanc jusqu'à la sortie avec le CRH »

- Atteint d'un AIT : (S4, S7, S13)

S7 : « s'il y a des nouveautés de ce côté-là, on pourrait les appliquer sur le terrain si c'est possible ... quand on prend un AIT en ambulatoire, c'est une extrapolation de ce qu'ils font ».

S13 : « idée de rafraichir, essayer de sensibiliser, il y a beaucoup à faire ».

S4 : « j'aurais aimé » des formations sur « l'AIT, sensibiliser les gens »

2.13.1.3. Sémiologie AVC : (S5) : dans le cas où les symptômes ne sont pas francs.

2.13.2. Non (S1, S6, S8, S11, S15) car :

- Faible fréquence des AVC : (S15) : la moindre fréquence des AVC rencontrés par les médecins généralistes avec la suppression du système de garde et le recours au 15.
- « Sur la prise en charge immédiate...on ne peut pas faire grand chose» (S11)
- « La prise en charge qu'elle soit à Chartres ou à Dreux, c'est correct, ça roule » (S10) : un des médecins (S10) du panel suggère que les informations devraient être

transmises aux services des urgences car selon lui « il faudrait qu'il lise la lettre du médecin généraliste ... c'est comme ça qu'il faut faire ... c'est une chaîne ».

- Prise en charge clair (S1) : « c'est assez organisé dans ma tête » suite à une formation au cours des journées de formation de FMC à Tours sur les urgences neurologiques.
- « C'est l'affaire des spécialistes » (S6).
- « Manque de temps... c'est dommage quoi » (S6).

A noter un des médecins (S9) souligne le fait qu'il souhaiterait de l'information cependant « matériellement je ne peux pas... assez loin, tard le soir... un peu âgé pour suivre ça... j'ai un peu honte ».

2.14. VOS PATIENTS SONT-ILS SENSIBILISES AU SUJET DE L'AVC ?

2.14.1. Les patients ne sont pas inquiets : (S1, S7, S9, S10, S14)

(S1): « ils ne viennent pas parce que ça les inquiète pas et un jour ils débarquent parce que j'ai une espèce de truc ». Pour ce médecin, l'entourage du patient est important car c'est grâce sa femme que le patient est venu « c'est sa femme que ça inquiétait ».

(S9) : « les gens ne s'affolent pas toujours au début »

(S14) : « cela n'inquiète pas souvent les gens » en ce qui concerne l'AIT.

Le principal argument est :

- **La régression des symptômes (S1, S4, S7, S10):**

(S4) : « comme les gens récupèrent, cela ne les inquiète pas ».

(S7) : « les gens ont la notion que c'est régressif la plupart du temps... ils nous en parlent à la prochaine consultation ».

De même pour les patients d'un autre médecin (S10), si les patients sont bien et ont donc récupéré et c'est le cas pour les AIT, les patients refusent l'hospitalisation et là c'est le travail du médecin qui doit prendre du temps pour convaincre le patient d'être pris en charge.

Pour certains médecins les patients sont déjà sensibilisés :

(S12) : « ils sont sensibilisés par rapport à ça »

(S14): « les gens appellent volontiers le SAMU ou vont directement aux Urgences »

(S11) : « je pense que les patients appellent plus vite le 15 ou les pompiers, c'est l'affolement »

En effet, selon le médecin (S2), les patients « en parlent et peuvent venir pour ce motif ».

(S3) : « ils appellent souvent le 15 et que tout est en mesure pour que ce soit rapide avec l'accès à une imagerie rapidement ».

2.14.2. Les patients peuvent être sensibilisés

- **Par les médecins :** (S2, S12) un médecin (S2) souligne son rôle dans la prévention de l'AIT : « on essaie de les sensibiliser ». (S12) : « les patients sont plus suivis...on leur dit en trois mots, ils vont être paralysés et là ils s'arrêtent, ils ne parlent même plus, ils ont compris ». Cependant un des médecins (S13) souligne « mais à force de persuasion on y arrive, mais c'est difficile »
- **Par l'entourage :** (S3, S12) Un des médecins du panel explique que les patients ont souvent un membre de leur entourage « un parent, un ami qui ont eu cela ». (S3) « il y a une petite conscience de l'urgence de la part du patient et de l'entourage... il appelle tout de suite auprès de nous ou auprès du 15 ». (S12) : « ils ont des copains qui ont déjà fait ça ».
- **Par des campagnes de prévention :** (S1, S3, S7)

(S3) : « il me semble qu'il y a eu des campagnes de sensibilisation...les gens ont vu les dégâts que cela faisait pour les gens touchés ».

Du fait de cette constatation, certains médecins proposent certaines solutions pour remédier à la prévention de l'accident vasculaire cérébral et à une meilleure sensibilisation.

Certains médecins (S7) proposent des campagnes de prévention pour la population dont le but serait de transmettre l'information de se rendre directement aux urgences ou d'appeler le 15 d'après les médecins du panel.

Ce médecin (S7) propose d'ailleurs des campagnes du même type que pour l'infarctus « ils ont bien des campagnes pour l'infarctus, ils pourraient aussi le faire pour l'AVC... cela serait le même type de campagne », en particulier pour les « post-soixantares ».

Ces campagnes de prévention permettraient de substituer la place du médecin généraliste dans la prise en charge du patient atteint d'un AVC « je pense qu'on en aurait plus besoin, si on faisait une campagne informative, les gens appelleraient directement le SAMU ». (S7)

De même pour un des médecins (S13), il faut informer les patients « comme pour l'infarctus du myocarde ». En effet pour ce médecin c'est la même sensibilisation « ils le savent bien quand il y a une douleur thoracique ». Pour lui il faudrait « diffuser aux médias, quand cas d'AIT ils doivent appeler ». Il ne suffit pas d'informer les médecins il faut aussi sensibiliser les patients. Cependant pour lui la FMC ne suffit plus dans le cas de l'AIT « c'est là qu'il y a une information à donner mais pas uniquement aux médecins mais aux médias ».

Enfin un des médecins (S1) pense que la prévention ne doit plus passer par le médecin généraliste. De même que pour la douleur thoracique où la population est bien au courant

d'appeler le SAMU en ce qui concerne l'AVC, « c'est zéro ». Il n'y a que « des campagnes nationales qui peuvent les sensibiliser ». « C'est de la médecine préventive...les gens ont compris qu'il faut appeler le SAMU en cas de douleur thoracique mais pas pour l'AVC c'est zéro ».

DISCUSSION

1. METHODOLOGIE

1.1. Objectifs atteints:

Notre étude a permis d'identifier différentes pratiques des médecins généralistes d'Eure et Loire face à un patient atteint d'un AVC en phase aiguë, à partir de leur expérience. Elle a permis ainsi de connaître les difficultés de prise en charge de ces médecins généralistes et de comprendre les causes actuelles en particulier du retard au diagnostic et à la prise en charge en milieu spécialisé.

Cette étude a permis d'analyser les connaissances des médecins généralistes sur :

- la séméiologie de l'AVC,
- leur stratégie de prise en charge en fonction :
 - o des conditions d'exercice
 - o du contact avec le patient au cabinet, à son domicile, ou par téléphone, et avec l'entourage.

Notre attitude était de dégager d'une situation particulière vécue par le médecin, leur stratégie de prise en charge en général, des idées précises sur leurs connaissances de l'AVC. Notre étude a permis également de montrer les difficultés ressenties par les médecins généralistes et leurs besoins en termes de formations ou d'informations à ce sujet. Nombreuses sont les difficultés ressenties par le médecin mais peu de voies d'amélioration sont suggérées par le panel.

1.2. Méthode

1.2.1. Type d'étude

Notre choix s'est porté sur une étude prospective qualitative ainsi pour mieux comprendre les phénomènes actuels face à la prise en charge d'un patient atteint d'un AVC. Cela a permis d'atteindre les différents objectifs précédemment exposés, d'aborder les thèmes sur les connaissances, les stratégies de prise en charge en phase aiguë et les difficultés ressenties par le médecin généraliste. Ce type d'étude appliqué à ce problème de santé publique a permis ainsi de déduire des concepts et des hypothèses par rapport auxquels il est intéressant et nécessaire de répondre. L'aspect quantitatif sur la prise en charge du patient atteint d'un AVC par le médecin généraliste a été de nombreuses fois étudiée en France comme à l'étranger. Les sujets traités étaient le contact premier du médecin généraliste avec le patient, les différents facteurs retardant la prise en charge en milieu spécialisé, le mode de transfert du patient. Cependant nous n'avons pas retrouvé d'études qualitatives sur ce sujet, ni en France ni à l'étranger.

1.2.2. Echantillon

1.2.2.1. Respect des critères d'exclusion et d'inclusion :

Les critères d'inclusion et d'exclusion dans l'étude ont été respectés. Cependant la durée d'entretien préalablement définie a été parfois diminuée ou augmentée en fonction des échanges avec les médecins. En effet, au départ les médecins généralistes avaient accepté par téléphone un entretien d'une durée de 25 à 45 minutes. Il se trouve par la suite au cours des entretiens, certains ont été réduits à une dizaine de minutes. Dans ces cas, l'ensemble des questions avait été abordé mais les réponses apportées étaient rapides et plus courtes. En ce qui concerne, les deux médecins (S12 et S15) n'ayant pas évoqué le diagnostic d'AVC en phase aigue, ils répondaient aux critères d'inclusion d'avoir au moins un patient dans leur patientèle pour lequel le diagnostic d'AVC a été évoqué et qu'ils avaient pris en charge. Ces deux médecins nous ont permis de constater qu'il existait des difficultés à poser le diagnostic d'AVC.

4 des médecins ont proposé en premier une de leurs expériences de prise en charge d'un patient atteint d'un AIT. Ce qui par la suite nous a encouragé à connaître leur pratique face à un patient atteint d'un AVC et de savoir s'il existait selon eux une différence avec celle d'un patient atteint d'un AIT.

1.2.2.2. Taille de l'échantillon :

Contrairement aux études quantitatives, les études qualitatives reposent habituellement sur un échantillon restreint. Toutefois, il est suffisant à répondre à la question posée. En effet en appliquant le principe de saturation, les entretiens prenaient fin au moment où l'on observait des phénomènes déjà constatés. Il avait été estimé au début de l'étude d'interroger une quinzaine de médecins ce qui a été, par cette étude, confirmé par la suite.

Ce panel s'avère représentatif des médecins du bassin de population chartrain. En effet, d'après l'Ordre des Médecins d'Eure-et-Loir, moins d'un tiers des médecins généralistes libéraux du Bassin Chartrain sont des femmes. De plus, d'après l'atlas de la démographie médicale de 2009 (1) pour l'exercice de la médecine générale en Eure et Loir, on compte 120 (46%) femmes et 140 (54%) hommes. Cependant seulement 44,3 % de ces femmes ont une activité libérale (exclusive ou non) contre 70,5% des hommes, ce qui représente au final 1/3 des médecins généralistes libéraux en Eure et Loir. Le reste des médecins a une activité uniquement salariée ou hospitalière ou les deux et donc ne rentre pas dans cette l'étude. Pour l'exercice de la médecine générale en tant que "spécialité" en Eure et Loir on compte 55 (24%) de femmes dont 80% en libéral, 176 (78%) d'hommes dont 80% en libéral. D'après la liste de 2009 des médecins généralistes du Bassin Chartrain, et à Chartres en particulier, sur 54 médecins, on compte seulement 13 femmes soit de nouveau 1/3 de la population médicale en médecine générale (51).

Ainsi, malgré le refus de certains médecins de participer à l'étude, les quinze médecins ayant accepté l'entretien, ont tous été nécessaires à l'étude, par l'application du principe de saturation. En effet 4 médecins ont refusé l'entretien dont 3 femmes, par manque de temps, ou

n'ayant pas dans leur patientèle de prise en charge récente d'un patient atteint d'un AVC. Ce dernier argument pouvait être vérifié chez deux des médecins par leur jeune expérience en tant que médecin libéral ou par une spécialisation en homéopathie. Cependant, pour les deux autres médecins qui avancent l'argument d'un manque de temps, cela pourrait être une fausse objection. Peut-être étaient-ils mal à l'aise avec la prise en charge de l'AVC aigu ?

1.3. Recueil de données:

Le recueil de données s'est déroulé au cours d'un entretien avec chaque médecin généraliste, où la date et l'horaire du rendez-vous avaient préalablement été décidés par le médecin lui-même. Celui-ci tenait compte de notre disponibilité, laquelle était rendue possible par une adaptation de l'emploi du temps et des plages horaires de consultations. Notre disponibilité a permis aux médecins généralistes d'être dans les meilleures conditions pour un bon déroulement de l'entretien et la création d'une relation de confiance. Aucune contrainte pour le médecin interrogé n'était imposée permettant un véritable échange avec sincérité parfois ponctué de propos trop confidentiels, voire hors du contexte de l'étude.

En effet, certaines remarques de médecins généralistes n'ont pas été retranscrites, car soit nous les avons jugées trop personnelles soit à la demande du médecin, en particulier à l'évocation de critiques envers nos confrères. Cette décision dans les deux cas était jugée comme nécessaire du fait qu'elle n'apporterait pas d'éléments nouveaux à l'étude et à l'interprétation des résultats. En effet certains médecins de l'étude soulignaient leur mécontentement à l'égard de spécialistes à cause de leur manque de disponibilité, les contraignant à adopter une autre stratégie de prise en charge.

Dans le contexte d'un dialogue spontané, beaucoup de médecins ont associé plusieurs idées et d'éléments de réponse, ce qui ne permettait pas au recueil de données de suivre l'ordre de la trame d'entretien. Le but rechercher était, même si le médecin interrogé ne suivait pas l'ordre des questions, de récupérer toutes les réponses aux questions posées. De plus des médecins posaient des questions au cours de l'entretien, auxquelles il avait été convenu d'y répondre. Cependant, elles n'étaient pas retranscrites si cela n'apportait pas d'éléments constructifs à l'étude.

Dans un cas (S9), le médecin généraliste a raconté deux cas cliniques, notamment le premier où la patiente était décédée au moment où il a voulu se rendre à son domicile et dans ce cas, il ne respectait pas les critères d'inclusion. Ainsi, seulement le deuxième cas clinique a été retenu pour ce médecin.

Certaines difficultés ont été rencontrées pour le recueil de données, en particulier par l'éloignement géographique des cabinets. L'étendue du bassin chartrain a rendu parfois l'accès au lieu de rendez-vous difficile mais avec un souci de toujours respecter la date et l'horaire de l'entretien. Les rencontres avec les médecins généralistes étaient très chaleureuses et conviviales permettant un véritable partage d'expérience humaine.

Seulement dans un cas (S7), le climat d'entretien était hostile. Le médecin généraliste interrogé manifestant une incompréhension à notre choix de sujet de thèse, considérant que les médecins généralistes maîtrisaient parfaitement le sujet de la prise en charge de l'AVC.

Pour tous les médecins contactés, le sujet de l'étude était toujours décrit au premier contact téléphonique et le refus de leur participation était respecté sans porter aucun jugement de notre part. La difficulté était de mener à bien l'entretien en abordant tous les thèmes de l'étude avec un maximum de questions ouvertes tout en restant attentif aux différentes questions et remarques du médecin.

1.4. Trame d'entretien :

La trame d'entretien était l'élément « guide » du recueil de données, qui permettait de répondre aux objectifs de l'étude et d'aborder les différents thèmes préalablement définis. Il était important aux vues des entretiens de laisser le médecin généraliste parler de son expérience et ainsi de ponctuer l'entretien par des questions ouvertes. Après relecture par différents professionnels (un médecin urgentiste, deux médecins généralistes, un neurologue) la trame d'entretien était alors validée et prête à être utilisée. Cependant au cours des premières rencontres, certaines questions sont venues se rajouter à la trame apportant des éléments de réponse intéressants et plusieurs fois proposées spontanément par les médecins. Ainsi la trame d'entretien a été complétée et a évolué, permettant d'exploiter au maximum les connaissances des médecins. En effet, la méthode qualitative encourage le chercheur à modifier son approche en cours d'étude pour exploiter les données de la meilleure façon : « L'approche dite itérative utilisée par la recherche qualitative (et qui consiste à changer d'hypothèse et de méthode de travail en cours de route) témoigne d'une adaptabilité louable à la complexité et à l'inconstance de son objet » (Grenhalgh, 2000). Il existe donc deux versions de cette trame, une première et une seconde définitive modifiée au décours des premiers entretiens, qui a été la plus utilisée (annexe 2).

Deux questions principales ont été rajoutées à la trame d'entretien :

- « La dernière fois que vous avez pris en charge un patient atteint d'un AVC, c'était quand et où ? »
- « Est ce que vous avez pensé à un autre diagnostic ou cela vous a paru évident ? »

Dans d'autres situations, les questions ouvertes n'étaient pas suffisantes pour le médecin généraliste pour aborder les différents thèmes de l'étude et il a été parfois nécessaire de les guider par des questions plus fermées :

(S6): « cela faisait combien de temps que l'équilibre était ainsi ? » « Le patient vous a appelé ? »

(S11) : « il est parti directement à l'hôpital ? »

De même que la notion de « transmission d'informations aux professionnels de santé ou à l'entourage » n'était pas abordée spontanément par les médecins généralistes, alors que dans la pratique quotidienne, les médecins généralistes ont transmis les informations. Nous avons constaté ce même phénomène pour le recueil de l'horaire de début des symptômes qui est un des éléments décisifs dans la prise en charge des patients atteints d'un AVC, mais qui n'est pas mentionné directement par les médecins. D'ailleurs dans certains cas, le médecin ne l'évoquait pas car il ne le connaissait pas ou vaguement, ne l'ayant pas demandé au patient ou à son entourage.

Il était parfois nécessaire de faciliter la discussion de médecins en reprenant au début de chaque nouvelle question la fin de sa réponse précédente. Par exemple, pour un des médecins (S6) « Donc vous l'avez vu à domicile ? » « Donc vous l'avez examiné et vous avez pensé à quoi ? » « Donc cela a été le premier diagnostic, vous avez pensé à quoi ? », pour (S10) « donc vous vous êtes rendu sur place », pour un autre des médecins (S9) « Cela veut dire que derrière vous ne savez pas comment cela se passe, donc parfois vous ne préférez pas les envoyer à l'hôpital ? » Cela permettait d'encourager le médecin à continuer et permettait d'avancer l'entretien, mais aussi de nous assurer de la bonne compréhension de leur propos.

Tandis que pour d'autres médecins (S1, S8, S13, S14, S15), il nous suffisait de poser une question ouverte comme « la dernière fois que vous avez pris en charge un patient atteint d'un AVC c'était quand et comment cela s'est passé ? » pour que le médecin interrogé raconte tout son cas clinique sans avoir besoin d'être guidé.

Il avait également été décidé de répondre directement aux questions des médecins généralistes interrogés et d'entendre leurs différentes remarques, permettant un véritable échange d'idées et une conversation ouverte avec ceux-ci, induisant un climat de confiance et permettant au médecin de livrer plus facilement son ressenti, élément principal de l'étude.

2. PLACE DU MEDECIN GENERALISTE

2.1. Fréquence des AVC en phase aiguë rencontrés par le médecin généraliste:

Nombreux sont les articles français ou étrangers qui montrent un rôle principal du médecin généraliste dans la prise en charge de l'AVC. Il consiste en la prévention primaire (dépistage et de contrôle des facteurs de risque) et secondaire.

Cependant les médecins généralistes sont présents aussi en phase aiguë. Comme le montre notre étude par le simple fait que les médecins généralistes du panel pouvaient raconter d'après leur expérience au moins un récit de prise en charge d'AVC, s'étendant de la simple orientation jusqu'à la mise en route d'un traitement. Ce qui était en contradiction avec un phénomène rencontré au cours des premiers contacts avec certains médecins généralistes refusant de participer à l'étude. La raison évoquée était qu'un médecin généraliste « n'a pas sa place » en pré-hospitalier. Ce qui semble être un faux argument mais avancé par le médecin par un probable manque de connaissances ou de pratique, ou insatisfait de sa prise en charge. Selon les références de bonne pratique, il a toute sa place dans l'orientation. Cependant il peut devenir une cause de perte de chance pour le patient s'il assure sa prise en charge globale. L'intervention du médecin généraliste est citée dans la plupart des études françaises et étrangères sur la prise en charge initiale d'un patient atteint d'un AVC, ainsi que dans les études sur les facteurs responsables de l'allongement du retard à la prise en charge spécialisée.

Il était donc intéressant de réaliser une étude sur la place des médecins généralistes dans la prise en charge initiale d'un patient atteint d'un AVC. De plus la fréquence des prises en charge d'un AVC en phase aiguë est loin d'être nulle, s'étendant dans notre étude de moins d'un par an (S5 et S9) à plus de trois par an (S6, S9, S12, S13).

La majorité des études françaises ou menées à l'étranger ont montré que le médecin généraliste est dans la plupart des cas le premier contact avec le patient atteint d'un AVC. Déjà en 1992, **Goldstein et al.** montraient que 15% des patients atteints d'un AVC consultaient d'abord leur médecin traitant (35). En effet une étude menée par **Bisset et al.** en 1997, montrait que le patient en cas d'AVC avait recours en majorité à son médecin généraliste. Il était donc nécessaire de lui définir un rôle dans cette prise en charge et de lui en donner les moyens (32). Une étude française menée par **Bonnaud et al.** montrait que 65% des patients admis aux urgences du CHRU de Tours avaient consulté en premier leur médecin généraliste (9). De manière plus générale, d'après l'étude de **Chang et al.** montraient que 44% des patients ont recours à un autre médecin avant de se rendre à l'hôpital et en particulier à un médecin généraliste (19). Ceci montre que la population continue à consulter leur médecin généraliste par une méconnaissance du parcours de soin optimal.

Dans notre étude, les médecins généralistes (S1, S2, S6, S10, S13, S15) pensent que leur place est en évolution. En effet, la connaissance d'une filière neuro-vasculaire d'urgence, une meilleure éducation et connaissance des patients au sujet de l'AVC, permettraient un moindre recours au médecin traitant en première intention.

Ainsi l'existence d'une place du médecin généraliste est confirmée d'une part par notre étude menée dans le Bassin Chartrain et d'autre part par la revue de la littérature, depuis deux décennies. Cependant le ressenti principal des médecins généralistes du panel est que normalement ils ne devraient plus avoir de place. Mais cette place est bien réelle d'une part à la vue des résultats de l'étude, étant principalement le premier interlocuteur pour la majorité, et d'autre part au vue de la littérature. C'est ce que constatent également les référentiels en particulier des références professionnelles. Il faudrait leur faire prendre conscience que leur place existe et est nécessaire, un rôle défini dans un parcours de soin, dont le but est une prise en charge optimale de leur patient atteint d'un AVC. Ce sentiment des médecins généralistes de ne plus avoir de place dans la prise en charge pour ce type de patient souligne une méconnaissance du parcours de soin existant, dont ils font partis intégrantes.

2.2. Quel rôle est attribué au médecin généraliste ?

Notre étude ainsi que celles de la revue de la littérature confirment la place des médecins généralistes en première position, souvent comme premier contact ou interlocuteur avec le patient victime d'un AVC.

2.2.1. Rôle d'orientation initiale

Dans notre étude, trois des médecins du panel (S9, S12, S15) s'attribuent un rôle de médecin d'orientation du patient en première intention. Cette conception est retrouvée dans l'étude de

Siddiqui et al., menée au Pakistan, où le médecin généraliste a un rôle dit « d'aiguillage » qui est un des facteurs déterminant de la prise en charge (18). Il semblerait que dans ce pays, la population ait beaucoup recours à leur médecin généraliste. De plus **Mitchell et al.** par une étude menée en 2006 ont reconnu le médecin généraliste comme l'acteur essentiel de la coordination de la prise en charge initiale du patient atteint d'un AVC (29).

Il existe cependant des cas où le patient ne consulte pas son médecin traitant en première intention et n'a plus ce rôle d'orientation initiale. Dans notre étude, la sévérité de la symptomatologie (S1, S5) du patient est un élément décisif dans le choix de consultation du patient et en particulier en cas d'AIT. Ces constatations étaient également faites par **Golstein et al.** qui montraient qu'en cas de symptômes d'AIT dits « faibles », les patients consultaient directement leur médecin généraliste (35). De plus d'après **Nedeltchev et al.** 35,6% des patients atteints d'un AIT attendent la régression des symptômes pour consulter leur médecin traitant (33).

Nous avons aussi constaté que d'autres facteurs peuvent intervenir comme l'indisponibilité du médecin traitant (S10), et la zone géographique du patient en particulier vivant en zone rurale (S3).

2.2.2. Rôle pédagogique :

Nous avons constaté que 2 médecins généralistes du panel (S11 et S14) considèrent avoir un rôle pédagogique auprès du patient. En effet ils s'attribuent le devoir d'une éducation sur la reconnaissance des symptômes de l'AVC par la population générale ainsi que le recours au 15. Ce rôle est retrouvé dans l'étude de **Dhamija et al.** où le médecin généraliste est responsable dans l'éducation des patients sur les symptômes de l'AVC. Cette même étude montre le rôle du médecin généraliste sur la nécessité d'un choix de transport immédiat par une ambulance, ce qui n'est pas retrouvé dans notre étude (30). Ce rôle d'éducation est également retrouvé dans les **recommandations de bonne pratique de 2009** qui prônent pour le médecin généraliste un rôle d'éducation du patient (4).

2.2.3. Rôle dans la prise en charge de l'AIT

Nos résultats montraient également que deux des médecins du panel considèrent avoir un rôle dans la prise en charge globale de l'AIT, en terme de diagnostic et thérapeutique. Tandis que **Lasserson et al.** leur attribuent un rôle de diagnostic et de reconnaissance rapide d'un AIT (26). Le médecin généraliste a le sentiment d'avoir un rôle au-delà du diagnostic en ce qui concerne l'AIT. Au vue de la revue de la littérature, pour l'AIT, d'autres rôles sont attribués au médecin généraliste, pouvant être contraire aux recommandations. D'après **Nedeltchev et al.**, le médecin est en première ligne pour l'« aide médicale » d'un patient atteint d'un AIT (33).

En conclusion, dans notre étude, cette place nécessaire dans la prise en charge de l'AVC n'est ressentie que pour 6 des médecins du panel de notre étude. Elle est définie comme un rôle d'écoute, de réassurance du patient, d'éducation, de sensibilisation et d'aiguillage pour la prise en charge. La plupart des autres médecins considère qu'actuellement cette place de prise en charge à la phase aiguë n'est plus celle du médecin généraliste, en soulignant le fait que normalement les patients atteints d'un AVC ne devraient plus avoir recours à leur médecin traitant en première intention. D'après ces médecins, le patient devrait avoir recours au service d'urgences et en particulier le 15. Cependant il semblerait que la population générale ne soit pas sensibilisée à ce sujet et seulement deux médecins du panel se sentent impliquer dans cette sensibilisation.

3. DIAGNOSTIC D'AVC ET ERREURS DE DIAGNOSTIC

3.1. Notion d' « urgence »

Le terme d'urgence est très souvent utilisé dans notre étude par le panel des médecins généralistes mais il existe un réel écart entre la définition propre de l'urgence et la prise en charge qui en émane.

La définition médicale de l'urgence est « Toute circonstance qui, par sa survenue ou sa découverte, introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital si une action médicale n'est pas entreprise immédiatement. L'appréciation de l'urgence est instantanée et appartient autant à la victime qu'au soignant ». **Woimant et al en 2008** en précise son contenu en définissant l'urgence médicale par un « début brutal, mauvais pronostic et possibilité d'amélioration par un traitement immédiat » (3).

D'après l'analyse de nos résultats, l'attitude des médecins répondrait davantage à une définition d' « urgence relative ». En effet seulement quatre des médecins font appel au SAMU. L'appel au centre 15 n'est pas systématique pour les médecins généralistes. Il est souvent contacté en cas de doute diagnostic en vue d'un deuxième avis que pour mettre en route une prise en charge en urgence et spécialisée pour le patient.

Alors, la notion d'urgence pour les médecins généralistes du panel est présente, certes mais elle reste relative. Par exemple le délai d'hospitalisation du patient en cas d'AVC s'étend de 1h à 24h. Ceci s'explique en partie par un choix de transport inadapté, une méconnaissance des modalités des traitements d'urgence en particulier du délai de la thrombolyse. Or, dans la littérature, cette dimension de l'urgence qu'est l'AVC est mainte fois retrouvée et doit être respectée. L'AVC est une urgence et répond aux critères de définition de l'urgence. **Les recommandations de bonne pratique de 2009** définissent l'AVC et l'AIT comme une l'« urgence absolue » et encouragent les professionnels de santé dont les médecins généralistes à reconnaître l'AVC comme « une urgence diagnostique et thérapeutique » (4).

Un seul des médecins du panel qualifie son rôle de gestion de « l'urgence vitale » qu'est l'AVC. Malgré cette sensibilité ressentie par rapport à l'urgence, il existe un écart avec sa

prise en charge, ce qui peut être confirmé dans la littérature. En effet, **Roebbers et al.** avaient montré que 95% des médecins perçoivent l'AVC comme une urgence médicale et 85% pour l'AIT. Cependant même si la majorité des médecins considèrent l'AVC comme une urgence médicale, seulement les 2/3 des médecins orientaient leur patient à l'hôpital montrant ainsi un écart entre la perception des médecins face à un patient atteint d'un AVC et leur prise en charge (15). Cette contradiction est également retrouvée dans une étude menée par **Dhamija et al.** (30).

De même **Sekoranja et al.** montraient que 33% des médecins généralistes considéraient l'AVC comme une urgence médicale, cependant le délai d'admission décidé par le médecin traitant était souvent dépassé (21).

Cet écart entre l'évocation de l'urgence synonyme d'une prise en charge sans délai et leur pratique quotidienne, souligne un manque de sensibilité du degré de l'urgence et une difficulté à définir l'urgence, comme en témoigne l'article de **Crozier et al.** « En effet, certes tout AVC est une urgence, mais qu'est ce qu'une urgence ? Quand l'AVC est évident, l'ordre de grandeur de l'urgence est la minute... Quand l'AVC est un AIT, l'urgence n'est plus à la minute mais à l'heure... Le concept de mini-AVC est peut-être plus parlant que celui d'AIT qui, malgré tous les efforts, est resté synonyme de bénignité (sauf, a posteriori, quand il est malheureusement suivi d'un accident constitué » (52)

Ainsi le manque de sensibilisation du degré de l'urgence existe par une mauvaise connaissance du bénéfice d'un traitement spécialisée et d'une filière spécifique. De même, pour certains médecins conscients du degré d'urgence, la méconnaissance du parcours de soin spécialisée à lui seul est suffisante pour expliquer cet écart. Ainsi la notion d'urgence qui est relative les motive à transférer leur patient dans un service d'urgence et dans un délai qui est alors parfois allongé. Alors, une sensibilisation des médecins généralistes permettrait de réduire ce délai de prise en charge et d'assurer une orientation directement en UNV.

3.2. Certitude et erreurs de diagnostic

A la question « quand je vous dis AVC vous pensez à quoi ? » le panel de médecins généralistes ont évoqué l'AIT, l'infarctus cérébral (IC) et l'hémorragie cérébrale (HC). Ces trois diagnostics sont également retrouvés dans la mise en pratique des recommandations de bonne pratique de 2009 (4). Cependant l'AVC recouvre plusieurs diagnostics. « On peut schématiquement distinguer cinq grands types d'AVC, qui diffèrent par leur fréquence respective, leur sémiologie, la démarche diagnostique qu'il requiert, leur mécanisme étiopathogéniques, leur traitement à la phase aiguë et leurs modalités de prévention. Ce sont, par ordre de fréquence décroissante, l'infarctus cérébral, l'accident ischémique transitoire, l'hémorragie cérébrale, l'hémorragie sous-arachnoïdienne et la thrombose veineuse cérébrale » (53).

Nous avons objectivé que peu d'erreurs diagnostic (par rapport à celui fait par le spécialiste) et une bonne connaissance intuitive du message FAST (Face Arm Speech Time) (annexe 1) et des 5 signes d'alerte de l'American Stroke Association (ASA) et de la SFNV. En effet, les

symptômes évoqués spontanément par 11 médecins du panel correspondaient à un ou plusieurs des signes de l'ASA, de survenue brutale :

- d'une faiblesse ou d'un engourdissement soudain uni ou bilatéral de la face, du bras ou de la jambe,
- d'une diminution ou d'une perte de vision uni ou bilatérale,
- d'une difficulté de langage ou de la compréhension,
- d'un mal de tête sévère soudain et inhabituel sans cause apparente,
- d'une perte de l'équilibre, d'une instabilité de la marche ou de chutes inexplicables, en particulier en association avec l'un des symptômes précédents (2).

Sur les 13 médecins ayant suspecté un AVC, un seul des médecins (S5) a fait une erreur de diagnostic qu'il justifie par un examen clinique incomplet avec « un appareil à dextro » inefficace. Cependant un des symptômes énumérés dans la classification précédente était retrouvé dans son récit.

De plus parmi ces 13 médecins, 2 médecins (S10 et S13) ont évoqué le diagnostic d'AVC ou d'AIT sur une symptomatologie à type de trouble de la conscience non citée dans la classification de ASA.

Enfin pour un des médecins (S14), c'est l'association entre des troubles de conscience et la découverte d'un syndrome pyramidal qui lui permettait de poser le diagnostic d'AVC.

Les éléments récurrents ayant orienté le médecin dans l'évocation du diagnostic sont le terrain vasculaire, la symptomatologie neurologique déficitaire, le mode d'installation brutale et, pour les AIT, le phénomène transitoire du déficit neurologique.

En ce qui concerne les deux médecins (S12, S15), pour l'un (S12) c'est une méconnaissance de la symptomatologie de l'AVC qui est responsable de la suspicion du diagnostic de poussée hypertensive. En effet le patient avait présenté des céphalées aiguës. Pour l'autre (S15) c'est une symptomatologie à type de trouble de la conscience isolée qui l'induit en erreur, en évoquant un diagnostic de décompensation diabétique. Ces erreurs diagnostics sont responsables d'une prise en charge inadaptée du patient atteint en réalité d'un AVC.

Plus particulièrement, en plus de la symptomatologie, en cas d'AIT, la définition des médecins généralistes du panel diffère de celle actuelle. En effet ils définissent l'AIT tel un déficit transitoire, ce qui est le cas mais d'une durée variant de 45 minutes à quelques heures. Or la nouvelle définition de l'AIT proposée en 2002 par TIA Working Group est « un déficit bref de dysfonction neurologique due à une ischémie focale cérébrale ou rétinienne dont les symptômes durent typiquement moins d'une heure ». Cette définition a été reprise par les référentiels français en 2004 (54).

Les médecins généralistes sont conscients d'un diagnostic par excès de l'AVC. Ainsi en cas de doute diagnostic, les médecins évoquent en diagnostic principal l'AVC. Un des médecins du panel (S8) le justifie par le fait de l'urgence qu'est l'AVC et en cas de suspicion de ce diagnostic, il ne doit pas penser à autre chose. Ainsi par crainte de passer à côté d'un AVC, ils préfèrent porter ce diagnostic plus souvent.

Un seul des médecins (S5) a évoqué à tort le diagnostic d'AVC dont l'erreur est l'hypoglycémie. Cette erreur de diagnostic semble courante dans la littérature. En effet, **Venketasubramanian *et al.*** montre la nécessité du médecin généraliste d'exclure le diagnostic d'hypoglycémie en cas de suspicion d'un AVC et de faire un diagnostic précis facilitant la prise en charge. Ce diagnostic est facile à évoquer et à confirmer en ambulatoire, réduisant le nombre d'erreurs de diagnostics et l'encombrement au service des urgences (28). D'ailleurs, l'échelle de ROZIER, utilisée pour la reconnaissance de l'AVC aux urgences, est basée sur l'absence d'hypoglycémie ainsi que la présence ou non d'une perte de connaissance, de convulsions et de signes neurologiques déficitaires (déficit moteur asymétrique facial, brachial et/ou crural troubles de la parole ; anomalie du champ visuel).

Un des médecins du panel (S8) explique que par l'urgence de l'AVC, elle n'élimine pas d'autres diagnostics et en particulier l'hypoglycémie. Certes il ne faut pas perdre de temps mais il y a des choses fondamentales qui peuvent être diagnostiquées et disposées d'un traitement facile et rapide en cabinet de médecine générale. Ceci remet alors en cause cette croyance de ce médecin généraliste sur la non nécessité en cas de suspicion d'AVC d'exclure d'autres diagnostics.

L'existence des erreurs de diagnostics est retrouvée dans la littérature. En effet, dans une étude de **Prabhakaran *et al.*** montrant que seulement 40% des diagnostics d'AIT sont confirmés en milieu spécialisé (42). En ce qui concerne l'AVC en général, **Fischer *et al.*** ont montré que seulement 30,1% des diagnostics d'AVC ont été confirmés par les neurologues (44).

Les médecins généralistes évoquent le diagnostic d'AVC parfois rapidement, sans rechercher des diagnostics différentiels dont la prise en charge pourraient être ambulatoire comme une hypoglycémie ou une prise en charge spécialisée autre que neurologique. Il serait alors nécessaire d'assurer un contact avec des spécialistes permettant de les éclairer en cas de doute diagnostic, ce qui est déjà le cas grâce au SAMU, mais peu utilisé par les médecins généralistes du panel. Il semblerait qu'ils ont renoncé à joindre un spécialiste. Ils ignorent l'existence d'une astreinte neuro-vasculaire départementale. Il en résulte une prise en charge solitaire conduisant dans la plupart des cas à une hospitalisation aux urgences de l'hôpital le plus proche. Il est inévitable d'avoir des erreurs de diagnostics en milieu spécialisé et un des rôles des UNV est un rôle de triage.

4. PRISE EN CHARGE EN PRATIQUE D'UN PATIENT ATTEINT D'UN AVC PAR LES MEDECINS GENERALISTES DU PANEL

4.1. Recueil d'informations

4.1.1. Horaire :

Nous avons constaté qu'au cours des récits colligés dans l'étude, en cas de suspicion d'AVC, la totalité des médecins interroge le patient ou l'entourage sur l'horaire de début des symptômes. Ceci montre un intérêt pour les médecins généralistes de connaître l'horaire de début des symptômes. Cependant dans la plupart des cas, le médecin généraliste ne semble pas insister pour avoir un horaire précis, dont cette précision sera l'élément décisionnel de la fibrinolyse. C'est probablement par une méconnaissance des délais des traitements de l'AVC, que les médecins généralistes ne recherchent pas l'exactitude de l'horaire. D'après une étude menée par **Lae et al.** en 2008, seulement 30% des médecins généralistes considèrent l'horaire du début des symptômes comme élément déterminant dans le choix de prise en charge du patient (14).

Or, la nécessité du recueil d'informations par le médecin généraliste en particulier sur l'horaire de début des symptômes est énoncée comme essentielle dans l'article de **Didier Leys et al. en 2002** et dans celui de **Venketasubramanian et al. en 2008** et repris dans les recommandations de bonne pratique (2, 34, 58). C'est à partir de cet horaire que débute la fenêtre de 3h voire 4h30 de la fibrinolyse intraveineuse.

Or, les enquêtes de la Société française de Neuro-Vasculaire (SFNV) de 1999 et 2007 ont montré que l'heure précise de survenue des symptômes n'était connue que dans 29,6% des cas en 1999 et dans 34% des cas en 2007.

Les médecins généralistes ressentent la nécessité de recueillir l'horaire de début des symptômes mais l'absence de précision souligne leur méconnaissance des délais de prise en charge.

4.1.2. Durée :

Nous avons aussi constaté que pour les médecins ayant suspecté un AIT, l'argument d'un déficit transitoire est l'élément le plus important de leur interrogatoire. En effet dans les quatre cas, les patients ne présentent plus de déficits au moment de la consultation.

4.1.3. Antécédents

C'est également par une connaissance des antécédents du patient et en particulier des facteurs de risque cardio-vasculaires que les médecins généralistes du panel posent le diagnostic d'AVC. Le recueil des antécédents est un élément essentiel dans l'évocation du diagnostic d'AVC.

Le Recueil d'informations des médecins généralistes du panel est assez complet à part la connaissance d'horaire exacte de début des symptômes qui est un élément essentiel dans la prise en charge du patient. En effet, la connaissance précise de l'heure de début des symptômes est essentielle pour pouvoir décider d'un éventuel traitement thrombolytique, dont la fenêtre thérapeutique est courte.

4.2. Examen clinique :

A la vue des résultats, il existe une hétérogénéité dans la réalisation de l'examen clinique qui dépend du diagnostic initial évoqué par le médecin généraliste. En effet, l'examen clinique s'étend d'une prise des constantes (pouls et pression artérielle) à la recherche du signe de Babinski par exemple. De plus, un des médecins mentionne la nécessité d'un examen clinique en position debout à la recherche de trouble de l'équilibre, non satisfait d'un examen clinique en position alitée. D'ailleurs, c'est par l'étude de l'équilibre qu'il évoque le diagnostic d'AVC. La connaissance de l'examen neurologique est différente entre les médecins du panel, certains ne sachant pas interpréter le signe de Babinski, et d'autres ayant compris qu'un examen neurologique normal en décubitus ne présage pas l'absence de l'AVC. De plus un des médecins témoigne de la surveillance des constantes vitales de son patient jusqu'à l'arrivée des pompiers. Cette même attitude est retrouvée dans l'étude de **Venketasubramanian et al.** où la première étape de prise en charge par le médecin généraliste consiste en une évaluation des constantes vitales du patient, le recueil de symptômes initiaux et leur évolution au moment de l'examen clinique (28).

En cas d'AVC, la réalisation d'un examen clinique neurologique est plus souvent mentionnée, ainsi que l'examen cardio-vasculaire tandis que la surveillance des constantes c'est-à-dire le pouls et la pression artérielle d'après les médecins du panel n'est réalisée que par 4 des 9 médecins. Tandis qu'en cas de suspicion d'un AIT, l'examen clinique neurologique est réalisé par un seul médecin. Il est minimal.

Or d'après **les recommandations de bonne pratique de 2002 et 2009 en France**, le médecin généraliste doit :

- S'assurer de l'absence d'une menace vitale immédiate.
- Evaluer le niveau de vigilance, l'importance du déficit.
- Faire préciser le début des troubles neurologiques ainsi que les traitements antérieurs et actuels et transmettre ces informations au service d'accueil.
- Mesurer la pression artérielle en décubitus strict (6, 4).

4.3. Orientation :

4.3.1. Du patient atteint d'un AVC :

Nous constatons une discordance entre leur description de la prise en charge de leur dernier patient d'une part et celle en général d'autre part.

Cependant, en général, en cas de suspicion d'un AVC, la plupart des médecins généralistes s'orientent vers une hospitalisation sauf pour un seul des médecins qui peut orienter son patient vers une prise en charge ambulatoire par méconnaissance de l'intérêt d'une telle prise en charge hospitalière. En effet ne connaissant la prise en charge qui lui sera proposé en milieu hospitalier, il préfère parfois prendre en charge son patient en ambulatoire.

Ainsi les paramètres qui influencent le choix du médecin généraliste vers une prise en charge hospitalière sont : l'appel du patient au médecin traitant, la sévérité des symptômes neurologiques, l'indisponibilité du médecin, l'apparition du déficit aux heures de consultation non ouvrables.

Les facteurs de choix vers une prise en charge ambulatoire d'un patient atteint d'un AVC sont : la non sévérité de la symptomatologie jugée au départ par le médecin généraliste, le mode de contact direct avec le patient en consultation, le désir du patient, voire de l'entourage, et la méconnaissance de la filière neuro-vasculaire.

Cependant nous avons constaté que pour 14 médecins généralistes du panel, la prise en charge privilégiée d'un patient atteint d'un AVC est une hospitalisation en général au Service d'Accueil des Urgences (SAU) le plus proche. Aucun des médecins n'ont transféré en UNV, par leur méconnaissance de ce type d'unité et du délai de mise en route de la thrombolyse.

Plusieurs de ces mêmes facteurs sont décrits dans la littérature comme le montre l'étude de **Roebbers et al.**, où un patient atteint d'un AVC ne nécessite pas d'hospitalisation dans certains cas: comorbidités majeures (dans ce cas choix d'une attitude palliative), manque de connaissance de résultat du traitement par thrombolyse, et refus du patient. Deux tiers des médecins admettent en urgence un patient atteint d'un AVC quand les symptômes neurologiques sont francs (déficit neurologique brutal) quelque soit le type de contact. Le patient a moins de chance d'être hospitalisé si le cabinet est à la campagne, si le premier interlocuteur est le médecin généraliste, si le contact est par téléphone même si les symptômes sont clairs (15). Pour **Sekoranja et al.**, 21% des médecins généralistes qui reconnaissent l'AVC comme une urgence, recommandent un transfert immédiat vers l'hôpital pour une éventuelle thrombolyse (soit par ambulance, soit par transport médicalisé) (21). Pour **Goldstein et al.** 32% des patients ont recours à un avis spécialisé et 20% des patients pour lesquels le médecin généraliste a porté un diagnostic d'AVC n'ont pas été hospitalisés (35). Enfin d'après les **recommandations de bonne pratique** françaises et allemandes ainsi que **Freiburhauss et al** préconisent pour le médecin généraliste en cas d'AVC et d'AIT, de réaliser une triangulation avec le patient et le SAMU, d'organiser le transfert du patient en milieu hospitalier disposant d'une UNV et s'assurant d'une disponibilité d'accès à l'imagerie. Il est donc nécessaire que les médecins généralistes connaissent les UNV (4, 7, 31).

4.3.2. De l'AIT :

Alors que nous contestons un certain consensus au sein du panel pour hospitaliser les AVC, le mode de prise en charge des AIT est plus variable.

Faut-il hospitaliser un AIT ? Il existe une discussion actuelle sur le choix de la prise en charge de l'AIT. Même si la plupart des médecins optent pour une prise en charge hospitalière il existe une forte proportion de médecins qui prennent en charge leur patient en ambulatoire, avec une mise en route des examens complémentaires et la prise d'avis ou non auprès de

confrères spécialistes (neurologues, cardiologues et angiologues). Nous avons constaté que les avis restent très partagés sur la prise en charge d'un patient atteint d'un AIT. Le délai de consultation du patient intervient beaucoup dans cette ambiguïté de prise en charge. Souvent ils viennent consulter à distance de l'épisode aigu, alors que le déficit neurologique a régressé. De même, cette difficulté de prise en charge et d'attitude décisionnelle dans le cadre de l'AIT est présente et récurrente dans les études françaises et étrangères. En pratique le médecin généraliste semble perdu dans la prise en charge de l'AIT et ne semble faire appel à aucun référentiel. Comme dans notre étude, les options de prise en charge d'un patient atteint d'un AIT, par le médecin généraliste sont très variées dans la littérature. En effet **Mant et al.** montraient dans leur étude que 39% des patients étant pris en charge en ambulatoire n'étaient pas adressés à un spécialiste (34). De même que d'après l'étude de **Roebbers et al.**, 39% des médecins considèrent que des patients atteints d'un AIT devaient être pris en charge en ambulatoire et en pratique 55% des patients atteints d'un AIT étaient pris en charge en ambulatoire (15). D'après **Jagadeham et al.**, l'orientation du patient en cas d'AIT est très aléatoire et dépend en particulier des symptômes du patient (36). De plus d'autres auteurs se sont posés la question de l'hospitalisation d'un patient atteint d'un AIT. Aucune étude n'a montré qu'une hospitalisation diminuait le risque d'infarctus cérébral. C'est plutôt la mise en route en urgence d'un traitement préventif adapté qui semble diminuer ce risque.

Ce qui est contradictoire avec les recommandations de bonne pratique françaises et allemandes. En effet, seules les recommandations de bonne pratique de 2009 préconisent une prise en charge similaire en cas d'AVC et d'AIT. Cependant l'ANAES en 2004 détaillent les critères d'hospitalisation de l'AIT. Elle recommande une hospitalisation si elle permet de réaliser plus rapidement les examens nécessaires, s'il s'agit d'AIT récidivants ou survenant sous antiagrégants plaquettaires, ou enfin si le terrain le justifie (8).

Le patient est peu sensibilisé d'après le médecin généraliste. Un des arguments récurrents dans le choix de la prise en charge des patients est le souhait du patient atteint d'un AIT. Par la régression totale de leurs symptômes dans la plupart des cas, ils refusent l'hospitalisation car ne se sentent pas malade. Ce phénomène est présent et peut s'expliquer par un manque de sensibilisation. Ils ignorent qu'est le phénomène de signe d'alarme qu'est l'AIT. En effet, l'AIT est le signe d'alarme vasculaire, avec une prévalence d'un infarctus cérébral secondaire de 2 à 10% par an, et d'IDM secondaire de 2,5% par an (1).

Difficultés des médecins généralistes du panel à convaincre leur patient. Les médecins généralistes du panel éprouvent alors des difficultés à convaincre le patient de la nécessité d'une prise en charge quelque qu'elle soit, ambulatoire ou hospitalière. Selon quatre médecins (S2, S4, S9, S14), les arguments pouvant influencer cette prise en charge sont en cas de certitude de diagnostic ou non, en l'absence de menace vitale du patient, du contexte familial (isolement social), du souhait du patient lui-même, des antécédents vasculaires du patient.

Ainsi, malgré l'existence de recommandations professionnelles incitant une prise en charge identique de l'AIT et de l'AVC, elles ne sont pas appliquées dans notre étude ainsi que dans d'autres études au travers de la revue de la littérature. Elles semblent alors difficiles à

appliquer et à reproduire. Cependant trois des médecins du panel jugent leur prise en charge similaires aux recommandations, ce qui n'est pas le cas en réalité.

Il semblerait qu'il existe un manque de connaissance des référentiels professionnels. La pratique peut parfois différer des recommandations de bonnes pratiques. Il existe donc des difficultés et des choix personnels parfois qui ne permettent pas de mettre en application ces recommandations. Notre étude laisse à penser que l'écart entre ce qu'il faudrait faire et ce que font vraiment les médecins généralistes s'explique par la difficulté à convaincre le patient, la sous-estimation du « moins c'est grave plus c'est urgent », la méconnaissance de la filière de soins spécialisée.

4.4. Mise en route d'un traitement

Au cours de notre étude, une fois le diagnostic porté dans le cadre de la dernière prise en charge d'un patient atteint d'un AVC, seulement deux des médecins ont mis en route un traitement sans le recours d'une imagerie au préalable. Un médecin confronté à un déficit persistant, opte pour un traitement par ASPEGIC[®] avant une prise en charge hospitalière. Un médecin en cas d'un déficit régressif, chez un patient déjà sous PLAVIX[®], opte pour l'ajout de l'ASPEGIC[®] dans l'attente d'une imagerie, pour une durée initiale d'un mois. Cette option thérapeutique du choix des antiagrégants plaquettaires est retrouvée dans une étude de **Whitford et al.** qui montraient que 94% des médecins généralistes qui prenaient en charge des patients atteints d'un AVC au domicile instauraient un traitement par ASPIRINE[®] (39). De même pour **Lasserson et al.** dont les médecins généralistes privilégient un traitement par ASPIRINE au moment du diagnostic d'AIT (26). Tandis que **Tomasik et al.**, en 2002, montraient dans leur étude que les médecins généralistes privilégient la prescription de vasodilatateurs périphériques pour des patients âgées atteints d'un AIT (41).

Un des médecins (S1) cite le recours aux HBPM qu'il ne pratique pas. Ce traitement n'est pas préconisé en prévention secondaire.

En ce qui concerne l'HTA, un médecin de l'étude a abordé le traitement éventuel de l'HTA. **Whitford et al.** montrent que 60% des médecins souhaitent agir sur la pression artérielle en première intention (39).

Les recommandations de bonne pratique de 2002 (ANAES) puis de 2009 (HAS) en France préconisent que le médecin généraliste doit face à un AVC :

- Ne pas entreprendre de traitement antihypertenseur, sauf en présence d'une décompensation cardiaque.
- Ne pas utiliser de corticoïdes.
- Ne pas utiliser d'héparine.
- Ne pas faire d'injection intramusculaire (6,4).

4.5. Choix du transport

Le choix du transport est un élément déterminant dans le délai de prise en charge d'un patient d'après la revue de la littérature. Cependant nous avons constaté que les médecins généralistes du panel ne semblent attacher que peu d'importance au mode de transport de leur patient en cas de prise en charge hospitalière. En effet, dans la prise en charge du dernier patient, en cas de transfert au service des Urgences, le choix du médecin pour le transport est principalement le véhicule personnel. Contrairement à leur pratique en général face à un patient atteint d'un AVC, il semble que pour la plupart des médecins, l'option du mode de transport se tourne alors vers l'ambulance. Pour un des médecins (S15), la sévérité de la symptomatologie est un argument décisionnel dans le choix du mode de transport : ambulance, SAMU, pompiers ou véhicule personnel.

Alors qu'en général les médecins préconisent le transfert à l'hôpital en ambulance, dans leur dernière expérience pratique, ils ont privilégié l'utilisation du véhicule personnel du patient. Les paramètres intervenant dans le choix du mode de transport sont la sévérité du déficit, le respect du choix du patient, la disponibilité de l'entourage. Il faut évaluer le risque du patient, mais ce n'est pas toujours un mauvais choix le recours au véhicule personnel, le but du transport étant d'arriver au plus vite en milieu spécialisé.

En comparaison, dans l'étude de **Sekoranja et al.** 13% des médecins généralistes pensent que les symptômes ne sont pas assez sévères pour justifier un transport médicalisé. Seulement 11% des médecins généralistes, parmi ceux qui considèrent l'AVC comme une urgence même si le délai de la thrombolyse est dépassé, organisent le transport (par ambulance ou transport médicalisé) eux-mêmes de leur patient atteint d'un AVC (21).

Or d'après **les recommandations de bonne pratique** françaises et allemandes, le médecin généraliste se doit :

- Organiser le transfert immédiat vers une unité neuro-vasculaire.
- Si le patient a une famille, le faire accompagné par un membre de la famille.
- Raccourcir les délais de prise en charge par un neurologue en milieu hospitalier (4).

Dans notre étude, le choix en théorie privilégié du mode de transport reste l'ambulance. Mais l'option d'un mode de transport personnel est encore présente. Dans le choix du transport, la notion d'urgence apparaît encore plus relative. En effet, même si le choix de transport privilégié est l'ambulance, le souci premier du médecin généraliste est de respecter le souhait du patient.

4.6. Les examens complémentaires :

En ce qui concerne l'AVC, les médecins généralistes considèrent que les examens complémentaires seront réalisés en milieu hospitalier. Dans notre étude, les demandes complémentaires sont énoncées par les médecins généralistes dans le cadre de la prise en charge d'un patient atteint d'un AIT. Pour les quatre médecins ayant évoqué une prise en

charge d'un patient pour une suspicion d'AIT, un recours à des examens complémentaires ou l'avis spécialisé ou les deux a été mentionné. Cependant le délai de la demande et de la réalisation de ces examens s'étend sur plusieurs jours à plusieurs un mois.

4.6.1. Imagerie

Dans la prise en charge de l'AIT, l'imagerie cérébrale d'après les médecins généralistes de notre étude est le scanner cérébral. Son but est à visée diagnostique pour la mise en route le plus rapide d'un traitement. L'IRM cérébrale n'est mentionnée qu'une fois. L'examen complémentaire autre que le scanner le plus citée pour trois des médecins sur quatre à visée étiologique est la réalisation d'un écho-doppler des TSA. D'après **les référentiels SFNV et HAS**, l'examen d'imagerie de référence en première intention pour l'AIT est l'IRM cérébrale, et si et seulement si l'IRM est indisponible ou il est impossible de réaliser cet examen, alors on devra réaliser un scanner cérébral voire complété d'une exploration artérielle (4).

Pour les AVC constitués, la question des examens complémentaires se posent moins, car ils hospitalisent leur patient. En effet, nous avons constaté que dans la prise en charge d'un patient atteint d'un AVC, le but de la réalisation d'examens complémentaires est à visée diagnostique pour trois des médecins du panel (S3, S9, S10).

4.6.2. Le recours à l'avis spécialisé

Dans le cadre de la prise en charge d'un patient atteint d'un AIT, nous avons constaté que les avis demandés par les médecins généralistes sont pris auprès de confrères neurologues à la même fréquence que pour le cardiologue, par manque de disponibilité de neurologue. Le vasculaire est pris en compte par les médecins généralistes, la spécificité neuro-vasculaire moins du fait de sa méconnaissance ou de sa difficulté d'accès.

En cas d'hospitalisation, les médecins généralistes souhaitent un avis spécialisé auprès d'un neurologue.

Le médecin généraliste a recours aux spécialistes en cas de prise en charge ambulatoire mais aussi en cas de prise en charge hospitalière. Or en cas d'AVC et en application des recommandations de bonne pratique, le médecin doit appeler en urgence le médecin régulateur du SAMU en vue d'un transfert en structure adaptée la plus proche, sans contacter un spécialiste sauf le neurologue d'astreinte. Il est important que les médecins généralistes continuent à avoir recours à un avis spécialisé mais uniquement dans le cadre de l'UNV.

4.7. Transmission des informations :

Dans notre étude, les médecins généralistes ont le souci de transmettre les informations principalement sous le mode de papiers, comme dans l'étude de **Venktasubramanian et al.** , qui souligne la nécessité de transférer son patient avec une lettre d'accompagnement de référence du médecin traitant. Cette transmission des informations permet en pratique une prise en charge plus efficace et adaptée au patient en milieu spécialisé (28).

5. IMPLICATION DU MEDECIN GENERALISTE DANS LE DELAI DE PRISE EN CHARGE

L'hospitalisation en milieu spécialisé d'un patient atteint d'un AVC dépend en partie de la gestion pré-hospitalière. Dans notre étude, la notion de délai de prise en charge est mentionnée par les médecins généralistes. D'après eux, les principaux facteurs de son augmentation sont le patient et la difficulté d'accès aux soins spécialisés. En effet, par une méconnaissance des moyens actuels de prise en charge, ainsi que l'existence et l'organisation d'un parcours de soin, ils éprouvent des difficultés à appliquer une prise en charge standardisée.

Une étude menée par **Silvestrelli et al.** en 2006 montrait que dans 89,2% des cas les facteurs prédictifs du délai de prise en charge sont des facteurs pré-hospitaliers dont le contact premier avec le médecin généraliste (23). **Les recommandations de bonne pratique de 2008** allemandes soulignent que le délai entre l'apparition des symptômes et la prise en charge en milieu spécialisé est le facteur prédominant et prédictif en termes de morbi-mortalité du patient. Les facteurs influençant le délai de prise en charge sont principalement des facteurs extrahospitaliers (7).

5.1. Définition du délai de prise en charge

De nombreuses études traitent des facteurs qui peuvent retarder la prise en charge d'un patient en milieu hospitalier et plus particulièrement des barrières limitant l'accès au traitement par thrombolyse. En effet ce délai est déterminant pour le choix thérapeutique de l'AVC ischémique.

Dans notre étude, le délai de prise en charge par le médecin généraliste en cas d'AVC au domicile est caractérisé par des termes comme « rapidement », « tout de suite ». Un des médecins (S6) parle d'un délai d'une heure. En ce qui concerne le délai de transfert depuis le cabinet de consultation ou du domicile du patient, il s'étend de quelques minutes pour l'intervention du SAMU (S7, S10) ou de l'arrivée des pompiers (S2), à quelques heures (S6) en employant des termes comme « rapidement » pour la venue de l'ambulance (S5). Cependant dans aucun des entretiens, le délai exact de prise en charge entre le premier contact avec le médecin et son transfert en milieu hospitalier est mentionné par les médecins généralistes, même si l'horaire de début des symptômes est recherché par les médecins de l'étude.

En France, d'après l'étude de **Bonnaud et al.**, le délai moyen en 2002 est de 4h52 et seulement 39,8% arrivent dans les trois heures (9). Pour **Launois et al.** en 2007 il est de 10h avec 50% des patients arrivaient dans un délai inférieur à 3h30, contrairement en 1996, le délai était réduit à moins de trois heures (11). **Osseman et al.** en 2001 parlent d'un délai moyen de 4h10 en zone rurale (12).

A la différence, *dans la littérature étrangère*, d'après une étude menée en Inde de 1997 à 1998 par **Srivastava et al.** le délai moyen est de 7,66 heures et 25% arrivent dans un délai de

moins de deux heures (16). D'après **Siddiqui et al** le délai moyen est de 6h avec 28,5% des patients qui sont admis avant trois heures (18). L'allongement du délai est compréhensible dans des pays comme en Inde ou au Pakistan. Alors que **Chang et al.** montrent dans une étude menée à Taiwan, que le temps moyen entre le début des symptômes et l'appel à un médecin est de 90 minutes (19). D'après **Sekoranja et al**, le délai de prise en charge médian est de 3h20. Ce délai de prise en charge aurait plutôt tendance à diminuer (21).

En cas d'AIT, ce délai peut être encore plus allongé. En effet **Sprigg et al en 2008** montrent que la majorité des patients contactent en premier leur médecin généraliste, parmi lesquels 50% attendent 24h après le début des symptômes pour consulter leur médecin généraliste (27).

5.2. Facteurs d'augmentation du délai

Dans notre étude, les facteurs d'augmentation du délai de prise en charge d'un patient atteint d'un AVC sont le respect du choix du patient par le médecin et un parcours de soins mal connu par les médecins généralistes. De plus ils constatent un manque de moyens en termes de transport, d'accès à l'imagerie et de structures adaptées comme l'UNV. Or d'après la littérature française et étrangère un des facteurs prépondérants d'un allongement du délai est le premier contact avec le médecin généraliste.

5.2.1. Le médecin généraliste

Cette implication majeure du médecin généraliste dans le retard de prise en charge n'est citée qu'une seule fois par un médecin de notre étude (S7), en tant que premier interlocuteur.

Sur leur place dans la prise en charge, certains des médecins pensent qu'ils n'ont plus de place dans cette prise en charge mais une place d'éducation et d'information du patient. Cependant au vue des résultats de notre étude, le médecin généraliste intervient, sans le reconnaître, dans ce délai de prise en charge. Dans la littérature, cette constatation est confirmée, à la différence dans notre étude où le médecin généraliste ne se sent pas impliqué dans l'augmentation du délai de prise en charge. Il ne reconnaît pas sa place en tant que facteur d'augmentation du délai.

Nous avons constaté que certains médecins du panel optaient pour une prise en charge ambulatoire ou hospitalière en fonction du mode de contact avec le patient, retardant alors une prise en charge hospitalière et spécialisée. Nous avons constaté une très nette méconnaissance des modalités de traitement par la thrombolyse ainsi que l'intérêt des UNV. 3 des médecins connaissent le délai maximum de la mise en route de la thrombolyse, ce qui peut contribuer à un transfert au-delà du délai requis et donc être responsable d'une perte de chance pour le patient.

Comme nous l'avons vu dans la revue de la littérature française et étrangère le médecin généraliste est le principal acteur d'un retard de prise en charge par :

- Sa place de premier interlocuteur avec le patient atteint d'un AVC. **Srivastava et al.**, **Wester et al.**, et **Siddiqui et al.**, en détaillent les raisons (16, 17, 18). **Launois et al.**

montrent précisément que l'appel par le patient à son médecin traitant aurait des conséquences dramatiques en rallongeant le temps d'arrivée aux urgences de 5 heures (11).

- Le moyen de contact avec le patient (téléphone). **Roebbers et al.** soulignent que le facteur principal est le mode du premier contact avec le médecin généraliste soit par téléphone ou au cabinet (15).
- Une méconnaissance des traitements et du parcours de soins : pour **Woimant et al. (3)**, c'est une mauvaise formation et reconnaissance de l'AVC en termes d'urgence médicale par des professionnels de santé semble être une des causes principales de l'allongement du délai de prise en charge. **Lae et al.**, dans la région annemassienne, ont montré qu'un des facteurs de l'augmentation du délai de prise en charge est la méconnaissance des moyens thérapeutiques et de l'organisation du parcours de soins. 55% des médecins appellent directement l'ambulance sans prévenir le centre 15 et seulement 40% des médecins généralistes connaissent les modalités de prise en charge du patient dans ce département (14).
- Son choix de transport en cas de transfert du patient en milieu hospitalier : pour **Dereux et al.**, le recours au médecin généraliste en première intention diminue le recours au transport en ambulance, en effet les patients ont trois fois plus recours à une ambulance ou autre transport d'urgence quand le médecin généraliste n'est pas le premier contact (13).

Par notre étude, la plupart des facteurs d'augmentation du délai sont retrouvés et attribués aux médecins généralistes au vu de la littérature. Or ces facteurs ne sont pas mentionnés par nos médecins du panel comme étant propre à eux-mêmes. D'après eux, le principal facteur d'augmentation du délai est le patient par son manque de sensibilisation et son retard à la consultation. Cela montre une méconnaissance des moyens réduisant le délai de prise en charge ainsi que de l'organisation du parcours de soins par application des référentiels professionnels. Le médecin généraliste est malgré lui responsable d'une augmentation du délai de prise en charge par cette simple place de premier interlocuteur. Cependant par une bonne organisation du parcours de soin, le médecin généraliste peut intervenir et optimiser une meilleure prise en charge. A moins d'arriver à modifier le comportement de la population générale, cette place de premier interlocuteur n'est pas prête de changer. Il faut donc mieux la préciser.

5.2.2. Les autres facteurs d'augmentation du délai de prise en charge

Nous avons constaté d'autres facteurs de retard de prise en charge qui sont jugés par les médecins généralistes du panel comme les facteurs principaux :

- l'horaire de survenue des symptômes qui est aussi mentionné dans une étude française d'**Osseman et al.** réalisée en 2001, où un des facteurs responsables d'un allongement du délai est la survenue de l'AVC entre 20h et 8h (12).
- le manque de sensibilisation du patient responsable d'un retard à la consultation est un élément principal d'une augmentation du délai de prise en charge (S1, S3, S4, S10,

S14). De plus, le choix des patients à consulter en premier leur médecin généraliste et cela parfois en attendant les heures ouvrables de consultation des médecins, retarde la prise en charge. De même pour **Srivastava et al.**, la faible perception de menace par le patient ou les accompagnants fait partie des facteurs d'augmentation du délai (16). **Silvertrelli et al.** en 2006 (23) ajoutent comme facteurs prédictifs la méconnaissance et donc une sous-estimation de leurs symptômes de même pour **Kwan et al** et **Siddiqui et al.**, (24, 18).

- la zone géographique du patient intervient également en particulier en cas de zone rurale retrouvée dans les études de **Srivastava et al** et de **Wester et al.** (16, 17).

Un seul des médecins du panel (S11) n'implique pas le patient mais accuse le manque de moyens en termes de structures, de l'accès à l'imagerie.

Enfin, la littérature peut compter d'autres facteurs intervenant dans le délai de prise en charge non mentionnés par les médecins généralistes de notre étude. D'après **Roebbers et al.**, d'autres facteurs semblent modifier les réponses mais de moindre importance : le sexe du médecin, l'expérience professionnelle, sa spécialité (médecin généraliste, interniste, neurologue), une activité de groupe, le type du cabinet médical, le nombre de patient atteint d'AVC diagnostiqué par an par le médecin, la distance entre le cabinet et le service des urgences (15). D'après **Srivastava et al.**, les facteurs sont le contact avec le médecin local, la distance par rapport à l'hôpital le plus proche, le sentiment d'urgence, le type de transport (16). **Pour Wester et al. en 1998** l'autre facteur est le fait d'être seul au moment de l'apparition des symptômes (17).

Le choix du mode de transport autre que l'ambulance est retrouvé au cours de l'étude par **Sekoranja et al.**(21).

Pour **Siddiqui et al.**, une pénurie de transport d'urgence au Pakistan fait partie des facteurs d'augmentation du délai (18).

5.3. Facteurs réduisant le délai de prise en charge

Dans notre étude, le facteur principal influençant le délai de prise en charge est le patient. En effet, les médecins généralistes pensent que l'éducation des patients en vue d'une meilleure sensibilisation permettrait un accès plus rapide à une prise en charge spécialisée. Tandis que dans la revue de la littérature d'autres facteurs sont cités : le recours à une ambulance pour **Chang et al.** et **Sekoranja et al.** ainsi que le non participation au médecin généraliste (19, 21).

De plus, dans tous les cas cliniques de notre étude, les médecins généralistes transmettent des informations médicales au spécialiste en cas de prise en charge hospitalière, par souci de faciliter la suite de la prise en charge. Le mode de transmission se fait soit par courrier, soit par téléphone, soit directement au médecin du SAMU au moment du transfert. Ce qui permet une facilité de prise en charge après le médecin généraliste et donc une réduction de ce délai.

5.4. Pronostic du patient atteint d'un AVC :

Cette liste de facteurs pouvant influencer le délai de prise en charge est nécessaire pour comprendre comment ce délai peut être diminué et quelle en est le bénéfice. Toute la revue de la littérature parle de la nécessité d'une prise en charge en urgence en milieu spécialisé qui est l'élément clé du pronostic du patient notamment en matière de récupération fonctionnelle et de réduction d'incapacités secondaires. C'est cette première étape qui va être responsable de tout le parcours de soin ainsi que du pronostic du patient. Cependant les médecins généralistes prenant en charge leur patient en ambulatoire dans notre étude, recherchent la moindre perte de chance du patient et une prise en charge la mieux adaptée à celui-ci. Aucun des médecins au cours de l'étude ne mentionne les moyens d'amélioration du pronostic du patient, notamment la réduction du délai de prise en charge dans cette amélioration. Or **selon Weimar *et al.***, en 2009 , plus le patient atteint d'un AVC est admis tardivement en milieu spécialisé après l'apparition des symptômes, plus l'aggravation neurologique secondaire du patient est grave (55).

6. VOIES D'AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT ATTEINT D'UN AVC

6.1. Connaissances du médecin généraliste

6.1.1. Sémiologie de l'AVC et de l'AIT

Pour la plupart des médecins, il existe une bonne reconnaissance des principaux symptômes de l'AVC et de l'AIT. En 2006, **Lasserson *et al.*** soulignent aussi dans leur étude une bonne connaissance de la définition de l'AVC (26). Cependant, nous avons constaté que certains médecins (S5, S9) n'avaient pas de connaissance de l'interprétation de certains signes cliniques comme le signe de Babinski. Or il existe des éléments sémiologiques ayant une signification neurologique, diagnostique et pronostique essentielle.

Il ne connait pas la définition actuelle de l'AIT. Il existe une différence entre la définition d'un AIT d'après les situations décrites par les médecins généralistes du panel et la définition réelle de l'AIT. En effet l'AIT d'après l'étude serait un déficit transitoire, en effet les patients venant consulter n'ont plus les symptômes avec un examen neurologique normal, mais dont le déficit aurait duré de 45 minutes à quelques heures. Ce sont ces arguments qui ont permis aux médecins généralistes de poser le diagnostic d'AIT.

De plus la fausse réassurance d'un examen neurologique normal (S1, S4) témoigne d'un manque de connaissance de l'AIT en tant que signe d'alarme. De plus ces deux médecins

généralistes semblent surpris de la normalité de l'examen clinique dans l'AIT, qui motive l'un (S4) a demandé un deuxième avis auprès d'un spécialiste neurologue.

6.1.2. Traitement et UNV

L'UNV tient une place importante et nécessaire actuellement dans la prise en charge d'un patient atteint d'un AVC. En effet, le recours à des soins organisés dans une filière spécialisée et structurée depuis le lieu de survenue des symptômes jusqu'au retour à domicile permet et permettra encore une amélioration du pronostic du patient avec une réduction de la perte de chance. Cela implique d'une part la création d'unité neuro-vasculaire d'une part et la l'organisation d'une filière d'amont et d'aval d'autre part. Depuis 1970, ont été mises en place des unités neuro-vasculaires (stroke units) permettant une prise en charge précoce, et des soins de réadaptation spécifiques (3). Ces unités ont permis de révolutionner la prise en charge d'un patient atteint d'un AVC, grâce à leur prise en charge systématisé d'une part et à la thrombolyse d'autre part. Il a été démontré aussi que cette prise en charge en UNV n'est pas seulement associée à une meilleure chance de survie mais surtout à une réduction importante du handicap chez les survivants. La thrombolyse précoce constitue à l'heure actuelle le seul traitement pouvant améliorer le pronostic des patients atteints d'un AVC ischémique (31).

Elle permet une diminution de la mortalité, une réduction du temps d'hospitalisation et diminue le risque de dépendance après un accident vasculaire cérébral.

Seulement 6 médecins connaissent l'existence de l'UNV de l'hôpital de Dreux et un seul médecin évoque de l'ouverture prochaine d'une UNV à l'hôpital de Chartres. Seulement un des médecins (S10) a la notion de filière par l'évocation de « chaîne » avec les urgences et non avec l'UNV. Tous ignorent l'existence d'une filière neuro-vasculaire organisée autour de l'UNV drouaise.

Mais parmi ces médecins, aucun ne mentionne le rôle principal d'une UNV qui est d'améliorer le pronostic. Ce type de structure spécialisée peut permettre la mise en route de la thrombolyse dans un délai de moins de trois heures, délai maximum connu que pour trois des médecins interrogés. L'accès rapide à un plateau technique avec l'imagerie cérébrale n'est connu que pour trois des médecins du panel de l'étude.

C'est pourquoi, par ce peu de connaissance de l'intérêt de l'UNV et de la thrombolyse, les médecins généralistes interrogés envoient leur patient de manière privilégiée aux services d'accueil des Urgences de l'hôpital le plus proche.

Ainsi, si les médecins ne connaissent pas le délai maximum de la réalisation de la thrombolyse, ils ne peuvent pas prendre en charge leur patient en fonction d'un délai maximum et donc permettre au patient un meilleur pronostic. De plus ne pas savoir le but d'un transfert limite le rôle du médecin. Il est important et primordial dans une démarche de soins de savoir quel est le but recherché par telle ou telle stratégie de prise en charge pour le patient pour permettre une prise en charge la plus adaptée.

Ils ignorent que l'UNV améliore le pronostic de l'AVC. Ainsi si les médecins généralistes connaissaient exactement le rôle de ces unités ainsi que les critères d'admission, ils sauraient orienter leur patient dans une structure adaptée et avec plus de facilité.

En ce qui concerne la thrombolyse, des études menées en France et à l'étranger ont également montré un manque de connaissances de ce type de traitement par les médecins généralistes qui devient un des facteurs d'augmentation du délai de prise en charge.

En France, d'après une étude menée en **2008** par **Lae et al.**, 70% des médecins généralistes ne connaissent pas le délai du traitement par fibrinolyse ce qui est responsable d'un retard de prise en charge en milieu spécialisée (14). **Aaron et al.** montrent un manque de connaissance des médecins généralistes au sujet de la thrombolyse, ce qui peut expliquer un retard de prise en charge. Il est donc nécessaire de les sensibiliser rapidement. En effet les barrières à l'accès à la thrombolyse sont le manque de sensibilisation des patients par rapport à l'AVC, le manque de sensibilisation des médecins généralistes sur le traitement par thrombolyse, le manque de structure adaptée pour ce type de patients et un manque économique. Comme le premier contact avec un patient atteint d'un AVC est le médecin local, il est nécessaire qu'il connaisse les modalités de traitement pour respecter le délai de prise en charge et ainsi au mieux éduquer les patients (56). **Leira et al.** montrent également toujours une faible connaissance de la thrombolyse par les médecins généralistes qui a su s'améliorer depuis 1997, ce qui encourage le développement de campagnes d'information (57). **Bonnaud et al.** citent une étude menée par **Dereux et al.** en 2002 qui ont montré que par la création de plus d'UNV et par l'éducation des médecins généralistes et des patients, le circuit (contact avec le médecin généraliste et ambulance privée), ne représenterait plus qu'1/3 des prises en charge (9, 13). Une étude citée par **Dhamija et al.** montrait que l'éducation des médecins généralistes avait permis un plus grand recours au traitement par thrombolyse (30).

Le tri des patients en pré-hospitalier et leur acheminement vers un centre spécialisé sont des facteurs déterminants permettant la réalisation de cette technique dans les délais autorisés (31).

6.2. Difficultés rencontrées par le médecin généraliste

6.2.1. Reconnaissance de l'AVC

En ce qui concerne l'AVC, nous avons constaté que les difficultés de diagnostic sont surtout en cas de contact téléphonique avec le patient ou un membre de son entourage. En effet la majorité des médecins ne ressentent pas de difficultés à poser le diagnostic d'AVC. Cependant, **Lasserson et al.** montraient les difficultés du médecin généraliste de porter le diagnostic d'AVC en première intention (26). Les difficultés ressenties de diagnostic par les médecins généralistes interrogés sont surtout celles de reconnaissance de l'AIT, en particulier en cas de symptômes peu francs comme le souligne l'étude de **Jagadeham et al.** qui montrent une bonne reconnaissance de l'AIT par le médecin généraliste en cas de symptômes focaux, cependant en cas de symptômes peu francs, le médecin généraliste éprouvent des

difficultés à reconnaître un AIT. Les vertiges et la confusion sont reconnus par les médecins généralistes comme des épisodes d'AIT (36). Ce qui est également le cas dans notre étude pour un des médecins du panel (S10) surtout en cas d' « acouphènes, de vertiges ou d'absence de signe de localisation ». De même **Tomasik et al.** soulignent les difficultés des médecins généralistes à évoquer le diagnostic d'AIT en particulier en cas d'une symptomatologie peu spécifiques et la présence d'antécédents vasculaires pour le patient. De plus parmi la totalité de diagnostic évoqué par les médecins généralistes d'AIT, seulement 20% sont confirmés (41).

6.2.2. Prise en charge

Notre étude a permis surtout de montrer les difficultés ressenties par les médecins généralistes dans la prise en charge du patient dans leur pratique quotidienne. Celles mentionnées dans l'étude sont multiples et seront des supports de formation en vue d'une amélioration de leur prise en charge avec plus de facilité.

- La principale difficulté est le manque de temps par le médecin généraliste de prendre en charge ce type de patient.
- Le patient également rend difficile sa prise en charge, en particulier en venant consulter tardivement. Ainsi ils rendent difficile l'accès à une prise en charge adaptée, et responsable d'une hétérogénéité de prise en charge ambulatoire ou hospitalière.
- L'appréhension du médecin. De nombreux termes à forte connotation « on se sent démuni » (S6), « cela me fait peur » (S4), « gros malaise » (S2) sont employés par les médecins à ce sujet traduisant un sentiment de mal-être dans ce type de prise en charge. Certains médecins ont peur d'être jugé par les structures hospitalières si le patient est admis en l'absence de déficit neurologique. Cela montre également que ces médecins sous-estime l'AIT.
- De plus souvent le patient peut refuser le choix de prise en charge proposée par le médecin généraliste.

Les autres difficultés sont liées au parcours de soin, avec une pénurie de spécialistes avec notamment une difficulté réelle ou ressentie pour les joindre, un manque de moyen en tant qu'accès à l'imagerie et les transports comme le montrait une étude menée au **Pakistan par Siddiqui et al.** (18) Dans cette étude le manque de moyen peut se comprendre dans un pays où la situation économique peut influencer l'accès à des soins spécialisés, ce qui n'est le cas dans notre pays. De plus les médecins généralistes de notre étude parlent d'une saturation des structures de soins spécialisées par une méconnaissance des UNV.

Dans le domaine de la Santé Publique, c'est le manque d'efficacité de prévention et d'information pour la population générale qui ne facilite pas la prise en charge par les médecins généralistes interrogés. Ces derniers trouvant également qu'ils ont peu d'informations sur la définition de parcours de soin.

Toutes ces difficultés sont des pistes de recherche de solutions à apporter aux médecins généralistes pour leur faciliter la prise en charge et donc améliorer le pronostic du patient. Cependant il semble nécessaire que le patient ait moins recours en premier avec le médecin

généraliste, étant un des principaux facteurs d'une augmentation du délai de prise en charge, tant qu'il existe une méconnaissance de la filière neuro-vasculaire.

Mais, le patient continue à consulter son médecin généraliste en cas d'AVC, même si cette fréquence est en diminution, et il est donc nécessaire de proposer des solutions. Le médecin généraliste souhaite améliorer sa prise en charge du patient atteint d'un AVC tout en restant ouvert à un travail avec les spécialistes. Agir pour réduire le délai de prise en charge est donc une priorité absolue de la réorganisation du système actuel, avec une définition réelle de la place du médecin généraliste.

6.3. Connaissances de l'AVC par la population d'après les médecins généralistes

La plupart des médecins généralistes interrogés et en particulier les plus âgés de l'étude peuvent témoigner d'une meilleure prévention et prise en charge des facteurs de risque intervenant dans le risque d'AVC. Probablement en rapport avec une meilleure prévention de l'infarctus du myocarde. Ce phénomène récent a permis une diminution des risques vasculaires. Cependant le manque de sensibilisation de la population constaté est celui sur la reconnaissance des symptômes d'un accident vasculaire cérébral quel qu'il soit et en particulier le transitoire. Les médecins généralistes témoignent d'un manque de sensibilisation de la population générale. Ce manque de reconnaissance est aussi ressenti par le médecin de l'étude par un manque d'informations et de formations à ce sujet qui lui sont offertes.

Nombreux sont les médecins qui parlent d'une prévention de l'infarctus du myocarde qui est selon eux optimale actuellement et des patients qui seraient très sensibilisés à ce sujet. Combien sont les patients qui consultent aux urgences ou ont recours au SAMU en cas de douleur thoracique, par rapport à ceux qui consultent pour un déficit neurologique. Une grande différence persiste encore entre les deux situations et la difficulté est cette sensibilisation du patient et de la population générale, qui tardent encore trop longtemps à consulter en particulier en cas d'accident vasculaire transitoire. Dans cette prise en charge, un élément est important et générateur du pronostic du patient, c'est le délai de prise en charge. En effet tous les professionnels de santé prenant en charge un patient atteint d'un AVC s'interrogent sur l'horaire de début des symptômes. C'est ce délai qui permet ou pas l'accès à un traitement spécialisé et d'améliorer alors le pronostic du patient. L'AVC est actuellement la cause la plus fréquente d'handicap durable chez le patient. Il est alors important de lutter contre ce phénomène, et le seul moyen comme pour l'IDM, est le recours aux campagnes de prévention. Elles permettraient ainsi de décharger les consultations du médecin généralistes et de prendre en charge de manière plus adaptée ce type de patient.

Quelques études menées à l'étranger ont traité du manque de connaissances de la population sur le sujet de l'AVC :

- **Johnston et al.** soulignent que les raisons expliquant le manque de consultation en cas d'AIT sont le manque de connaissance des symptômes et des conséquences de l'AIT par les patients, en effet du fait d'une régression des symptômes au moment de la consultation, ils ne considèrent plus l'AIT comme une urgence (58).

- **Muller-Nordhorn et al.** soulignent le fait que 68% de la population connaissent un facteur de risque parmi 4 facteurs de risque les plus souvent cités : hypertension artérielle, tabac, obésité et inactivité. Le recours aux informations sur le sujet de l'AVC par la population générale se fait par les médias (82%), par l'entourage et la famille (45%) et dans 20% de cas par leur médecin généraliste, en particulier pour des patients masculins, âgés et avec des antécédents d'AVC (22).
- **Lecouturier et al.** montrent un bon niveau de connaissance de la population générale en particulier sur les symptômes de l'AVC : hémiplégie et aphasie, mais moins de la moitié de la population étudiée reconnaissent l'AVC, et souvent l'attribue incorrectement à une fatigue ou un état de stress. La solution proposée est le recours à des campagnes de prévention en vue d'une sensibilisation (59).
- **Neau et al.** montrent que moins de la moitié de la population étudiée reconnaît les signes d'alarme d'un AVC et que le médecin généraliste a un rôle dans la sensibilisation de la population (60).

Les patients également ne semblent pas connaître le parcours de soin comme les médecins généralistes. Cette éducation est nécessaire mais le parcours de soins d'après le médecin généraliste peut différer d'un pays à l'autre. Par exemple, une étude au Canada de **Manawadu et al.** montrent qu'il est nécessaire de réaliser une éducation auprès de la population générale pour les orienter en premier vers le service des urgences plutôt que vers leur médecin généraliste en cas d'AIT (61).

Ce manque de sensibilisation de la population générale au sujet de l'AVC ressenti par les médecins généralistes comme facteur de mauvaise prise en charge, est confirmé au travers de la littérature française et étrangère. Les solutions proposés seraient des campagnes de prévention et d'information au même titre que pour l'IDM, et de former le médecin généraliste comme acteur de la prévention de leur patient. Il serait alors nécessaire de les sensibiliser dans l'existence d'un parcours de soin pour mieux le transmettre à leur patient.

7. Solutions proposées aux médecins généralistes

Dans notre étude, peu de médecins généralistes sont demandeurs d'informations au sujet des traitements, les UNV et la description d'un parcours de soins pluridisciplinaire, ainsi que l'AIT en général. Cependant nous avons constaté que les médecins généralistes interrogés font peu de recherche personnelle sur ces sujets. **Middleton et al.** montrent au travers d'une étude que les médecins généralistes font peu de recherche au sujet de l'AIT mais souhaitent rester en première ligne dans un but d'initiation du traitement aigu (37). Ce qui peut être contradictoire avec leur faible demande d'information et leur recherche actuelle.

Parmi les médecins généralistes du panel, nous avons constaté que les médecins les plus âgées ou en fin de carrière sont moins demandeurs à des formations. En effet, il semblerait qu'ils ne souhaitent pas changer leur pratique, peut-être par peur d'un changement de leur image auprès de leur patientèle. Cette réticence au changement est également retrouvée chez quelques

jeunes confrères. L'autre argument avancé dans le refus de formations est l'éloignement géographique en particulier en cas d'exercice rural.

Les médecins généralistes souhaitent connaître le rôle des différents intervenants dans la prise en charge de l'AVC avec un meilleur accès aux spécialistes. Ces demandes leur permettraient d'améliorer leur prise en charge. Or, d'après les recommandations de bonne pratique, d'après le parcours de soin standardisé, le médecin généraliste n'a pas de recours aux spécialistes hormis le médecin régulateur du SAMU voire le neurologue d'astreinte de l'UNV. Ceci montre que les médecins généralistes ne connaissent pas leur rôle dans ce parcours de soin.

Cette place de premier interlocuteur (pour 11 des médecins) existe et est reconnue par la plupart des médecins du panel. Cependant certains la jugent difficile (4 médecins) et d'autres efficace dans le domaine de la prévention et d'alerte (5 médecins). D'ailleurs, 6 médecins jugent que s'il existait une meilleure éducation des patients ainsi qu'une organisation du parcours de soin, ils n'auraient plus cette place. Ces médecins pensent que leur place peut évoluer grâce à un meilleur recours au SAMU, par une meilleure connaissance de l'AIT et par une meilleure sensibilisation de la patientèle.

Cependant il leur est attribué un rôle bien défini par rapport auquel il faut les sensibiliser. Il existe un parcours de soins où le médecin généraliste reste en première ligne choisi par le patient mais qu'il faut leur définir.

7.1. Outils actuels

7.1.1. Support papiers :

- Dans notre étude, trois médecins parlent de revues médicales, cependant il semblerait que cet outil ne soit pas privilégié car souvent non lu par manque de temps et par la quantité de courrier reçu quotidiennement.
- Les courriers des spécialistes sont mentionnés comme source de réactualisation des connaissances. Ils devraient inciter leurs auteurs à détailler leur démarche diagnostique et thérapeutique, et de donner une conduite à tenir ultérieure.

7.1.2. Internet :

Les médecins parlent plus facilement de l'outil internet, très accessible car étant pour la plupart informatisé, et par une meilleure connaissance de son utilisation. Cet outil reste un moyen d'information d'accès rapide, facile et accepté par le médecin généraliste. Néanmoins, il n'est pas utilisé pour des recherches sur l'AVC.

7.1.3. La FMC :

Il semblerait être le recours privilégié des médecins généralistes d'après notre étude en termes de formation permettant un échange interactif avec les professionnels de santé sur leurs connaissances et leurs expériences. L'apport des connaissances par un spécialiste et donc en particulier un neurologue dans le cas présent est un bon outil d'apprentissage d'après les médecins généralistes. Cependant, les médecins généralistes interrogés parlent d'une difficulté d'accès à ce type de formation, liés à un facteur géographique, souvent à distance de leur domicile ou du lieu d'exercice et un facteur temps.

7.2. Propositions en termes d'information pour les médecins généralistes et de stratégie de prise en charge :

Peu de solutions au travers de l'étude ont été énoncées. En effet les médecins généralistes du panel semblent peu disponibles pour recevoir de l'information bien qu'ils jugent en manquer de formations.

D'après la littérature, les solutions proposées pour améliorer la prise en charge des patients atteints d'un AVC par le médecin généraliste et pour améliorer ses connaissances sont multiples :

- **Quaglini et al.** parlent de la création d'un serveur internet en réseau permettant une communication directe entre les UNV et le médecin généraliste de même qu'en visite avec un ordinateur portable, comme le médecin généraliste reste un des liens privilégiés avec le patient atteint d'un AVC (62).
- **Réseau téléphonique** : avec des spécialistes de la santé et en particuliers des neurologues, accessibles rapidement par téléphone permettant une prise en charge plus adaptée et plus rapide pour les médecins généralistes.
- **Meyer et al.** montrent l'efficacité de la télé médecine dans l'accès et le recours à la thrombolyse dans les meilleurs délais. Cependant cet outil est principalement utile en termes de transfert d'images en vue de raccourcir les délais de diagnostic et donc d'intervention thérapeutique, limitant ainsi les pertes de chance pour les patients répondant aux critères de mise en route d'une thrombolyse (63).
- **D'après Dhamija et al.**, les solutions proposées sont le recours à une échelle de type FAST dans un but de reconnaissance des symptômes de l'AVC ou de l'AIT, à un staff paramédical ou médical téléphonique ou encore l'éducation des patients à savoir reconnaître les symptômes d'un AVC et de savoir appeler directement une ambulance (30).

Aux médecins généralistes, il pourrait être proposé comme solutions pour une facilité de prise en charge des patients qui continuent à les consulter en première intention, ayant montré leur efficacité d'après ces études menées à l'étranger :

- L'utilisation d'échelles de diagnostic (FAST, ROZIER, etc..)
- Un accès rapide téléphonique avec centre 15, qui si nécessaire orientera vers le neurologue d'astreinte neuro-vasculaire.

A la population générale, il pourrait être proposé une sensibilisation de la population générale par les médecins généralistes et par les campagnes de prévention, au même titre que pour l'IDM. Il faudrait les encourager à contacter au plus vite les services d'urgence.

Cette stratégie de prise en charge sera peut-être un jour modifiée comme le souligne un des médecins du panel (S15) comme la mise en route d'un traitement en urgence sans imagerie, ce qui n'est pas encore le cas pour l'AVC constitué.

7.3. Propositions en termes de formations :

En effet les médecins généralistes sont plutôt demandeurs d'une facilité d'accès aux formations. Les arguments cités par les médecins généralistes pour justifier la difficulté d'accès aux formations sont principalement le manque de temps, le lieu géographique et l'horaire de la formation. Cependant il semble que les formations peuvent alors s'adapter en fonction du souhait des médecins généralistes.

Il serait alors judicieux de proposer des formations :

- plus fréquentes par département. Par exemple les lieux de formations proposés par l'AMPEL (Chartres, Dreux, Nogent-le -retrou et Châteaudun) sont jugés insuffisants par les médecins généralistes du panel.
- à des horaires moins tardifs
- moins éloignées de leur lieu de travail ou de leur domicile.
- avec des supports innovants. En effet, Des mises en pratiques sous formes de cas cliniques ou de jeux de rôles pourraient être efficaces dans la reproductibilité des recommandations. Une technique est décrite dans la littérature sur la prise en charge de l'AVC qui semble efficace comme le montre l'étude de **Teiner et al.** traitant de l'apprentissage par le jeu qui est une méthode attrayante et stimulante qui a montré dans le cadre de l'AVC son efficacité à court et à moyen terme (3 mois) (64).

Le recours à l'envoi à chaque médecin d'un formulaire pour connaître les souhaits de chacun permettrait une plus grande adaptation des formations et une plus grande participation des médecins généralistes sur le même principe de l'AMPEL. De même que des formulaires d'auto-évaluation seraient nécessaires pour connaître les volontés des médecins généralistes et permettre de répondre au mieux aux besoins des médecins généralistes.

L'AMPEL a réalisée sur Chartres depuis l'étude, en 2010 une séance de formation sur l'AVC. Cependant l'élément principal de départ est une meilleure information des médecins généralistes puis une formation à ce sujet.

7.4. Solutions proposées en termes de santé publique pour la population par les médecins généralistes

Notre étude a montré que d'après les médecins généralistes leur patientèle avaient un besoin d'informations au sujet de l'AVC et proposent alors des solutions en terme de santé publique.

Leur but est de permettre un accès plus rapide aux soins adaptés par une reconnaissance personnelle des symptômes de l'AVC. Nombreux médecins ont souligné leurs difficultés de prise en charge par le simple fait que les patients ne sont pas sensibilisés.

On pourrait ainsi définir trois niveaux d'éducation de la population :

- l'éducation individuelle des médecins généralistes de leur patientèle. Les messages transmis par le médecin traitant seraient :
 - informer les patients à risque et leur entourage des principaux signes de l'AVC,
 - préconiser l'appel immédiat au SAMU centre 15 devant les symptômes, avant même tout appel à son cabinet
 - expliquer l'importance de noter l'heure des premiers symptômes.

Malgré, la reconnaissance par les médecins généralistes de leur rôle dans l'éducation de leur patientèle, le manque de temps ne permet pas une éducation optimale.

- l'éducation de la population générale. Les médecins généralistes de l'étude souhaitent des campagnes de prévention et d'éducation à l'échelle de la population générale. L'efficacité de ces campagnes a pu être confirmée en ce qui concerne la prévention pour l'IDM en France et par des études menées à l'étranger. En effet, l'étude de **Silvertrelli et al.** montraient au cours de leur étude que des programmes de formation et d'éducation de la population et des médecins généralistes permettent une réduction du délai de prise en charge (52). D'après la synthèse d'études retrouvées dans les **recommandations de bonne pratique** en Allemagne, plusieurs études ont été menées pour connaître l'influence de l'éducation de la population sur le délai de prise en charge d'un patient atteint d'un AVC. Elles ont toutes montrées que le succès de la prise en charge dépendait d'une reconnaissance rapide par le public et les professionnels de santé. De plus, l'accès à l'information diffère en fonction de l'âge : les sujets âgés plutôt par leur médecin traitant et par des campagnes de santé, et les sujets jeunes plutôt au travers des médias. Il est donc recommandé de s'adapter et d'informer au travers de ces différents outils d'accès (56). L'objectif des campagnes grand public est de permettre de reconnaître immédiatement les symptômes de l'AVC, de prendre conscience de l'urgence, d'instituer un traitement pour déclencher sans attendre l'appel du centre 15. Celui-ci coordonne les modalités de transport (véhicule médicalisé ou non, hélicoptère) et d'admission dans les délais les plus brefs vers une UNV. L'appel au médecin référent ne devrait être effectué qu'après avoir contacté le 15, pour ne pas retarder l'arrivée des secours.
- L'éducation des populations à risque. Puisque l'AVC atteint des sujets âgés en moyenne de 75 ans et que les médecins généralistes n'ont pas le temps pour l'éducation de tous leur patients, peut-être pourrait-on commencer par ce type de population (foyers, maison de retraite, les mutuelles, revues..).

CONCLUSION

Cette étude qualitative était menée en 2009 auprès de 15 médecins généralistes exerçant dans le bassin chartrain afin de comprendre comment ils prennent en charge les patients atteints d'un AVC. Elle décrit et analyse la place et le rôle du médecin généraliste, ses connaissances, son vécu, sa stratégie et les difficultés ressenties dans sa prise en charge de l'AVC à la phase aiguë.

Les médecins généralistes reconnaissent leur place de « premier interlocuteur » du patient mais certains se sentent de moins en moins impliqués dans la prise en charge, quelque soit leur âge ou leur expérience. Ils considèrent que cette première place est choisie par le patient et non parce qu'ils s'intègrent dans une filière de soins graduée. Dans leur pratique quotidienne, les médecins interrogés prennent en charge 1 à 3 AVC aigus par an, ont une bonne connaissance intuitive du message FAST pour évoquer le diagnostic d'AVC constitué (particulièrement chez un patient âgé et en présence de facteurs de risque cardio-vasculaire), posent la question de l'heure de survenue des symptômes et soit appellent le Centre 15 soit organisent un transfert rapide en ambulance au SAU le plus proche. Pour les AIT, ils éprouvent des difficultés diagnostiques et de prise en charge. Ils constatent leur manque de connaissance des traitements et du parcours de soins actuels, et se sentent alors livrés à eux-mêmes.

Il s'avère que la prise en charge théorique et la pratique quotidienne décrites par les médecins généralistes, diffèrent en certains points des référentiels professionnels, en particulier de leurs messages clefs. Cette étude constate que l'urgence diagnostique et thérapeutique est très relative, l'horaire de début des symptômes est demandé mais non précis, les traitements et l'UNV sont méconnus.

L'information des médecins généralistes de l'existence d'une filière neuro-vasculaire départementale et de leur place dans cette filière est nécessaire. Gageons qu'elle sera accueillie favorablement, puisqu'ils sont demandeurs d'information sur l'AIT, d'un parcours de soin standardisé, d'une prise en charge multidisciplinaire, d'une facilité de contact avec les spécialistes, de campagnes d'information de leur patients. Les supports proposés sont des réunions de FMC (avec davantage de proximité et d'interactivité), un site internet, des comptes-rendus d'hospitalisation détaillés, et une information grand public (au moins auprès des populations « à risque »).

En préalable à l'ouverture de l'UNV chartraine, et grâce aux pistes d'amélioration suggérées par cette étude, les premières actions de communication ont débuté en 2010 (SAU, médecins généralistes et autres professionnels de santé, presse locale). Renouveler cette étude qualitative permettrait de s'assurer de l'amélioration du ressenti des médecins généralistes dans la prise en charge des AVC et AIT, notamment de la disparition des difficultés identifiées. Une évaluation quantitative sera indispensable pour mesurer l'efficacité de l'information du public, par la mesure du délai entre les premiers symptômes de l'AVC et le

moment où le patient (ou plus souvent un témoin) décroche son téléphone. La filière pré-hospitalière sera évaluée par la mesure du délai entre l'appel du médecin régulateur et le passage de la porte de l'hôpital.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) BOUSSER M-G.
L'accident vasculaire cérébral
Rencontres HAS. 2007
Disponible sur : <http://www.has-sante.fr>
- (2) WIEL E., DELBART C., FACON A. *et al.*
Prise en charge pré-hospitalière des AVC.
JLAR. 2008
Disponible sur : <http://www.jlar.com>
- (3) WOIMANT F., NEAU J-P.
Les accidents vasculaires cérébraux
Info en santé 2008, lettre n°16 : 17-23
- (4) RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE
Accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce (alerte, phase pré-hospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse)
HAS. Mai 2009. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr>
- (5) INFO EN SANTE
Les accidents vasculaires cérébraux
Lettre n°16, 2008
- (6) RECOMMANDATION POUR LA PRATIQUE CLINIQUE
Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral-
aspects médicaux
ANAES. Septembre 2002. Disponible dur : <http://www.has-sante.fr>
- (7) THE EUROPEAN STROKE ORGANISATION EXECUTIVE COMMITTEE AND
THE ESO WRITING COMMITTEE
Guidelines for management of ischemic stroke and transient ischemic attack 2008.
Cerebrovasc Dis 2008; 25: 457-507
- (8) RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE
Prise en charge diagnostique et traitement immédiat de l'accident ischémique
transitoire.
ANAES. Mai 2004. disponible sur : <http://www.has-sante.fr>

- (9) BONNAUD I., GIRAudeau B., JULIE V. *et al.*
Enquête observationnelle : les accidents vasculaires cérébraux aux urgences en région Centre (étude AVC Centre)
Revue Neurologique 2005 ; 161 (3) : 311-317
- (10) LEYS D, PRUVO JP, LECLERCQ J. *et al.*
Stratégie pratique en urgence face à un accident vasculaire cérébral
EMC neurologie, 17-046-A-50
- (11) LAUNOIS R, GARRIGUES B.
Les unités cérébrovasculaires : s'organiser pour prendre en charge les AVC où qu'ils soient.
Info en Santé lettre n°16 2008
- (12) OSSEMAN M, MORMONT E, MARIN V *et al.*
Identification des facteurs influençant le délai d'admission hospitalière après accident vasculaire cérébral ischémique.
Revue Neurologie 2001 ; 157 (12) : 1525-1529
- (13) DEREK L., ADELEIN P., NIGHOGHOSSIAN N. *et al.*
Factors influencing early admission in a french stroke unit
Journal of American Heart Association 2002; 33: 153-159
- (14) LAE C., GRANGE C.
Evaluation des connaissances des médecins généralistes de la région annemassienne sur les accidents vasculaires et leurs prises en charge.
Journal Européen des Urgences 2008 ; 21 (S1), p. A95
- (15) ROEBERS S., WAGNER M., RITTER M.A. *et al.*
Attitudes and current practice of primary care physicians in acute stroke management
Stroke 2007; 38: 1298-1303
- (16) SRIVASTAVA AK, PRASAD K.
A study of factors delaying hospital arrival of patients with acute stroke.
Neurology india 2001; 49: 272-276
- (17) WESTER P, RADBERG J, LUNDGREN B *et al.*
Factors associated with delayed admission to hospital and in-hospital delays in acute stroke and TIA: a prospective, multicenter study
Journal of The American Heart Association 1999; 30: 40-48
- (18) SIDDIQUI M., SIDDIQUI S.R., ZAFAR A. *et al.*
Factors delaying hospital arrival of patients with acute stroke

JPMA 2008; 58 (4): 178-181

- (19) CHANG K-C, TSENG M-C, TAN T-Y
Prehospital delay after acute stroke in Kaohsiung Taiwan
Journal of American Heart Association 2004; 35: 700-704
- (20) YU R.F, SAN JOSE C, MANZANILLA B. *et al.*
Sources and reasons for delays in the care of acute stroke patients
Journal of Neurological Sciences 2002; 199: 49-54
- (21) SEKORANJA L., GRIESSER A-C., WAGNE G. *et al.*
Factors influencing emergency delays in acute stroke management.
SWISS MED WKLY 2009; 139 (27-28): 393-399
- (22) MULLER-NORDHORN J, WEGSCHEIDER K, NOLTE C.H *et al.*
Population based intervention to reduce prehospital delays in patients with cerebrovascular events
Arch Intern Med. 2009; 169 (16): 1484-1490
- (23) SILVESTRELLI G, PARNETTI L., TAMBASCO N. *et al.*
Characteristics of delayed admission to stroke unit
Clinical and Experimental Hypertension 2006; 28: 405-411
- (24) KWAN J., HAND P.r, SANDERCOCK P.
A systematic review of barriers to delivery of thrombolysis for acute stroke.
Age and Ageing 2004; 33: 116-121
- (25) SAPOSNIK G., BAIBERGENOVA A. *et al.*
Weekends: a dangerous time for having a stroke?
Stroke 2007; 38: 1211-1215
- (26) LASSERSON D. S, CHANDRATHEVA A. *et al.*
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 2008 ; 337 : 1569-1571
- (27) SPRIGG N, MACHILI C, OTTER M E *et al.*
A systematic review of delays in seeking medical attention after transient ischemic attack.
J Neurol Neurosurg Psychiatry 2009; 80: 871-875
- (28) VENKETASUBRAMANIAN N., HOON ANG Y., CHAN B. PL. *et al.*
Bridging the gap between primary and specialist care-An integrative model for stroke.
Annals Academy of Medicine Singapore 2008; 37: 118-127

- (29) MITCHELL G, BROWN R, ERIKSEN L et al.
Multidisciplinary care planning in the primary care management of completed stroke :
a systematic review
BMC Family Practice 2008; 9: 44

- (30) DHAMIJA R., DONNAN G.
Time is brain acute stroke management
Australian Family Physician 2007; 36 (11): 892-895

- (31) FREIBURGHANUS D., KEHTARI R., YERSIN B. *et al.*
Accès à la thrombolyse lors d'AVC: rôle des secours pré hospitaliers et des médecins
de premier recours
Revue Médical Suisse 2008 ; 4 : 2444-2449

- (32) BISSET A.F., MACDUFF C., CHESSON R. *et al.*
Stroke services in general practice _ are they satisfactory?
British Journal of General Practice 1997; 47: 787-793

- (33) NEDELTCHEV K, FISCHER U, ARNOLD M *et al.*
Low awareness of transient ischemic attacks and risk factors of stroke in a swiss urban
community
J. Neurology 2007; 254: 179- 184

- (34) MANT J., McMANUS R.J., HARE R. *et al.*
Identification of stroke in the community : a comparison of three methods
British Journal of General Practice 2003; 53: 520-524

- (35) GOLDSTEIN L., BIAN J., SAMSA G. *et al.*
New transient ischemic attack and stroke
Arch Intern Med 2000; 160: 2941-2946

- (36) JAGADESHAM V P, APARAJITA R, GOUGH M.J
Can the UK guidelines for stroke be effective ? attitudes to the symptoms of a transient
ischemic attack among the general public and doctors.
Clinical Medicine 2008 ; 8 : 366-370.

- (37) MIDDLETON S., SHARPE D., HARRIS J. *et al.*
Case scenarios to assess Australian general practitioners' understanding of stroke
diagnosis, management, and prevention.
Stroke AHA 2003; 34: 2681-2686

- (38) GIBBS R.G.J, NEWSON R., LAWRENSON R. *et al.*
 Diagnosis and initial management of stroke and transient ischemic attack across UK health regions from 1992 to 1996
Stroke 2001; 32: 1085-1090.
- (39) WHITFORD D L, HICKEY A, HORGAN F. *et al.*
 Is primary care a neglected piece of the jigsaw in ensuring optimal stroke care? results of a national study.
BMC Family Practice 2009, 10:27
- (40) HARBISON J., HOSSAIN O., JENKINSON D. *et al.*
 Diagnostic accuracy of stroke referrals from primary care, emergency room physicians and ambulance staff using the face arm speech test.
Journal of The American Heart Association 2003: 34:71-76
- (41) TOMASIK T, WINDAK A, MARGAS G *et al.*
 Transient ischaemic attacks: desired diagnosis and management by Polish primary care physicians.
Family Practice 2003; 20 (4): 464-468
- (42) PRABHAKARAN S., SILVER A., WARRIOR L. *et al.*
 Misdiagnosis of transient ischemic attacks in the emergency room.
Cerebrovasc Dis 2008; 26: 630-635
- (43) WANG M. Y, LAVINE S.D., SOUKIAAN H. *et al.*
 Treating stroke as a medical emergency: a survey of resident physicians 'attitudes toward "brain attack" and carotid endarterectomy.
Neurosurgery 2001; 48 (5): 1109-1117
- (44) FISCHER C.E., BARNUNG S., NIELSEN S.L *et al.*
 Prehospital identification of stroke-room for improvement
European Journal of Neurology, 2008; 15: 792-796
- (45) GIACOMINI Mita K.
 Les "preuves" issues de la recherche qualitative : une route semée d'embûches
Evidence-Based-Medecine 2001; 6: 4-6
- (46) CAMPBELL S-M, BRASPENNING J, HUTCHINSON A *et al.*
 Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care
BMJ 2003; 326: 816-819
- (47) GREENHALGH T., TAYLOR R.
 How to read a paper : Papers that go beyond numbers (qualitative research).
BMJ 1997; 315: 740-743

- (48) JAYE C.
Doing qualitative research in general practice: methodological utility and engagement
Family practice 2002; 19: 557-562
- (49) CESARIO Sandra, MORIN Karen, SANTA-DONATO Anne
Evaluating the level of evidence of qualitative research
JOGNN 2002 ; 31: 708-714
- (50) POPE C., MAYS N.
Part 1 (qualitative methods in health research)
Part 2 (qualitative interviews in health research)
Part 7 (qualitative methods in health-related action research)
Part 8 (analyzing qualitative data)
Part 9 (quality in qualitative health research)
Qualitative research in health care, second edition
- (51) Démographie médicale
Atlas régionale d'Eure et Loir
Disponible sur : www.conseil-national.medecin.fr
- (52) BOUSSER M-G., MAS J-L.
Accidents vasculaires cérébraux.
Traité de Neurologie. Douin Ed 2009: p. 949-959
- (53) BOUSSER M-G., MAS J-L.
Accidents vasculaires cérébraux.
Traité de Neurologie. Douin Ed 2009: p. 1-8
- (54) BOUSSER M-G., MAS J-L.
Accidents vasculaires cérébraux.
Traité de Neurologie. Douin Ed 2009: p. 192-203
- (55) WEIMAR C, MIECK T, BUCHTHAL J *et al.*
Neurologic worsening during the acute phase of ischemic stroke.
Arch Neurol 2005; 62: 393-397
- (56) AARON S, ALEXANDER M, MAYA T *et al.*
Treatment of acute ischemic stroke: awareness among general practitioners
The Neurological Society of India 2010 ; 58 (3) : 441-442
- (57) LEIRA E., PARY J. K., DAVIS P.H. *et al.*
Slow progressive acceptance of intravenous thrombolysis for patients with stroke by rural primary care physicians.
Arch Neurol 2007 ; 64 : 518-521

- (58) JOHNSTON S.C, FAYAD P.B, GORELICK P.B *et al.*
Prevalence and knowledge of transient ischemic attack among US adults.
NEUROLOGY 2003; 60: 1429-1434

- (59) LECOUTURIER J., MURTAGH M., THOMSON R. *et al.*
Response to symptoms of stroke in the UK : a systematic review.
BMC Health Services Research 2010; 10 (157): 1-9

- (60) NEAU JP, INGRAND P, GODENECHÉ G.*et al.*
Awareness within the french population concerning stroke signs, symptoms, and risk factors
Clinical Neurology Neurosurgery 2009; 111 (8) : 659-664

- (61) MANAWADU D., SHUAIB A. COLLAS DM.
Emergency department or general practitioner following transient ischemic attack?
A comparison of patient behaviour and speed of assessment in England and Canada
Emerg Med Journal 2010; 27 (5) : 364-367

- (62) QUAGLINI S., CAFFI E., BOIOCCHI L. *et al.*
Web-based data and knowledge sharing between stroke units and general practitioners.
AMIA Symposium Proceedings 2003: 534-538

- (63) MEYER B C, RAMAN R, HEMMEN T *et al.*
Efficacy of site-independent telemedicine in the stroke doc trial: a randomised, blinded, prospective study
Lancet Neurology 2008; 7: 787-795

- (64) TELNER D., BUJAS-BOBANOVIC M., CHAN D. *et al.*
Game-based versus traditional case-based learning
Canadian Family Physician 2010; 56: 345-351

ANNEXE 1 : MESSAGE FAST

STROKE is an Emergency.
Every minute counts.
ACT F.A.S.T!

	F ACE	Does one side of the face droop? Ask the person to smile.
	A RMS	Is one arm weak or numb? Ask the person to raise both arms. Does one arm drift downward?
	S PEECH	Is speech slurred? Ask the person to repeat a simple sentence. Is the sentence repeated correctly?
	T IME	If the person shows any of these symptoms, Call 911 or get to the hospital immediately.

Have the ambulance go to the nearest certified stroke center,

Genentech
www.genet.com
© 2007 Genentech, Inc. 876108 L&D177 Printed in USA.

Le message FAST est dérivée de l'échelle pré-hospitalière de Cincinnati. Il a pour but d'identifier les patients qui ont très probablement un AVC et parmi ceux-ci, ceux qui pourraient être des candidats potentiels à une thrombolyse.

ANNEXE 2 : PROPOSITION DE SUJET DE THESE

Proposition de sujet de thèse

Interne en 4^{ème} semestre
Année 2008-2009

Proposition de sujet de thèse pour avis de la Commission des thèses du Département de Médecine Générale

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine Qualification Médecine Générale

Nom : Gaudy
Prénom : Clémence
Adresse : 12 rue Léonard de Vinci
75116 Paris
Nom du Directeur de thèse : Dr J.Grimaud

Titre de la thèse :

Reconnaissance et prise en charge pré-hospitalière d'un patient atteint d'un AVC aigu par le médecin généraliste
du Bassin Chartrain:

Etude qualitative à partir de 15 entretiens semi-dirigés.

Question posée et objectif principal :

Comment les médecins généralistes prennent-ils en charge les patients atteints d'un AVC aigu jusqu'à leur prise en charge en milieu spécialisé ?

L'objectif est d'observer et d'analyser ce que savent, ce que disent et ce que font réellement les médecins généralistes dans leur pratique quotidienne face au patient atteint d'un AVC aigu. Notre objectif est de décrire leurs connaissances de la séméiologie clinique et leur stratégie de prise en charge pré hospitalière en phase aiguë d'un patient atteint d'un AVC puis de leur donner un sens en fonction :

- De la place du médecin généraliste dans la prise en charge du patient atteint d'un AVC,
- Des conditions réelles de diagnostic,
- De l'expérience et d'éventuels préjugés des médecins généralistes,
- Du rôle du médecin généraliste dans l'éducation de sa patientelle aux symptômes de l'AVC/AIT

Cette analyse, dans leur environnement, nous permettra de mettre en valeur leurs attitudes, leurs priorités, leur compréhension, de générer leurs propres questions, de développer leur propre analyse, de proposer des solutions pour l'amélioration de la prise en charge pré-hospitalière des patients atteints d'un AVC.

Justification :

Le médecin généraliste est en première ligne pour le diagnostic d'AVC et l'orientation du malade en milieu spécialisé. L'urgence diagnostique et thérapeutique, la prise en charge spécifique sont à l'origine de la réduction d'un tiers de la morbi-mortalité de l'AVC. Dans ce contexte, ce serait une perte de chance que de ne pas pouvoir

bénéficier de la filière d'urgence neuro-vasculaire en cours d'organisation sur le bassin chartrain. Il est donc indispensable d'identifier les obstacles au diagnostic précoce des AVC et à leur transfert sans délais en unité de soins spécialisés.

Une première revue de la littérature (Medline) permet d'identifier de nombreux articles sur la prévention secondaire de l'AVC. Par contre nous n'avons pas trouvé d'études sur la place du médecin généraliste en France à la phase aiguë de l'AVC. Parmi la demi-douzaine d'études réalisées à l'étranger, seules deux ont identifié les paramètres qui retardent la prise en charge initiale de l'AVC. Il s'agit d'études quantitatives allemande (Stroke.2007; 38:1298-1303) et danoise (Euro J Neurol 2008; 15: 792-796). L'une objective une bonne reconnaissance de l'urgence diagnostique par le médecin généraliste et l'autre de fréquentes erreurs diagnostiques, et dans les deux cas un retard à la prise en charge spécialisée.

Méthode :

Une méthode qualitative permettra de dégager des concepts au sein d'entretiens semi-dirigés pour ne pas contraindre les réponses et pour ne pas donner l'impression d'évaluer les connaissances des médecins interrogés. L'entretien semi-dirigé sera structuré par des questions ouvertes qui porteront sur l'expérience, l'opinion, le sentiment ou les connaissances du médecin soumis à l'évaluation. Elles lui permettront de poursuivre ou de détailler ses idées sans contrainte. Une première ébauche de la trame d'entretien figure en annexe. Elle sera relue, modifiée et affinée avec l'aide d'un neurologue, urgentiste, épidémiologiste, médecin généraliste et psychologue clinicienne. L'acceptabilité du questionnaire sera testée sur quelques médecins et modifiée en conséquence. Les critères de choix du panel de médecins généralistes interrogés seront définis pour avoir un éventail le plus divers et varié possible. L'objectif étant d'identifier le maximum de pratiques, d'expériences et d'opinions différentes, voire opposées.

Echantillon (raisonné):

Selon le « principe de saturation », nous anticipons qu'il faudra interroger une quinzaine de médecins de la région Centre.

La population étudiée sera composée de médecins répondant aux critères d'inclusion : être médecin généraliste, exercer dans le bassin de population chartrain, accepter un entretien personnalisé à leur cabinet, d'une durée de 35 à 45 minutes, sous forme d'une interview (défini par les conditions méthodologiques, les contraintes professionnelles des enquêteurs et des médecins interviewés), dans un délai maximum d'un mois entre le RDV téléphonique et la date de l'entretien, et accepter l'enregistrement de l'entretien dans son intégralité en vue d'une interprétation.

Pour multiplier les points de vue, nous tiendrons également compte de l'âge, de la durée d'exercice en médecine générale, de l'ancienneté de l'installation, du lieu de formation, d'une formation pratique en neurologie et/ou urgences médicales et de la date de soutenance de la thèse.

Par soucis éthique, nous (1) répondrons aux questions des praticiens à la fin de l'entretien, (2) les remercieront car ils étaient l'élément indispensable à notre travail, (3) et remettrons les résultats de l'étude aux médecins.

Eléments à mesurer :

Afin d'obtenir une compréhension approfondie de l'expérience vécue par des médecins généralistes du bassin chartrain, nous allons colliger :

- Leurs connaissances (séméiologie de l'AVC, urgence diagnostique),
- Leurs attitudes et pratiques (gestes et traitements à faire et à ne pas faire au cours de la phase pré-hospitalière, organisation du transfert, appel centre 15, éducations de leurs patients quant aux 5 signes d'alerte d'un AIT/AVC)
- Leurs difficultés ressenties

Qui doivent être les plus variées possibles sur la prise en charge du patient atteint d'un AVC en phase aiguë (ainsi mettre en valeur leurs attitudes, priorités et d'en dégager leur propre question et analyse de leur prise en charge).

ANNEXE 3 : TRAME D'ENTRETIEN

TRAME D'ENTRETIEN SEMI-DIRIGE

A. IDENTIFICATION DES MEDECINS GENERALISTES (participant à l'étude) :

1. Vous êtes :
 - Un homme
 - Une femme
2. Quel âge avez-vous ?
3. Quelle est l'année de soutenance de la thèse ?
4. Vous êtes installé depuis : (date d'installation)
 - <5ans
 - 5 à 10 ans
 - >10ans
 - >20 ans
5. Comment qualifiez-vous votre activité médicale ?
 - urbaine (ville de plus 10 000 habitants)
 - semi rurale (ville de 2500 à 10 000 habitants)
 - rurale (ville de moins de 2500 habitants)
6. Avez-vous fait des remplacements en médecine générale ? si oui pendant combien de temps et dans quel département?
7. Avez-vous exercé d'autres types d'activités médicales avant votre installation: activité en service hospitalier, en clinique, en maison de retraite... ?
8. Quelle est la distance de votre cabinet par rapport à l'hôpital ou clinique le plus proche ?
9. Avez-vous eu recours à une formation pratique en neurologie et/ou en urgences médicales ? Si oui, quand a eu lieu cette formation et quel était le sujet ?
10. Etes-vous régulateur SAMU ?
11. A quelle fréquence voyez-vous des patients atteints d'un AVC ? A quel stade ? (phase aigue, en post-hospitalier...)

B. TRAME D'ENTRETIEN :

Nous allons parler du dernier patient atteint d'un AVC (quelque soit le type) en phase aigue que vous avez pris en charge

1. Si je vous dis AVC, vous pensez à quoi ?
2. C'était quand et c'était où ?
3. Qu'est ce qui vous a fait penser à un AVC chez ce patient? Comment posez-vous le diagnostic d'AVC en général?
4. Est-ce que vous avez pensé à un diagnostic différentiel ou cela vous a paru évident ?
5. Comment avez-vous pris en charge ce patient ?
 - Recueil d'informations auprès du patient (facteurs de risque, antécédents, traitements en cours, début des symptômes), transmission des informations aux différents acteurs ;
 - Informations transmises au patient, à la famille ;
 - Traitement immédiat, gestes à faire ou ne pas faire;
 - Parcours du patient : orientation, transfert en milieu spécialisé, délai de prise en charge, le patient est-il accompagné ou demandez-vous qu'il soit accompagné ?
 - Qu'est ce qui motive l'urgence (si le médecin utilise le terme « urgence »)
 - Qu'est ce qu'on va lui faire L'Hôpital selon vous;
 - Moyens mis en œuvre pour vous aider à votre prise en charge ;
6. Que pensez-vous de votre prise en charge ?
7. Et en général, comment prenez-vous en charge un patient atteint d'un AVC en phase aigu (à prendre en note si son attitude thérapeutique diffère de celle mentionnée auparavant)
8. Quelles sont les difficultés au diagnostic et à la prise en charge ?
 - Relation avec les correspondants hospitaliers, disponibilités des différents partenaires, relation avec la régulation SAMU.
9. Que pensez-vous de la place du médecin généraliste dans la prise en charge d'un patient atteint d'un AVC en phase aigue et comment l'envisagez-vous dans l'idéal? avez-vous des idées pour améliorer et renforcer votre rôle ?
10. Recherchez-vous des informations sur ce sujet ? Si oui, où la cherchez-vous ? (référentiels, recommandations)
11. Qu'est ce qui pourrait vous aider dans votre prise en charge ? Quelles informations et quels moyens avez-vous besoin pour vous aider à poser le diagnostic, à la décision de votre attitude thérapeutique? Sous quelle forme ?
 - Informations pour les soignants;
 - Information pour le patient
 - Education sanitaire
 - Intérêt d'un compte-rendu d'hospitalisation, les retours sur la prise en charge en milieu spécialisé et le devenir du patient.

ANNEXE 4 : TRANSCRIPTION DES ENTRETIENS

ENTRETIEN N°1

E : Quand je vous dis AVC vous pensez à quoi ?

S1 : Accident vasculaire cérébral moi je dirais euh... (Silence) il ne faut pas trainer quoi.

E : Urgence ?

S1 : oui

E : Dans l'accident vasculaire cérébral, incluez vous aussi l'AIT ?

S1 : Oui, enfin, tout accident neurologique aigu euh... d'installation rapide, soit une parésie, une paralysie faciale, une hémiplégie... rires

E : D'accord, et donc le dernier patient pour qui vous avez suspecté un AVC c'était quand ?

S1 : C'était donc au mois de mai.

E : Et ça s'est passé comment ?

S1 : Donc c'est un type qui a 72 ans, et qui vient me voir deux jours après euh... avoir une parésie du membre supérieur gauche, une paralysie pardon. Complète du MSG qui a duré 45 minutes, qui a récupéré totalement en moins de 24 h, et il est venu 48h après son accident, ça ne l'a pas inquiété autre mesure (rires) il s'est dit bof et euh... donc je l'ai vu 48 h après avec un examen neurologique strictement normal

E : Il avait un terrain particulier ce patient ?

S1 : Oui HTA, hyper cholestérol, diabète, tabagisme sévère. Il avait déjà eu une endarteriectomie de euh... pardon pas une endarteriectomie, un pontage de l'artère fémorale enfin bref c'était un poly artériel diabétique avec des FDR gros comme...

E : D'accord, et quand le patient est venu 48h après quelle a été votre PEC à ce moment la ?

S1 : Mais pas grand-chose de plus, dans la mesure où il était déjà sous aspirine du fait de son artérite, euh, je lui ai seulement demandé de faire un TDM cérébral à 3 semaines, 3 semaines 1 mois, pour voir pour essayer de faire faire une imagerie sur son accident vasculaire, euh je lui ai demandé de faire un écho-doppler des TSA et justement c'était négatif.

E : D'accord, qu'est ce qu'ils ont trouvé ?

S1 : Je ne me souviens plus euh (regarde sur son ordinateur), on va trouver tout de suite, donc c'était une sténose serrée de la carotide gauche, l'écho doppler retrouvait une lésion chiffrée à 90%. Donc a priori c'était le point de départ de son accident vasculaire sachant qu'il avait déjà eu effectivement une écho doppler des membres inf. mais il avait jamais fait les TSA, je l'avais envoyé voir un angiologue mais il fait que les membres inférieurs et il dit de revenir pour les TSA. Et effectivement en lui faisant il lui avait dit de le faire mais ça jamais été fait. Et en pratique ça ne soufflait pas, sa lésion ne soufflait pas du tout. J'ai demandé un écho-doppler sans symptômes. C'était tout de suite comme ça je me suis dit on va quand même aller voir (rires) parce que comme il était déjà sous anti-agrégant.

E : Donc c'est vous qui avait géré cette prise en charge d'ici du cabinet ?

S1 : Oui tout à fait en fait comme il était sous aspirine, on a fait plavix aspirine pendant un mois le temps de faire le scanner et (regarde son ordinateur), ils n'ont rien trouvé au scanner, absence de lésion parenchymateuse pouvant témoigner d'un AVC. On n'a pas fait d'IRM

E : Et il n'avait jamais fait d'autres épisodes avant ?

S1 : Non

E : Et pourquoi est il venu au bout de 48h ?

S1 : Ça a inquiété sa femme

E : Sinon il ne serait pas venu ?

S1 : Non (rires), j'en suis sûr. En médecine générale, à la différence de l'hôpital, c'est avec les suivis, tout ces trucs là, avec les symptômes on a l'impression que les gens ils ne viennent pas parce que ça les inquiète pas, parce que voilà, et il débarque en disant j'ai une espèce de truc (rires). Alors que pour nous c'est un peu bizarre, mais c'est comme ça, euh donc lui ça ne l'inquiétait pas et c'est sa femme que ça inquiétait.

E : Et quand vous les avez vu vous avez tout de suite pensé à ça ?

S1 : Oui vu le terrain et vu la description qui m'ont faite, c'était évident, je ne voyais pas ce que cela pouvait être d'autre. Alors ça pouvait être une ischémie aigue, ou alors j'en sais rien... mais vu la récupération.

E : Et vous avez dit quoi à la famille ?

S1 : De quoi que c'était urgent ? Lui cela l'a fait rigolé donc voilà (rires) mais elle ça l'a fait moins rigolé. Je lui ai dit vous savez c'est pas mal un petit caillot, c'était que le bras mais cela aurait pu rester, vous auriez pu rester paralysé. Depuis à posteriori il est un peu meilleur sur son diabète ça l'a un peu effrayé quand même.

E : Et la pour ce type de situation vous avez le même type de raisonnement ? Là vous ne l'avez pas hospitalisé car c'était à 48 heures ?

S1 : Oui il y a toujours comment on appelle ça le délai on a 3h pour une éventuelle thrombolyse je ne sais pas si on arrive à le faire, vous savez je travaille un peu aux urgences et ça marche jamais (rires). Et même en passant par le SAMU. C'est terrible mais les 3h je ne pense pas que ce soit possible moi ça m'est pas encore arrivé d'avoir quelqu'un qui m'appelle ou qui nous appelle et que je vais voir avec une suspicion d'accident ischémique euh... Pour qui on essaie, on fonce, on arrive toujours à la bourre. Je ne pense pas que ce soit notre faute. Enfin l'évolution par rapport à ça, cela ne devrait plus passer par nous mais il faut qu'on explique ça aux gens c'est de la médecine préventive. C'est comme quand on a une douleur thoracique maintenant ça les gens ont compris qu'il faut appeler le SAMU mais pour l'accident vasculaire cérébral c'est zéro. À mon avis c'est zéro. C'est que des campagnes nationales qui peuvent les sensibiliser, à part quelques anxieux qui vont noter ça dans leur tête. Les autres ça va leur passer à côté.

E : Le retard de prise en charge est alors lié au patient selon vous ?

S1 : Tout à fait, le fait qu'ils ne soient pas sensibilisés simplement. Pour eux, ils ne savent pas trop. Après il y a toujours l'histoire de la congestion cérébrale et compagnie, mais il faut avoir une hémiplégie complète, là cela les inquiète. Mais quand on a des accidents incomplets comme ça, c'est plus difficile.

E : Qu'est-ce que vous avez pensé de votre prise en charge ?

S1 : Ce que ce que j'en ai pensé ? Je n'en ai pas pensé. Maintenant je peux y penser. Ce que j'en ai compris, à 48 heures, on est plus dans l'urgence il faut juste faire le bilan étiologique, qu'on a fait assez rapidement.

E : Et c'est vous qui avez appelé les différents intervenants ?

S1 : Non, pour un scanner à un mois, on arrive à avoir un scanner à un mois et c'est la femme qui a dû prendre le rendez-vous. Je n'avais pas dû précipiter les choses comme je n'avais pas de souffle. Car quand on a un signe d'appel on est plus motivé. (Regarde son ordinateur). Il a eu un écho Doppler. Après il n'y a pas eu que ça il a eu un avis cardiologique, on a refait un écho-doppler. Avec le cardiologue et un écho trans-œsophagien. Ah oui, ça ne s'est pas passé tout à fait comme ça désolé ! Pour l'écho Doppler, je l'ai envoyé voir le cardiologue à l'hôpital et qu'est-ce que j'ai fait...il l'a vu un jour après et c'est lui qui a fait l'écho Doppler et qui a organisé le bilan. Écho Doppler machin chose pas le scanner. Il m'organisait ça sur une journée. L'écho Doppler montrait une conclusion étonnante avec 95 % de sténose avec une indication d'un traitement chirurgical de la carotide gauche donc effectivement il y a eu un délai entre le moment où je l'ai vu et il a fait tout ça il y a eu un peu plus de 15 jours et le scanner 15 jours après donc un mois après, mais on dit de le faire un mois après, je ne sais pas si cela a changé.

E : Difficulté de prendre en charge ?

S1 : La difficulté c'est toujours la même ça va nous prendre du temps la c'était rapide car entre structure on s'envoie par mail mais en fait quand on veut un avis plus rapide c'est monstrueux. Comme si on allait jusqu'au bout on voudrait un avis neurologique, alors là non ce n'est pas possible je vais être honnête, ce n'est pas possible. Téléphoner à l'hôpital pour avoir une consultation neurologique. Oui alors dans six mois possible avec M..... Même en ville. Donc pas d'avis neurologique pour ce patient ce qui aurait pu être le summum. Donc je ne l'ai pas fait. Mais maintenant ils veulent faire un truc une unité neuro vasculaire je crois. Mais c'est pour ça que dans cette prise en charge il n'y a pas eu de neurologues. C'est vrai c'est du vasculaire donc c'est vrai qu'un cardiologue ils sont assez réactifs, ils peuvent traiter beaucoup de choses. C'est vrai avec eux, ils vont vite. Au niveau neurologique chartraine, même en aigu, en cas de sclérose en plaques, on a un avis neurologique quatre mois après sauf sur l'hospitalier ou si les signes neurologiques sont graves. Nous on ne va pas hospitaliser quelqu'un qui ne veut pas se faire hospitaliser avec des petits symptômes mais on peut les appeler même pour les joindre c'est compliqué ! Mais l'organisation c'est le bordel ! Quand ils arrivent à Dreux, j'en ai un ou deux patients ils ont intégralement un bilan très rapidement, ils ont un traitement, ce qu'il fallait rapidement mais ce n'est pas le cas de tout le monde. Ils n'ont pas eu une thrombolyse car ils sont arrivés à la bourre comme toujours. Là il y a une prise en charge spécialisée adaptée pas bidouillée comme nous, j'espère ne pas avoir trop bidouillé. Mais je pense ne pas être dans les recommandations mais c'est comme ça. On sait que dans tout ce qui est accident urgent on est rarement efficace.

E : quelle est la place du médecin généraliste dans la PEC de l'accident vasculaire cérébral ?

S1 : Ça ne devrait pas être notre place si on veut être honnête, ça devrait être le SMUR comme pour l'infarctus du myocarde mais c'est toujours nous sauf en cas d'hémiplégie ou les gens se disent mince et appellent tout de suite le SAMU. Je pense qu'on est assez proche d'eux, et puis j'ai des souvenirs de gens qui nous appelaient en nous disant j'ai quelqu'un qui a fait une hémiplégie à la maison et qui nous appelle directement sans appeler le SAMU. Ils ont appelé sans préciser pourquoi, en pensant que c'était une courtoisie. Je viens pour renouveler le traitement et la merde, euh... on y va quoi... La je l'ai

envoyé à l'hôpital tranquillement car il avait son traitement.

E : Instaurez-vous des traitements en urgence ?

S1 : Là non, je repense à ce papy -là, il avait 85 ans, un peu fatigué, je ne pense pas qu'il aurait pris la décision d'un traitement en urgence.

E : Cela vous arrive de mettre un traitement d'urgence ?

S1 : De quoi faire une piqûre d'HBPM ? Pour les AVC ? Dans mes souvenirs non. Et les HBPM dans les AVC c'est un peu récent. Moi dans les récents je me souviens pas d'avoir fait ça. Moi je les vois on n'appelle pas le smur mais j'appelle une ambulance. En plus je n'ai pas une population très âgée et donc pas de gens susceptibles de faire un AVC.

E : Recherchez-vous des documentations sur l'AVC ?

S1 : Ben, je lis mes journaux, non j'avais une journée de formation médicale continue à Tours en Septembre sur les urgences neurologiques, qui m'avait fait tout un topo sur l'accident vasculaire cérébral en insistant sur le fait que ça aille vite, c'était il y a trois ou quatre ans pas plus.

E : Et elle insistait sur votre rôle en tant que médecin généraliste ?

S1 : La preuve c'est qu'elle est venue faire ça, c'est un peu une façon de sensibiliser les professions là-dessus.

E : Faites-vous des formations à côté ?

S1 : Non

E : Vous travaillez aux urgences ?

S1 : Non

E : Vous aimeriez avoir plus d'informations ?

S1 : Ben non, c'est assez organisé dans ma tête suite à ce topo, c'était un atelier ça dure 2h. C'était intéressant car c'était une notion que nous on n'avait pas enfin moi que je n'avais pas. Moi je me souviens que quand j'étais étudiant, la thrombolyse avait été essayée et vite abandonnée car il y avait eu trop de morts (rires) l'étude avait montré qu'il y avait trop de morts. Je ne sais pas quelle est la différence maintenant. Les produits sont peut-être différents ou les critères de sélection sont un peu différents, mais je ne les connais pas. Nous on nous avait appris, on ne thrombolyse pas ça ne marche pas. Effectivement il y a quelques années c'est revenu en disant qu'on va faire ça.

E : Quand avez-vous passé votre thèse et où ?

S1 : À Tours en 1992

E : vous êtes installé depuis quand ?

S1 : 1993.

E : Quel est l'âge de votre type patientèle ?

S1 : Jeune

E : quel est votre type de patientèle ?

S1 : Semi urbaine.

E : Êtes-vous régulateur SAMU ?

S1 : Oui

E : Quels sont vos activités à côté du cabinet ?

S1 : Je travaille aux urgences une fois tous les 15 jours et je suis spécialisé en tabacologie.

E : Quelle est la fréquence d'AVC au cabinet ?

S1 : Depuis le début de l'année ce n'est pas beaucoup. Au moins un j'en suis sûr qu'il y en ait eu deux on va dire trois maxi.

ENTRETIEN N°2

E : depuis quand êtes-vous thésé ?

S2 : En 1983 à Reims

E : depuis quand êtes-vous installé ?

S2 : Depuis 1984.

E : Quel est votre type de patientèle ?

S2 : Semi rural. Plus rurale il y a 20 ans, beaucoup de gens de la région urbaine.

E : Faites-vous des formations à côté en neurologie ?

S2 : J'ai fait une année de stage d'internat en réanimation ce qui m'a beaucoup servi.

E : Avez-vous des activités à côté du cabinet médical ?

S2 : Non

E : quelle est la fréquence des AVC par an ?

S2 : Un par an, en post- hospitalisation, on n'en voit plus.

E : Quel est votre âge ?

S2 : 53 ans

E : êtes-vous régulateur SAMU ?

S2 : Non

E : Quand je vous dis AVC vous pensez à quoi ?

S2 : alors je pense à quoi... Gros malaise non mais écoutez je ne sais pas à quoi je pense.

E : La première idée ?

S2 : Je pense à la symptomatologie plus qu'à la cause. Donc je ne sais pas aphasie, hémiplegie, des choses comme ça.

E : Quand vous entendez AVC est-ce que cela a la même signification d'infarctus du myocarde en termes de prise en charge ?

S2 : Euh oui

E : la dernière fois que vous avez suspecté un accident vasculaire cérébral c'était quand ?

S2 : C'était à votre place dans mon cabinet en direct.

E : Il y a combien de temps ?

S2 : Il y a trois à quatre mois avant les grandes vacances et donc il venait pour un renouvellement de traitement classique, antécédents d'hypertension artérielle, pas de facteur de risque particulier, et... J'étais en train de lui prendre sa tension et j'ai trouvé qu'il commençait à raconter n'importe quoi. Et qu'au niveau de l'auscultation, il n'était pas régulier franchement quoi. Je lui ai dit vous allez-vous vous asseoir et on va en discuter et la vraiment il commence à raconter n'importe quoi d'un seul coup.

E : Donc brutalement ?

S2 : Je l'ai vécu en direct, et... Je lui ai dit surtout ne bouger pas et il a voulu se lever, et il s'est cassé la figure par terre et la ça était instantané. C'est-à-dire au départ c'était aphasie, pas tellement désorienté d'ailleurs paradoxalement. Et puis l'hémiplegie s'est installée assez rapidement. J'ai appelé le 15 qui m'a envoyé les pompiers.

E : Donc les symptômes sont arrivés tout de suite ? Au bout de combien de temps ils sont arrivés ?

S2 : Le temps que les pompiers arrivent, ça paraît toujours un temps fou. Dans la mesure où la salle d'attente est pleine en plus, je ne sais pas ils ont mis un quart d'heure 20 minutes.

E : Et après vous savez où ils l'ont emmenée ?

S2 : Nous on travaille avec l'hôpital de Chartres.

E : Comment ça s'est passé ?

S2 : Le patient était conscient, vous dire qu'il était tout à fait cohérent c'était peut-être autre chose. Il était allongé par terre dont je l'ai installé par terre en position de sécurité comme j'ai pu. Je lui ai parlé tout le temps et j'ai attendu que les pompiers arrivent et les pompiers l'ont pris en charge donc je leur ai tout raconté. Entre-temps je je l'avais réexaminé, repris sa tension artérielle etc. Les pompiers l'ont chargé et je l'ai emmené jusqu'au véhicule je suis allé jusqu'au véhicule avec lui et puis je lui dis que j'appelais sa femme.

E : Quelles informations avez-vous donné au patient ?

S2 : Je ne suis pas rentré dans les détails, et qu'il allait à l'hôpital rapidement mais je ne suis pas rentré dans les

détails dans la mesure où je ne suis pas sûr qu'il comprenait tout en plus est un monsieur assez âgé.

E : Il avait quel âge ?

S2 : Plus de 80 ans.

E : Avez-vous donné des informations à la femme ?

S2 : Que son mari avait fait un malaise qu'il avait été emmené à l'hôpital.

E : Avez-vous évoqué le diagnostic d'accident vasculaire cérébral ?

S2 : Oui tout de suite. Devant la façon de parler qui s'est détériorée d'un seul coup j'ai pensé tout de suite. C'est la première fois que cela m'arrivait. Après le monsieur m'a dit que j'ai eu de la chance en fait il avait eu de la chance car je lui avais donné rendez-vous pour le lendemain et il s'est trompé de jour. 1h en avance et comme vous êtes là je vous prends.

E : et quelle a été la prise en charge à l'hôpital ?

S2 : En fait les pompiers sont très efficace il vous redemande le traitement la pression artérielle.

E : Il demande l'horaire du début des symptômes ?

S2 : Non, spontanément je leur ai dit et après ils nous repassent le régulateur du SAMU à qui on fait notre rapport.

E : Pas besoin de courrier alors ?

S2 : En attendant les pompiers j'en avais fait un quand même car j'avais le temps.

E : Dans ces cas là ce n'est pas vous qui appelez le neurologue ?

S2 : Non ils sont hospitalisés puis on reçoit les comptes-rendus hospitaliers.

E : Quel est le rapport que vous avez avec les neurologues hospitaliers ?

S2 : Pas terrible sincèrement. C'est vrai qu'apparemment il y a quelques problèmes au niveau du personnel, qui ne sont pas assez nombreux, ce qui est neurologie rhumatologie c'est infernal. Les comptes-rendus hospitaliers on les reçoit parfois deux mois après.

E : Et vous ne travaillez pas avec Dreux ?

S2 : Non c'est très rare.

E : Vous connaissez les traitements d'urgence ?

S2 : Je n'ai aucune idée de sur ce qu'ils font. Les délais de prise en charge ? Je ne sais plus que dans les 2h non ? On essaie de faire au plus vite rire.

E : et l'accident ischémique transitoire ?

S2 : Un casse-tête chinois (rires) pour identifier ce n'est pas évident, un, on a l'interrogatoire, on doit faire les examens complémentaires etc., mais c'est craint pas évident d'évoquer le diagnostic.

E : Vos patients vous en parlent facilement ?

S2 : Oui ils en parlent et peuvent venir pour ce motif

E : dans votre prise en charge est-elle la même en cas d'A IT ?

S2 : AIT, non, le dernier qui a fait un AIT et la femme l'a emmenée directement à l'hôpital, mais il avait totalement récupéré une fois arrivée à l'hôpital. Moi ça m'est arrivé une fois en direct un, il a piqué de la tête, mais ne sachant pas que cela pouvait entraîner, un trouble du rythme, une paire de connaissances, c'était l'hospitalisation directement.

E : AIT, vous arrive à gérer ?

S2 : Ça dépend des fois, quand vraiment je suis pratiquement sûr que c'est ça je n'arrive pas évoquer un autre diagnostic comme par exemple il a déjà eu une échographie des TSA là je fais l'hospitalisation. Mais si doute je fais les examens en ambulatoire. Mais ça dépend de la période si on va tomber sur le week-end de Pâques, que je n'ai pas un confrère qui peut le prendre rapidement

j'aurais tendance à l'hospitaliser. Autrement si je peux avoir les rendez-vous rapides avec des confrères, je le fais en ambulatoire je prends les rendez-vous.

E : Que pensez-vous de la place du médecin généraliste ?

S2 : Quand on est là, la les choses ont un peu changé. Avant quand il y avait des urgences, on nous appelait on plantait des consultations, on faisait la prise en charge et on hospitalisait etc. La c'est vrai que cela évolué et on est les premiers à avoir poussé les patients à le faire en cas de sentiment d'urgence d'appeler le 15 ne pas traîner. Donc en fait il est très rare qu'on voit les urgences.

E : Les patients sont-ils sensibilisés aux urgences neurologiques ?

S2 : On essaie de les sensibiliser.

E : Et qu'elle avait avez-vous ressenti les difficultés ?

S2 : Non à partir du moment qu'il a commencé à bredouiller.

E : Et des difficultés par rapport à l'accident ischémique transitoire ?

S2 : Oui ça dépend de la disponibilité des confrères du temps et des symptômes difficiles.

E : Faites-vous des formations voulez-vous des informations à ce sujet ?

S2 : Non, à la limite au niveau des symptômes, organiser l'hospitalisation il n'y a pas de souci, peut-être ce dont on aurait besoin, et ce qu'on peut faire quelque chose de cabinet au niveau de l'évolution des traitements. Or quand on sait que maintenant il existe traitement immédiat nous on a plus grand-chose à faire.

ENTRETIEN N°3

E : Quand je vous dis AVC vous pensez à quoi ?

S3 : Ce qui peut être transitoire ou définitif. Il y a certains patients qui récupèrent presque totalement, avec beaucoup de séquelles professionnelles et personnelles, une vie qui bascule tout ou rien, du jour au lendemain et au quotidien. En tant que médecin traitant, de famille, on a à gérer les difficultés au quotidien, euh... du patient lui-même. Et puis il y a l'urgence à gérer ou bien appeler directement le 15, j'ai plusieurs consultants neurologues qui interviennent dans les Yvelines, qui ont une sensibilité à l'AVC et qui essaient d'avoir avec un accord radiologique, d'avoir un scanner ou une I.R.M. le plus tôt possible pour affiner le diagnostic et utiliser la meilleure stratégie thérapeutique

E : Vous travaillez beaucoup avec la région parisienne ?

S3 : Chartres et Rambouillet, dans ce cas particulier dans le cas de l'AVC c'est ce confrère avec qui je travaille uniquement pour l'AVC. Car sinon je travaille en local pour des autres pathologies neurologiques sinon avec Paris. C'est ce confrère à Rambouillet qui travaille bien et ce qu'il a fait pour ce patient. Donc ce patient a présenté en fait un malaise, une perte de la vision d'un œil, un trouble de la force musculaire unilatérale et des troubles de la parole. Par chance, je l'ai conseillé de prendre tout de suite un Aspégic®, et je lui ai conseillé d'aller voir ce confrère, qui a pu avoir très rapidement une imagerie et par chance ça a totalement régressée mais pas chez d'autres.

E : Elle vous a appelé ?

S3 : Elle m'a appelé en me disant j'ai un souci !

E : Elle est venue vous voir ?

S3 : Alors elle est venue me voir directement accompagnée de son mari car elle lui avait du mal à gérer la conduite, très rapidement amenée par son mari. J'ai

appelé directement ce confrère qui était facilement joignable à son cabinet comme c'était une heure convenable de la journée. Il lui a demandé de venir la voir et de l'a acheminé vers une imagerie.

E : C'est arrivé quand ?

S3 : Juste au moment des vacances en fait.

E : En combien de temps sont arrivés les symptômes ?

S3 : Dans les 2h qui ont précédé son appel. C'était rapidement. Elle a quand même entendu parler de l'AVC et est au courant de certaines choses. Mais chez d'autres patients où il est arrivé la même chose, la plupart a quand même entendu parler, l'entourage du patient a entendu parler de l'AVC et quand il y a perte de force musculaire, de toute façon ils appellent tout de suite auprès de nous. Ou auprès du 15 ou les pompiers. Seulement, il me semble que c'est plus rapide maintenant qu'avant. Il y a une petite conscience de l'urgence de la part du patient et de l'entourage.

E : vous étiez certain du diagnostic ?

S3 : Vu tout ce qu'elle m'a dit, j'étais quasiment sûr du diagnostic

E : Avez-vous pensé à d'autres diagnostics ?

S3 : Chez elle, une maladie, une sclérose en plaques, maladie de Charcot, sclérose latérale amyotrophique, cela me paraissait curieux. Donc c'était le plus logique chez elle et puis elle y pensait aussi forcément.

E : Et dans le cas d'un patient atteint un accident vasculaire cérébral qui n'est pas médecin quel est votre prise en charge ?

S3 : Il connaît l'accident vasculaire cérébral en utilisant des termes plus simples, comme « transport au cerveau » dans les campagnes. Ils ont souvent un parent, un ami qui a eu cela et le terme d'hémiplégie ils le connaissent. Il me semble qu'il y a eu des campagnes de sensibilisation et les gens ont vu les dégâts que cela faisait. Pour les gens touchés il me semble qu'il y a une certaine sensibilisation des patients à ce sujet.

E : Et quand vous voyez un patient au cabinet ou en visite à domicile quelle est votre prise en charge ?

S3 : J'utilise le même type de procédé, appel soit du 15 ou du confrère en question pour avoir une prise en charge par les pompiers et le SMUR la plus efficace possible pour gagner du temps, avoir une imagerie, gagner du temps, on est quand même, que même si c'est un peu moins vrai dans l'accident vasculaire cérébral que dans l'infarctus, que si on veut un système d'anti coagulation rapide on essaie de gagner du temps et un système de thrombolyse donc il y a des structures qui se mettent en place pour gagner du temps. Il me semble que pour moi praticien de base, il me semble que c'est pas mal cette mise en place plus ou moins structurée.

E : Que savez-vous de la thrombolyse ?

S3 : J'en avais entendu parler dans les revues professionnelles je ne sais pas plus que ça.

E : Vous vous informez sur ce sujet ?

S3 : Oui oui. Ce qui est intéressant dans la neurologie en général il y a quand même beaucoup d'abstracts qui sortent et je suis très Internet, des articles condensés. C'est vrai ce qu'il se passe dans la sclérose en plaques, dans l'accident vasculaire cérébral dans la maladie d'Alzheimer, c'est quand même des choses qu'on rencontre dans la médecine générale et qui sont très intéressants et pour lequel il y a quand même quelques avancées. Et voilà c'est dans un article comme ça que j'ai entendu parler de la thrombolyse.

E : Et pour ce patient ça s'est passé comment ?

S3 : Elle a été au rendez-vous dans la journée avec son mari et le confrère a pu avoir un scanner et donc il y avait un mini défaut qui laissait suspecter au moins un accident ischémique transitoire, sans autre liaison associée. En plus c'était réversible. Quand je l'ai revu moi, elle est arrivée tout à fait normale.

E : Ils sont restés sur quel diagnostic ?

S3 : Un diagnostic d'accident ischémique transitoire voilà avec une récupération totale.

E : Est-ce que pour d'autres patients vous avait la même attitude diagnostique et thérapeutique ?

S3 : Oui c'est la même procédure. Il est arrivé pour d'autres patients que la famille m'appelle en me disant au domicile qui ne bouge plus, si je ne peux pas me déplacer dans l'immédiat je leur propose d'appeler le 15 et de dire que c'est pour une suspicion d'hémiplégie et d'accident vasculaire cérébral. Cela permet de gagner du temps par rapport au fait qu'on ne peut pas toujours venir tout de suite. Je sais que maintenant ils appellent souvent le 15 et que tout est mis en mesure pour que ce soit rapide avec l'accès à une imagerie rapidement permettant un diagnostic précis, thrombolyse ou s'il n'y a pas de thrombolyse la mise en place d'un traitement par Aspégic®, de Plavix® ou les deux.

E : Et quand vous voyez le patient, vous appelez l'hôpital ?

S3 : Quand j'appelle le 15, c'est souvent les pompiers, ils préfèrent garder le SMUR pour la suspicion d'infarctus du myocarde en plus comme on est un peu loin de la base donc je transmets par radio l'information. Il s'arrange pour libérer entre le moment où le patient quitte mon cabinet et l'arrivée à l'hôpital de libérer un créneau d'imagerie. Quand on fait appel aux 15 comme on a un médecin régulateur pas besoin du courrier. Tandis que pour une hospitalisation classique là je fais un mot.

E : Quels moyens de transport choisissez-vous dans ce cas-là ?

S3 : À moins d'avoir des soucis pratiques avec l'ambulance ce qui a pu arriver, je privilégie l'ambulance à moins que la famille soit là et opérationnelle mais pas pour l'AVC. On essaie d'être le plus réactif. Si l'ambulance ne peut pas être là avant 2 ou 3h et que le patient est transportable là je dis à la famille de le transporter en faisant le mot pour les urgences. J'essaie de m'adapter au quotidien, les conditions techniques, au patient, au dispositif et de faire au mieux par rapport au patient.

E : Ressentez-vous des difficultés dans cette prise en charge ?

S3 : L'âge du patient ! Quand il y a une patiente de 85 ans, diabétique hypertendue avec troubles du rythme et que tout cela contre-indique l'injection, même si cela ne contre-indique pas le scanner le radiologue ne fera pas l'effort de la prendre en urgence. Mais si cela a un bon pronostic assez clair on ne gère pas la volonté du radiologue de la prendre. Ainsi par rapport aux différentes pathologies ou certaines allergies, qui fait que cela va compliquer la prise en charge en urgence. La saturation du système aussi avec la pénurie tant matérielle qu'humaine pour ce type d'endroit en France. À part Paris intra-muros ça devient très compliqué cette prise en charge.

E : Et avez-vous ressenti certaines difficultés par rapport à l'accident vasculaire cérébral ?

S3 : Non c'est le temps comme dans toutes les pathologies d'urgence. Il y a aussi le choix du médecin régulateur, du 15 souvent quand les personnes sont âgées.

J'en ai eu une où elle a eu le scanner en décalé avec une prise en charge en ambulatoire.

E : Avez-vous des difficultés par rapport au diagnostic d'AVC ?

S3 : Pour la plupart des patients c'est assez évident pour l'AVC

E : Et dans le cas de l'AIT ?

S3 : Pour la plupart des cas oui contrairement à la douleur thoracique, pour nous et pour la famille c'est assez évident.

E : Que pensez-vous de la place du médecin généralisant cette prise en charge ?

S3 : Il me semble important car c'est souvent nous que le patient appelle, moins dans les zones semi rurales, que notre place est importante pour le diagnostic pour assurer le patient et quand même pour appeler éventuellement le confrère. On ne peut pas dire centrale mais importante tout de même.

E : Cela vous semble-t-il respecter ?

S3 : Il me semble que oui globalement. Indépendamment des choses admises du médecin généraliste, la plupart des hospitaliers sont plus ou moins libéraux à temps partiel. Ils savent nos difficultés. Il y a une entraide un vrai dialogue. Entre Chartres Rambouillet et Dreux il y a un bon contact un bon retour au cas particulier. Cela se passe bien ce n'est pas toujours le cas.

E : Qu'avez-vous pensé de votre prise en charge ?

S3 : Je pense à avoir fait ce qu'il fallait. Elle était contente.

E : Vous aimeriez avoir recours à plus d'informations à ce sujet ?

S3 : Pourquoi pas je suis toujours dans la formation. Je participe une à deux fois par semaine à des formations professionnelles et justement une à deux fois ce sujet avec ce confrère qui nous avait expliqué qu'il avait mis en place ce type de structure et en accord avec le scanner et l'I.R.M. Lui était libéral sur Rambouillet et attaché à l'hôpital, il a mis en place une structure AVC.

E : Depuis quand êtes-vous installé ?

S3 : 18 ans

E : Quand est-ce qu'avez-vous passé votre thèse ?

S3 : J'ai passé ma thèse en 1992 à Paris

E : Quel âge avez-vous ?

S3 : 48 ans

E : Comment qualifiez-vous votre patientèle ?

S3 : Une patientèle assez jeune semi rurale.

E : Êtes-vous régulateur SAMU ?

S3 : Non

E : À quelle fréquence rencontrez-vous des AVC en phase initiale ?

S3 : Trois par an

ENTRETIEN N°4

E : Si je dis accident vasculaire cérébral vous pensait à quoi ?

S4 : Je pense à mon dernier patient. On va l'appeler M. Claude 67 ans qui est traité pour hypertension artérielle pour lequel elle était diligentée par une échographie cardiaque. Il vient me voir car il avait une douleur au niveau de la carotide, peut-être un petit souffle non, dont je demande un doppler de la carotide, c'était au mois de mai. Il achetait un appartement en Espagne, il en Espagne par en Espagne pour finaliser son appartement et un soir il a le bras droit toc qui tombe. Il se dit que ses que j'ai vissé toute la journée, sauf qu'une heure après il récupère. Et ne m'en parle pas quand il vient me voir en consultation. Il repart en Espagne avec sa femme, ils

reçoivent des amis et le soir en débarrassant la table, là la main droite encore qui retombe. La sa femme m'appelle inquiète Marie, là il y a un problème. Je lui demande de revenir tout de suite. Là on lui fait un scanner il avait déjà eu son écho de faire artérielle, le scanner on ne voit rien. Je le fais quand même un examen neurologique par un de mes confrères neurologue, il n'y a rien. On lui fait une radio du rachis cervical on trouve une arthrose mais là encore rien de significatif. Il va refaire son doppler et elle m'appelle en disant il doit en train de me faire un accident ischémique transitoire ou un AVC car le bras tombe complètement. Et là il était désorienté se souvenait plus de tout son traitement et les examens qu'il avait eu, et il avait le bras complètement par terre et hop il a été à Dreux. Elle a quand même fait son doppler et disait que c'était une plaque probablement de constitution récente au niveau de la carotide. En fait il a récupéré complètement les deux fois.

E : Quel diagnostic avez-vous évoqué ?

S4 : Quand je les fais revenir, je pense un accident ischémique transitoire, quelque chose de neurologique qui passe comme ça. Et elle lui avait trouvé une sténose de la carotide interne gauche de 65 à 70 %, ça c'était la phlébologue. Moi j'avais pensé un accident ischémique transitoire et la phlébologue quand elle a vu la confirmer.

E : quel bilan avez-vous réalisé, était-il en externe ?

S4 : Oui tout à fait car au départ j'ai tout de suite pensé un accident ischémique transitoire après quand il était à Dreux, ils ont fait une I.R.M. qui montrait une atteinte de l'hémisphère gauche. disait suspicion d'AVC ischémique sylvien postérieur droit à confirmer par une I.R.M. de diffusion. Il a récupéré le 17 il avait une main stable avec Hypoesthésie de l'avant-bras droit, le 19 'il avait récupérés. Donc une probable sténose de la Sylvienne droite avec une origine probable athéromateuse. Et une fois que l'épisode aigu dépassé il en retransférait sur Chartres. Moi dès qu'il y a des trucs comme ça, moi je pense à l'accident ischémique transitoire, mais les gens pensent pas trop qu'est-ce que c'est que ça... Et comme il récupère, s'en occupe pas. Alors il vient nous voir pour en parler mais les gens ne se rendent pas compte.

E : Quel a été le temps entre les deux épisodes ?

S4 : Le premier en mai et le deuxième en juillet.

E : Quand cela s'est passé la deuxième fois ?

S4 : Je lui ai dit de revenir tout de suite, dans les 24 heures. Ouah là j'ai demandé le scanner et je l'avais envoyé voir le neurologue. Je l'avais déjà bilan en cardiologie qui avait rien montré de particulier, le patient était sous Fozitec. Mais c'est une histoire de fou car quand il était chez l'angiologue où il a fait l'AVC on appeler l'ambulance et rapidement il a été pris en charge. Je crois qu'il faut 6h pour la thrombolyse. Je n'ai pas mis de traitement car au départ je ne savais pas ce qu'il avait. Il avait des triglycérides à 1,53 c'est vrai que j'aurais pu baisser à un gramme c'est un homme et de ses antécédents il est maintenant sous Tahor et Kardégic.

E : Quelle information avez-vous transmis au patient ?

S4 : Je lui ai dit méfie-toi ça peut être les prémices d'un AVC. De toute façon ils ont eu la trouille et en plus ce sont des amis donc je ne mâchais pas mes mots. Moi ce qui ne me paraissait curieux et qu'il n'avait pas de souffle carotidien. Il n'est pas sorti sous PLAVIX. Mais cela m'embête un peu qui ne soit pas sous Plavix. J'ai envie de le mettre très vite. Je suis allé à une réunion avec un cardiologue j'ai posé la question sur les AVC pour qu'on met du Tahor 80, il m'a dit que c'était pour fixer la plaque

il fallait la laisser trois mois. Alors que sa tension artérielle était bien. Je ne l'ai jamais vu en crise. je me disais qu'il faisait un truc. Il a été transporté en ambulance, il a été en réanimation il n'a pas eu de thrombolyse mais je crois qu'il a dû avoir un traitement assez fort.

E : Qu'avez-vous pensé de votre prise en charge ?

S4 : Déjà (rires) à distance comme ça je trouvais que c'était pas mal. A la limite, on était contente sa femme et moi qui fasse un truc car il n'était pas persuadé qu'il faisait un truc, il pensait que c'était l'arthrose cervicale je lui avais fait un électromyogramme d'ailleurs qui était normal.

E : Avez-vous le même raisonnement dans ce cas-là ?

S4 : Je demande systématiquement des examens mais faut-il les envoyer à l'hôpital ça je ne sais pas. Car si on envoie un patient qui a totalement récupéré aux urgences la cadre va dire qu'elle me casse les pieds celle-là.

E : Quand je vous dis AVC quel est le premier terme qui vous vient ?

S4 : Hémiparésie cela me fait peur.

E : Et que pensez-vous de la place du médecin généraliste ?

S4 : Je trouve que c'est important il faut être à l'écoute des gens. Et même pour les accidents ischémiques transitoires. Ça je trouve cela important. C'est fastidieux si surnois. Comme les gens récupèrent cela les inquiète pas. Je connais encore quelqu'un qui avait eu un truc qui avait régressé, je le bilanter hé oui et les gens ne comprennent pas pourquoi on demande tous ces examens comme ça. Non je n'ai pas envie qui leur arrive des trucs.

E : Faites-vous des formations à ce sujet ?

S4 : Pendant toutes les études, la neurologie ce n'était pas mon truc. On avait passé le certificat neurologique en un mois. Après c'est avec l'habitude. C'est avec l'écoute des patients il faut vraiment être à l'écoute.

E : Vous aimeriez avoir des formations ?

S4 : Peut-être à l'AMPEL je suis à l'AMPEL. Je ne m'en rappelle pas, je sais reconnaître un AVC faire un scanner cérébral mais j'aurais aimé et surtout pour l'accident ischémique transitoire pour sensibiliser les gens.

E : Quel est le type de votre patientèle ?

S4 : Quel que soit l'âge il y a des gamins que j'ai connus tout petit.

E : Depuis combien de temps êtes-vous installé ?

S4 : Depuis 25 ans avec une population semi urbaine. Je ne comprends pas les urgences de Chartres, ils soignent des angines des douleurs de doigt de pied. Heureusement que mon patient est arrivé le matin ou n'y avait personne car sinon je ne sais pas comment cela aurait évolué je pense qu'il faudra un médecin à l'entrée je suis de l'époque ont évité de nombreux médecins.

E : Quand est-ce qu'avez-vous été thésé ?

S4 : En 1969

E : Depuis quand êtes-vous installé ?

S4 : Depuis 1995 ici cinq ans avant en Guadeloupe.

E : Quand est-ce qu'avez-vous passé votre thèse

S4 : en 76 à Rennes

E : Avez-vous fait d'autres formations ?

S4 : J'ai fait deux ans d'anesthésie.

ENTRETIEN N°5

E : Quand je vous dis AVC vous penser à quoi ?

S5 : Une artère qui se bouche dans la tête.

E : La dernière fois tu as suspecté un AVC c'était quand ?

S5 : Euh... C'était il y a quelques mois, je ne pourrais pas te dire exactement quand.

E : Ça s'est passé comment ?

S5 : C'était un des patients que je suis d'habitude au cabinet qui m'a appelé en urgence au domicile car le monsieur ne répondait plus. Donc j'y suis allé un patient assez âgé, polypathologie, il était notamment sous PREVISCAN. Trouble du rythme. Apparemment, brutalement assez brutalement je me rappelle c'était plutôt après manger il s'est mis à avoir des troubles de la conscience ne pouvant plus parler, à rester couché. Ils m'ont appelé j'y étais allé tout de suite.

E : Ils t'ont appelé combien de temps après ?

S5 : Combien de temps après, je m'en rappelle plus c'était au début d'après-midi. Avant de reprendre mes consultations. Un truc comme ça. Donc tu veux que je te raconte ? C'est sa femme qui m'a appelé.

E : Comment ça s'est passé ?

S5 : Il était dans son lit, il était un peu endormi en répondant vaguement je crois au départ il répondait encore vaguement, j'avais l'impression qu'il s'enfonçait de plus en plus avec des troubles de la conscience. Ce n'était pas évident, car il n'avait pas de signes de localisation. J'avais l'impression de retrouver à Babinski qui n'est pas évident du tout. Pour lever le bras et les jambes ce n'était pas évident non plus.

E : Et qu'est-ce que tu as fait à ce moment-là ?

S5 : Je lui ai fait un examen clinique, je voulais lui faire un dextro bêtement j'ai mon appareil qui ne marchait plus. C'était les piles ou autres chose. J'ai fini par changer d'appareil d'ailleurs. Comme il était sous Previscan, j'ai eu peur que ça se transforme plus vite en AVC hémorragique. J'ai appelé les urgences pour les prévenir de l'arrivée du patient. J'ai appelé une ambulance qui l'emmenait rapidement aux urgences.

E : Est-ce que ta prise en charge a été rapide ?

S5 : À cette heure de l'année la prise en charge est plutôt rapide car l'ambulance vient rapidement. Il est arrivé aux urgences j'ai rappelé après, c'était pas du tout un AVC mais une hypoglycémie.

E : As-tu transmis des informations à l'hôpital ?

S5 : J'ai appelé le 15 qui a géré aux urgences. Il existe souvent un barrage pour avoir des nouvelles est d'autant plus en hospitalisation neurologie.

E : As-tu mis un traitement en route ?

S5 : J'ai appelé directement le 15 de toute façon je n'ai pas le matériel pour perfuser.

E : As-tu transmis les informations à la famille ?

S5 : Je lui ai dit que je pensais que c'était un AVC c'est ce qu'elle avait imaginé aussi.

E : Sa femme s'attendait à ça ?

S5 : Elle s'attendait à plus revoir son mari quand il était dans l'ambulance.

E : Quelle information as-tu transmis au patient ?

S5 : Le patient était complètement comateux.

E : Est-ce qu'ils ont réalisé un scanner aux urgences ?

S5 : Oui. Après il est resté je ne sais pas s'il a eu un scanner en plus il est parkinsonien il doit avoir un terrain poly vasculaire aussi (soupirant) au moins si j'avais eu l'appareil d'expo qui marchait au moins j'aurais su que c'était à ce diagnostic !

E : Il n'était pas diabétique ?

S5 : Non. En tout cas ce n'est pas ce que j'ai évoqué en premier.

E : As-tu pensé à autre chose quand tu l'as vu ?

S5 : Non, je me suis dit ça se trouve il s'est cogné la tête donc il a pu saigner dans la tête, non je pensais vraiment un AVC

E : En général comment tu poses diagnostic d'AVC ?

S5 : En général ce n'est pas aussi massif, je ne sais pas en fonction des symptômes de localisation... L'hémiplégie. J'ai eu d'autres fois où c'était plutôt des accidents ischémiques transitoires, des choses plus faciles selon moi. Je m'étais posé la question une fois, chez une dame qui faisait des troubles au niveau de la vue. Je crois que c'était une hémianopsie d'un côté. Le soir où tout était fermé un truc qui avait débuté brutalement. Qui s'était régressé en quelques minutes et après il n'y avait plus rien, je me suis dit que cela pouvait être ça. Et là comme tout était fermé et c'était totalement régressé, j'avais appelé le neurologue de garde il m'avait dit que cela ne semble pas être neurologie qui m'appelle plutôt l'ophtalmologue de garde. J'avais appelé aux 15-20, il m'avait dit que cela ne pouvait pas être ophtalmologique mais plutôt neurologique (rires) et qu'il faudrait faire un scanner donc il est parti aux urgences pour avoir un scanner. Je ne savais pas si c'était un problème ophtalmo ou neuro. On m'a dit c'est ni l'un ni l'autre j'ai eu peur quand même de la neurologie.

E : As-tu le même raisonnement face un accident vasculaire cérébral ?

S5 : Ben oui, oui. Il y a une fois je me suis posé la question en maison de retraite de quelqu'un qui était déjà grabataire. Je pensais qu'il avait fait un AVC et de lui faire un scanner sans passer par les urgences pour voir si c'était hémorragique et si ce n'était pas le cas de lui mettre des anti-agrégéant simplement. Mais bon ça inquiétait les infirmières donc elle est allée aux urgences.

E : Qu'as-tu pensé de ta prise en charge ?

S5 : Je n'avais pas mon appareil à d'extro pour voir que c'était une hypoglycémie !

E : Mais qu'est-ce que cela aurait changé ?

S5 : Je pense que dans son état je n'aurais pas pu la resucrer mais dans le principe... (Rires)

E : Que penses-tu de la place du médecin généraliste dans la prise en charge de l'AVC ?

S5 : Par rapport à l'AVC ce n'est quand même pas génial. Car en gros ils ont pensé que c'était ça ils ont appelé le 15 ou ils nous attendent qu'on vienne en visite sans trop s'inquiéter, les gens à la campagne peuvent attendre tout le week-end ! Donc c'est difficile soit on ne les voit pas, soit on arrive trop tard.

E : Connais-tu les traitements en urgence ?

S5 : J'imagine qu'il y a le SMUR qui se déplace et qui thrombolyse dans l'ambulance je pense que c'est à Dreux.

E : As-tu recours ou souhaites-tu des formations sur ce sujet ?

S5 : En gros notre place c'est d'appeler le 15, de voir si on est dans les délais d'envoyer en fonction le SMUR. Pour les diagnostics évoqués. Mais c'est quand t'as des trucs importants que c'est plus difficile que l'interrogatoire n'est pas évident. Par exemple la dame est-ce que cela nécessitait un vendredi soir de l'envoyer aux urgences de lui faire passer le week-end aux urgences. Ou est-ce que ce n'est pas du tout suspect d'être comme ça et que ça peut attendre le lundi. J'ai d'ailleurs appelé devant la patiente le 15.

E : Depuis combien de temps es-tu installé ?

S5 : deux ans

E : Quand as-tu passé ta thèse ?

S5 : Il y a trois ans à Tours

E : Comment qualifies tu ta patientèle ?

S5 : Rural je travaille dans un village à la campagne ou semi urbaine en tout cas et varié on a de tout âge.

E : As-tu suivi des formations à côté en neurologie ?

S5 J'ai fait un internat avec un stage aux urgences mais la neurologie, je l'étudiais que pour présenter l'internat.

E : Es-tu régulateur SAMU ?

S5 Non

E Où se trouve l'hôpital le plus proche ?

S5 C'est l'hôpital de Chartres à 15 minutes, une clinique à 10 minutes.

E Quel âge as-tu ?

S5 : 31 ans

E : Quelle est la fréquence des AVC ?

S5 : À peu près deux par an mais on les voit surtout en post AVC.

ENTRETIEN N°6

(E):Quand je vous dis AVC vous pensez à quoi ?

S6 : Accident vasculaire cérébral, avec paralysie d'un hémicorps, pour au moins d'un membre.

E : La dernière que vous avez suspecté un AVC chez un patient, c'était quand ?

S6 : Il y a trois semaines.

E : Et cela c'est passé comment ?

S6 : C'était un monsieur qui avait du mal à se lever, il ne pouvait plus se lever, le maintien à domicile n'était plus possible, j'ai demandé de l'envoyer aux urgences, en fait il a fait un ictus cérébral, chez déjà un homme qui avait des troubles de la marche, il était suivi en neurologie pour ces troubles d'ailleurs.

E : Donc vous l'avez vu à son domicile ?

S6 : Oui je l'ai vu chez lui. Et en parlant avec sa femme, elle me dit qu'il ne peut plus rester à la maison, il ne fait que tomber, il ne peut plus se déplacer seul.

E : Comment cela s'est passé, le patient vous a appelé ?

S6 : C'est la famille, c'est son épouse qui m'a appelé.

E : Et qu'est ce qu'elle vous a dit ?

S6 : Elle m'a dit, il ne peut plus marcher, il ne peut plus se déplacer, il ne fait que de tomber. Il faut que vous veniez le voir.

E : Et vous vous êtes rendu au domicile ? au bout de combien de temps ?

S6 : oui, je me suis rendu à leur domicile. A peu près une heure après.

E : Et quand vous êtes arrivé, qu'est ce que vous avez fait ?

S6 : J'ai déjà pris sa tension, j'ai fait un examen neurologique, mais je l'ai surtout fait mettre debout, pour voir s'il tenait debout ou pas et voir en fait que l'équilibre était très perturbé.

E : Et cela faisait depuis combien de temps que le patient présentait ces troubles là ?

S6 : D'après la famille deux à trois jours.

E : Deux trois jours qu'il était comme ça ?

S6 : Deux trois jours qu'il avait du mal à marcher.

E : Donc vous l'avez examiné, et vous avez pensé à quoi ?

S6 : Comme il avait des difficultés à marcher, j'ai pensé à un accident vasculaire cérébral quoi.

E : Donc cela a été le premier diagnostic, mais avez-vous pensé à autre chose ?

S6 : Non, pour moi cela me paraissait évident. En fait je n'ai pas pensé à un autre diagnostic.

E : A partir de là, qu'est ce que vous avez fait pour ce patient ?

S6 : J'ai fait une lettre pour le médecin des urgences et j'ai fait un bon de transport en ambulance ou sa femme l'a emmené elle-même je ne sais plus.

E : Et ça été rapide cette prise en charge ?

S6 : Ils sont partis une heure ou deux après ma visite.

E : Et qu'est ce que vous avez expliqué au patient et à sa famille ?

S6 : J'ai expliqué à la famille et au patient qu'il fallait faire des examens complémentaires pour confirmer si c'était bien un accident vasculaire cérébral.

E : Vous leur aviez parlé de l'éventuel diagnostic ?

S6 : Je leur en avais parlé, oui.

E : Et vous avez recueilli d'autres informations ?

S6 : Non car c'était un patient que je connaissais bien et que je suivais depuis longtemps.

E : Il avait un terrain particulier pour faire u AVC ?

S6 : Il avait déjà fait un infarctus, et une maladie de Charcot, donc un terrain particulier, avec une hypertension artérielle traitée.

E : A domicile, vous avez mis en route un traitement particulier ?

S6 : Non, j'ai dit à la famille d'appeler l'ambulance.

E : Pour vous était- ce une urgence ?

S6 : Je pensais qu'il ne fallait pas trop tarder à le prendre en charge, c'était mieux ! (rires du médecin)

E : Et la famille n'était pas trop paniqué ?

S6 : Non, car il était seul avec sa femme, habitant au deuxième étage, donc ce n'était pas possible de rester à domicile, et comme il ne pouvait plus se déplacer sans l'aide de sa femme, ce n'était plus possible de rester à son domicile.

E : Dans ce type de situation, avez-vous toujours le même raisonnement ?

S6 : Oui, qu'il aille directement aux urgences pour être pris en charge rapidement

Mais on voit de moins en moins d'AVC, ce qu'on voit souvent sont les AIT, plutôt.

E : Vous en voyez beaucoup des AIT, alors ?

S6 : Non pas trop. Plutôt à posteriori. En post-hospitalisation. Ils ont été aux urgences et on les voit au retour.

E : Le rapport avec les médecins de l'hôpital se passe bien ?

S6 : Oui plutôt, on a le courrier un peu tard, mais il finit toujours par arriver, on voit souvent le patient au retour d'hospitalisation sans même avoir reçu le compte rendu d'hospitalisation. Mais Il y a un bon retour quand même.

E : Pour poser le diagnostic de l'AVC hormis l'hémiplégie, y a-t-il d'autres symptômes qui vous font penser à un accident vasculaire cérébral ?

S6 : Souvent une hémiparésie de la face, en général c'est une hémiplégie, qui ne pose pas le doute du diagnostic.

E : Qu'est ce que vous avez pensé de votre prise en charge pour ce patient?

S6 : On se sent démuné (il baisse les bras) car il y a un traitement à préconiser tout de suite, à faire tout de suite et on a un peu l'impression qu'on doit envoyer les patients tout de suite à l'hôpital, on ne peut pas donner un traitement à domicile, les patients veulent toujours rester à domicile, et bon c'est logique de les envoyer à l'hôpital pour avoir des examens complémentaires et avoir un traitement en fonction de l'étiologie, de ne pas faire n'importe quoi !

E : Votre rôle est donc d'être la première personne à voir le patient ?

S6 : Si vous voulez, en étant médecin généraliste, on est un peu le médecin de terrain, et c'est logique qu'il soit envoyé à l'hôpital et qu'il reçoive le traitement adéquat.

E : Et savez-vous ce qu'ils font à l'hôpital ?

Que savez-vous de la thrombolyse ?

S6 : Ils le faisaient beaucoup, mais maintenant ils ne le font plus je crois. Il fallait les envoyer dans les deux heures. Ce qui est très intéressant, c'est qu'ils font très rapidement le bilan général, le scanner surtout.

E : Et avez-vous ressenti des difficultés dans votre prise en charge ?

S6 : Non

E : Et dans l'évocation du diagnostic ?

S6 : Non, lui et pour sa femme cela paraissait logique, il s'attendait à ce que soit un petit accident vasculaire cérébral.

E : Par rapport à ce sujet, vous avez reçu des formations et recherchez des informations ?

S6 : Non pas trop

E : Et vous vous formez comment par rapport à ce sujet ?

S6 : Déjà, par les courriers et les comptes rendu des confrères c'est une source d'informations.

E : Et pour la prise en charge ?

S6 : Non, je fais de la médecine de terrain.

E : Et vous souhaiteriez de la documentation ?

S6 : Ce serait intéressant, mais il faudrait prendre le temps de faire la formation et de lire la documentation, mais on est submergé par la documentation. C'est dommage quoi ! Donc non !

E : Qu'est ce que vous aimeriez dans cette documentation ?

S6 : Non pas trop

C'est l'affaire des spécialistes

E : Quelle est la place du médecin généraliste selon vous dans la prise en charge du patient atteint d'un AVC ?

S6 : Place de terrain, en première ligne, pas de traitement en première ligne, c'est un peu frustrant.

Mais cela a changé, car il y a quelques années l'accident ischémique transitoire, on l'hospitalisait pas forcément, on disait c'est rien, ça ne se reproduira pas forcément, alors que maintenant je pense que c'est bien de faire un bilan, quand même.

La médecine a changé ! (rires du médecin)

E : vous avez été Thésée en quelle année ?

S6 : 1976

E : vous avez passé votre thèse à quel endroit ?

S6 : à Tours.

E : vous êtes installé depuis combien de temps ?

S6 : depuis 1977

E : Au niveau des formations, vous avez fait d'autres formations sur ce sujet ?

S6 : pendant trois ans j'ai été interne à l'hôpital de Chartres. Mais pas de formation en neurologie depuis mais j'essaie de faire quelques formations quand même en parallèle, quand j'ai le temps.

E : Et vous êtes régulateur SAMU ?

S6 : Oui

E : Votre type patientèle, comment vous la qualifieriez ?

S6 : quasiment urbaine.

E : quel âge a votre patientèle ?

S6 : âgé ! La patientèle vieillit avec nous. Je ne vois plus de nourrissons, cela prend beaucoup de temps et avec l'augmentation des spécialistes en particulier des pédiatres.

E : Votre âge ?

S6 : 63 ans

E : à quelle fréquence rencontrez vous des AVC en phase aigue ?

S6 : cinq à six par an, pas des masses !

E : à quel stade vous voyez le plus d'AVC ?

S8 : plus en post-hospitalisation

ENTRETIEN N°7

E : Quand je vous dis AVC vous pensez à quoi ?

S7 : Urgence

E : Et pourquoi urgence ?

S7 : On est inculquée, (rires du Dr), c'est tout

E : Et la dernière fois que vous avez suspecté ce diagnostic, c'était quand ?

S7 : Il ya deux ans, c'était un poly vasculaire, on m'a appelé il avait une hémiplegie, une aphasie, je l'ai fait hospitalisé directement.

E : C'était à domicile ?

S7 : Oui c'était à son domicile

E : Et qui vous a appelé ?

S7 : Sa femme.

E : Depuis quand les symptômes étaient apparus ?

S7 : Les symptômes ... euh...quelques heures auparavant, en fin de matinée si je me rappelle bien, il avait du se réveiller avec ça.

Il a du déclencher ça dans la nuit, je pense.

E : Vous êtes arrivé à domicile et qu'est ce que vous avez fait ?

S7 : Je l'ai examiné et j'ai appelé le Samu pour qu'on vienne le chercher.

E : Le diagnostic vous a paru évident ?

S7 : Oui

E : Il avait déjà eu des problèmes auparavant ?

S7 : Il était coronarien, il était hypertendu, et dysmétabolique.

E : Et qu'est ce que vous avez dit à la femme ?

S7 : Ben elle s'en doutait du diagnostic.

Elle voulait passer par moi pour formaliser ça sur le plan administratif.

A la limite, Elle aurait pu appeler le Samu directement.

E : Et pourquoi à votre avis n'a-t-elle pas voulu appeler le Samu directement ?

S7 : Non, les gens sont parfois fort respectueux de respecter la hiérarchie et de passer par moi, ce qui est un peu dommage.

E : combien de temps après votre appel le SAMU est-il arrivé ?

S7 : 10 à 15 minutes après.

E : Donc cela a été une prise en charge simple et rapide d'après vous ?

S7 : Oui

E : Et savez vous où il a été pris en charge ?

S7 : Oh ça, Je ne sais pas.

E : Qu'est ce que vous avez donné comme informations à la famille par rapport à ce qu'on allait lui faire à l'hôpital ?

S7 : J'étais pressé et je me suis vite retiré (rires du médecin un peu gêné)

Les informations elles sont venues après quand il est sorti.

E : Et le diagnostic a été confirmé ?

S7 : Oui, le diagnostic a été confirmé.

E : Au domicile vous avez mis en route un traitement ?

S7 : Non, j'ai appelé le Samu et je l'ai attendu, je fais des transmissions orales et je les laisse faire après. Moi j'ai fini mon boulot à ce moment là !!

E : Dans ce type de situations, avez-vous le même raisonnement ?

S7 : Pour un ictus, non là je prends en ambulatoire, je ne l'hospitalise pas. Ça c'est sûr !

Je me rappelle d'une amie qui avait fait un ictus, elle est venue au cabinet quelques jours après et on a fait le bilan en ambulatoire, elle a terminé avec un peu d'aspirine.

L'épisode était totalement régressif mais il était important de faire un bilan en ambulatoire pour voir s'il n'y avait rien en dessous.

E : C'est le seul diagnostic que vous aviez évoqué ?

S7 : Rétrospectivement oui

Une petite aphasie, régressif en quelques heures, mais pas de terrain vasculaire. Voilà !

E : Donc pour vous l'AVC constitué aux urgences et l'AIT en ambulatoire ?

S7 : Oui, comme ils savent que c'est régressif, car les gens ont la notion que c'est régressif la plupart du temps donc il faut temporiser un petit peu. Il nous en parle à la prochaine consultation.

E : Connaissez-vous les traitements en ce qui concerne l'AVC ?

S7 : Vaguement, j'ai entendu un nouveau traitement dans les hôpitaux parisiens, comme pour l'infarctus. Mais je ne m'en rappelle déjà plus, vous voyez ! (rires du médecin)

E : Connaissez-vous le délai de prise en charge pour la thrombolyse ?

S7 : Aucune idée, je pense maximum quelques heures.

Je ne sais même pas si le SAMU peut le faire sur place

Mais il pourrait le faire sur place comme en cardio, je pense.

Il me semblait avoir lu que plus tôt c'était fait, mieux c'était.

E : Selon vous qu'est ce qui pourrait allonger le délai de prise en charge des patients atteints d'un AVC ?

S7 : Les gens eux-mêmes. Et oui !

E : et pourquoi ?

S7 : car ils appellent trop tard et ne s'en inquiètent pas.

E : En général, qu'est ce qui vous fait penser à un AVC ?

S7 : Toute la symptomatologie neurologique, c'est assez facile globalement

E : Avez-vous eu des difficultés dans le diagnostic et dans la prise en charge de ce patient ?

S7 : Non (rires)

E : Et qu'avez-vous pensez de votre prise en charge ?

S7 : Pour celui hospitalier, je pense qu'ils ont le bilan réglementaire dans un délai plus court tandis que la petite maie avec l'ait a eu un bilan réglementaire dans un délai plus long, voilà c'est tout

E : Qu'est ce que vous pensez de la place du médecin généraliste dans la prise en charge d'un patient atteint d'un AVC en phase aigue ?

S7 : Je pense qu'on en aurait plus besoin, si on faisait une campagne informative, les gens appelleraient directement le Samu.

Mais les patients continuent à nous appeler par habitude.

Mais les post-soixantaires pourraient avoir une autre approche et passer directement par les urgences.

Ils ont bien fait des campagnes pour l'infarctus il pourrait le faire aussi pour l'AVC, cela serait le même type de campagne.

E : Auriez-vous besoin de formations ?

S7 : A la limite des informations sur les intervenants, qui fait quoi, ce n'est pas clair du tout, on ne sait pas où vont les patients, après c'est un blanc jusqu'à la sortie avec le

compte-rendu, on ne sait pas ce qui se passe derrière, c'est hospitalier, on peut extrapoler se qui se passe un peu sur le terrain par la suite, quand on prend en charge un ait en ambulatoire, c'est une extrapolation de ce qu'ils font. A la limite, s'il y a des nouveautés de ce côté là, on pourrait les appliquer sur le terrain si c'est possible. C'est tout

E : Donc vous avez été thésé en quelle année ?

S7 : 1984

E : vous avez passé votre thèse à quel endroit ?

S7 : à Nancy.

E : vous êtes installé depuis combien de temps ?

S7 : depuis 1987

E : faites-vous d'autres activités en dehors de médecine général ?

S7 :

E : Au niveau des formations ?

S7 : de la psychiatrie, un peu.

E : Et vous êtes régulateur SAMU ?

S7 : non

E : Votre type patientèle, comment vous la qualifieriez ?

S7 : urbaine

E : et quelques personnes âgées quand même ?

S8 : Peu !

E : Votre âge ?

S8 : 46 ans

E : à quelle fréquence rencontrez vous des AVC en phase aigue ?

S7 : deux par an pas plus

E : à quel stade vous voyez le plus d'AVC ?

S7 : Surtout en post-hospitalisation, ceux pour qui sont passer par une autre voie, il y en a beaucoup plus

ENTRETIEN N°8

E : Quand je vous dis Accident vasculaire cérébral vous pensez à quoi ?

S8 : Cliniquement ? Euh....Mon stage en neurochirurgie (rires du médecin)

Ceci étant dit euh... sur la ligne des facteurs de risque cardio-circulatoires, prévention.

Et une fois que c'est arrivé, faire si ça a récupéré, faire un scanner au bout de huit jours pour voir si on a une lacune, un déficit quelque part et puis de toute façon, si le déficit est persistant, je vois le patient, l'adresser aux urgences le plus rapidement possible au fait.

E : D'accord, la dernière fois que vous avez vu un patient pour la suspicion d'un accident vasculaire cérébral, c'était quand ?

S8 : Justement je vais vous dire ça...

C'était il y a quelques années... (Silence... elle tape sur l'ordinateur) Euh... euh... Il y a trois ans

E : Et comment vous avez suspecté le diagnostic ?

S8 : C'est un patient qui est suivi normalement par mon associé et que je connaissais de vue un peu.

Ce jour là, je l'ai vu arriver en marchant, je me suis dit ouh là !

E : Qu'est ce qu'il avait ?

S8 : Il avait une marche qui était modifiée avec un élargissement du polygone de sustentation, un petit manque du mot, donc voilà tout y était !

Il a d'ailleurs gardé un peu cette marche avec cet élargissement du polygone de sustentation mais pour le reste il a totalement récupéré.

E : Donc c'est au cabinet que vous l'avez vu ?

S8 : Oui, tout à fait

E : Etait-il accompagné ?

S8 : Avec sa femme, tout à fait, il pensait avoir une petite fatigue si j'ose dire.

E : **Donc c'est vous qui l'avez vu au cabinet et non votre associé ?**

S8 : Oui, car il était absent toute la semaine. Et on s'était mis d'accord pour que je vois dans la mesure du possible sa patientèle.

E : **Et qu'est ce que vous avez fait quand vous l'avez vu ainsi ?**

S8 : Une lettre et je l'ai envoyé à l'hôpital toute de suite (rires du Dr)

E : **Vous ne l'avez pas examiné ?**

S8 : Si si, mais c'était évident, il avait un déficit sur l'hémicorps, ce qui a effectivement confirmé les troubles de la marche, mais sans déficit du membre supérieur...ce qu'il me semble... euh... (Elle tape sur son ordinateur), en 2006, non c'était plus ancien, en 2004, et il me disait malaise.

E : **Et cela a pris combien de temps toute cette prise en charge ?**

S8 : Il a récupéré assez vite puisque là il revient au cabinet tranquillement, en marchant normalement, pas gêné au quotidien, en parlant normalement, il n'a jamais été très loquace. Je vous dirais sur la prise en charge peut-être une heure, je pense, pas plus. Car vraiment je l'ai envoyé tout de suite.

E : **Mais il a récupéré comme avant alors ?**

S8 : Voilà !

Mais qu'est ce que je vous raconte, il avait fait un AVC à minima en 2004 et il a fait son AVC complet en 2006.

E : **Et pour les transports comment cela s'est passé ?**

S8 : Alors j'ai proposé un bon de transport et sa femme a dit non je vais l'emmener.

(Elle lit l'observation sur son ordinateur) : euh... réflexes très vifs, réflexe cutané plantaire en flexion, peut marcher sur la pointe des pieds et des talons, voilà il était déjà avec diabète, il avait ce qu'il fallait pour en faire un, mais il avait quand même du Kardégic, mais la prévention qui n'a pas été suffisante.

E : **Qu'est ce que vous avez dit à la femme et au patient sur ce qui se passait ?**

S8 : Je lui ai dit qu'il y avait probablement un petit vaisseau qui s'était bouché, qu'il allait falloir faire un examen en urgence à l'hôpital et le mettre sous surveillance en particulier sur le plan cardio.

E : **Et la femme a bien compris ?**

S8 : Oui je les connais bien tous les deux donc cela c'est très bien passé.

E : **Et ils y sont allés rapidement à l'hôpital ?**

S8 : Tout de suite

E : **Et vous savez ce qu'on lui a fait à l'hôpital ?**

S8 : Je ne sais plus... (Regarde son ordinateur)... je n'ai pas le compte rendu de l'hôpital.

E : **Et sur Chartres existe t-il des traitements en urgence d'après vous ?**

S8 : Aucun, il n'existe pas de service de neurochir, on le transfert sur Orléans, Paris et Tours éventuellement. Et c'est malheureux !

E : **Mais dans ce cas ce n'est pas vous qui transférer ?**

S8 : Non, je transferts au service des urgences et c'est eux qui prennent la décision, en fonction du délai et des places disponibles.

E : Face à ce type de situations devant la suspicion d'Un AVC, vous avez toujours le même raisonnement ?

S8 : Toujours, toujours !!

E : **Et avez-vous ressenti des difficultés dans la prise en charge de ce patient ou dans l'évocation du diagnostic ?**

S8 : non, pour moi cela était évident.

E : **Sur ce sujet est ce que vous auriez besoin d'informations ?**

S8 : Non, je me suis tenu un petit peu au courant des études du Plavix dans la prévention de l'AVC, effectivement comme c'est un traitement qui coûte assez cher, pour savoir quels étaient les critères et les détails de l'étude, mais non je n'ai pas besoin...

E : **Vous cherchez par vous même quand vous avez besoin sur ce sujet ?**

S8 : Tout à fait

E : **Et par rapport à ce patient, qu'est ce que vous avez pensé de votre prise en charge ?**

S8 : Je ne pense pas, j'ai estimé qu'il était de mon devoir de ne pas lui faire perdre de chance et que bon certes je soupçonne un AVC, mais je ne sais pas ce qu'il y a derrière. Cela peut être un AVC mais après tout il n'y avait pas d'élément aménagés mais pourquoi pas, je ne peux pas le savoir initialement, ça peut être un saignement d'un anévrisme qui a éclaté et la cela s'aggrave très très vite. C'est clair. Mais là j'y pense il y en a un autre que j'ai vu... (Regarde sur l'ordinateur)

E : **Mais ce patient, vous aviez pensé à d'autres diagnostics ?**

S8 : Ce n'est pas vraiment ça, c'est qu'à partir d'un moment où je pense à un AVC, je ne pense pas à un autre diagnostic. ; Il y avait qu'une chose à écarté c'est l'AVC, l'AVC c'est vital, je ne pose pas même pas la question de faire les diagnostics différentiels, j'envoie.

C'était en 2005, hémiplégie, steppage, séquelle de paralysie faciale périphérique, il avait fait ça quand il était en vacances au Portugal, le pauvre il avait une tumeur de la prostate banal, mais par contre cela a révélé une tumeur neuro. Voilà, il est décédé six mois après.

E : **Une dernière question, le diagnostic d'AVC est généralement évident pour vous ?**

S8 : Quand c'est bruyant comme ça avec l'hémiplégie, des troubles de la marche, oui !

Par contre quand il y a des vagues douleurs migraineuses, chez un patient non migraineux, sans syndrome méningé, la c'est plus difficile car on n'a pas de clinique bruyante, on dit vous revenez si dans 48h, 72 h il n'y a pas d'amélioration.

E : **Ça vous arrive souvent d'avoir des patients comme ça ?**

S8 : En fait je me méfie énormément mais ça c'est la neurochir, j'ai fait ma thèse en neurochir, donc je me méfie énormément des céphalées chez quelqu'un qui n'est pas migraineux habituellement, qui n'a pas de signe de localisation, mais je surveille de très près. J'hésitesponantément à les envoyer tout de suite à l'hôpital, amis là je suis extrêmement méfiante, et ça c'est resté de mon stage.

E : **Donc vous avez été thésée en quelle année ?**

S8 : 1994

E : **vous avez passé votre thèse à quel endroit ?**

S8 : à Tours.

E : **vous êtes installée depuis combien de temps ?**

S8 : 10 ans

E : **Au niveau des formations, à part ce stage en neurochirurgie, vous avez fait d'autres formations sur ce sujet ?**

S8 : Je fais des DU, mais pas sur ce sujet, on n'en voit pas tous les jours !!

Je vais faire un DU de gynécologie-obstétrique

E : Et vous êtes régulateur SAMU ?

S8 : Oui

E : Votre type patientèle, comment vous la qualifieriez ?

S8 : urbaine, complètement, avec surtout des femmes et des enfants.

E : et quelques personnes âgées quand même ?

S8 : Peu !

E : Votre âge ?

S8 : 46 ans

E : à quelle fréquence rencontrez vous des AVC en phase aigue ?

S8 : un AVC en 2005 et 2006

E : à quel stade vous voyez le plus d'AVC ?

S8 : surtout en post-hospitalisation c'est sûr !

ENTRETIEN N°9

E : quand je vous dis AVC vous pensez à quoi ?

S9 : Tout de suite comme ça. Je pense à une personne qui vous dit qu'elle a des fourmillements dans le bras droit aquí a beaucoup moins de mémoire surtout quand la personne qui l'accompagne confirme « et je t'ai dit ça et tu ne te souviens plus » le signe de sensations paresthésiques.

E : Et quand je vous dis accident ischémique transitoire ?

S9 : Ça dépend du côté aigu de la chose. Si on a l'impression d'une pathologie qui tienne la route, c'est souvent au service des urgences, surtout que les neurologues sont très occupés et c'est très difficile de les avoir donc c'est plutôt l'hôpital.

E : Est-ce que pour vous l'accident ischémique transitoire correspond un accident vasculaire cérébral ?

S9 : Oui je l'impression de faire la même salade. Du fait de mes connaissances cliniques et les examens complémentaires ont localisé la lésion anatomique davantage ou pas.

E : Le dernier patient pour qui vous avez suspecté un AVC c'était quand ?

S9 : J'en ai eu plusieurs. Le dernier ça doit remonter à une quinzaine de jours. C'est-à-dire que c'est quelqu'un en cours, c'est un AVC ancien qui a traversé d'autres épisodes, c'est-à-dire une personne qui a des séances d'orthophonie et l'orthophoniste m'a appelé parce qu'elle trouvait qu'il y avait une aggravation des choses. Je n'ai pas été plus loin car c'était déjà arrivé plusieurs fois et comme j'ai déjà eu des aggravations discrètes et puis est rentré dans l'ordre. Je n'ai pas donné suite à d'autres explorations il n'y avait pas de signes de gravité, et en fonction de son avis, car il disait cela m'est déjà arrivé, ça va s'arranger !

E : Mais vous l'avez vu ?

S9 : Je n'ai pas trouvé de signes patents d'une aggravation il y a tous les symptômes subjectifs qui arrivent à ce moment-là et ce n'est pas facile de distinguer donc la nécessité de compléter par les examens complémentaires mais quand vous avez affaire à des gens qui sont passés plusieurs fois par ce circuit sont beaucoup moins d'accord qu'au début. Je leur dis de continuer à me tenir au courant de l'évolution.

E : Et pour un patient qui n'avait pas d'antécédent d'AVC pour qui vous suspectez un AVC ?

S9 : Alors dans ce cas c'est l'hôpital, où parfois aussi si je trouve son rythme cardiaque une rythmique anormale, je demande l'avis cardiologique et je lui demande si parfois

il n'a pas eu la tête qui tournait, s'il n'y a pas eu un moment une histoire de bradycardie, qui peut expliquer ce phénomène avec parfois une prise en charge concomitante aux urgences. Mais aux urgences, ça dépend sur qui on tombe, il y a pas toujours une prise en charge tout azimut, toute tant de fois, parfois ils n'ont pas eu le temps de voir ça et donc on va le faire envie, il y a des cardiologues qui sont très rapides.

E : Un patient pour qui vous avez suspecté un AVC ?

S9 : C'est extrême, mais là il y avait quelqu'un qui avait la tête qui lui tournait ce qu'il arrivait plusieurs fois mais cela concerne plus la cardiologie et... J'ai demandé aux cardiologues qui le voient le plus vite possible maladie OK je le vois demain matin. Le lendemain j'ai eu un appel téléphonique des voisins qui ont dit il est à sa table et il est mort. Ceci a probablement confirmé le fait qu'il a dû avoir une bradycardie massive, on est arrivé trop tard pour lui mettre une pile.

E : Et avez-vous un cas moins extrême ?

S9 : Oui une dame que j'ai vue et une quinzaine de jours ce n'est pas la première fois une dame qui est suivie régulièrement et qui à nouveau avait un problème de gene pour pouvoir réaliser ces actes dans la vie ordinaire, de la main droite et les parties à l'hôpital.

E : Vous l'avez vu où ?

S9 : Au cabinet. Ces symptômes sont arrivés dans les deux à trois jours qui précédaient mais surtout les gens ne s'affolent pas toujours au début.

E : Le diagnostic vous paraît évident ?

S9 : J'ai même pensé beaucoup en plus elle a un athérome assez conséquent il y avait des facteurs d'accompagnement qui allait dans ce sens-là.

E : Avez-vous pensé à un autre diagnostic ?

S9 : En général on vérifie le rythme cardiaque mais j'étais sur l'idée d'un accident vasculaire.

E : Qu'avez-vous fait au cabinet ?

S9 : En premier bien j'ai interrogé sans affoler la patiente puis je l'ai examiné mais souvent on ne trouve pas de signes frappants saufs si on a un très fin neurologue ce que je ne suis pas.

E : Pour cette patiente qu'avez-vous fait ?

S9 : Je l'ai interrogé et j'ai recherché les ROT, un réflexe cutané plantaire, mais moi personnellement je trouve que la recherche est très subjective très difficile sur l'estimation qu'on peut faire parce que ce n'est pas très extraordinaires. Cela m'est arrivé d'avoir des symptômes évidents, mais je trouve cela difficile. On a tous des points faibles moi c'est la recherche du réflexe cutané plantaire.

E : Quelle question vous lui avez posé un interrogatoire ?

S9 : Les circonstances. Si elle avait déjà eu ça ou c'était quelque chose de nouveau, si elle avait mal à la tête avant ou après s'il a vu d'autre symptôme qui aurait pu se passer, j'essaie de déterminer le plus possible, mais aussi comment elle allait la veille ce qu'elle avait mangé s'il avait une vie totalement normale, si elle consommait d'alcool, des événements inhabituels qu'on pourrait rattacher à cet épisode.

E : Quelle a été votre prise en charge ?

S9 : C'est le service des urgences car on ne peut pas disposer d'un neurologue comme ça.

E : Dans quel délai ça été réalisé ?

S9 : Je ne lui ai pas dit d'y aller tout de suite je me souviens que je lui ai dit qu'il faudrait y aller pour qu'elle soit vue et... Elle a été le lendemain. Mais il a encore bien des problèmes car normalement ses doigts qui

s'occupent de ça et d'ici pour aller à Dreux ce n'est pas très facile car il y a toujours la famille qui est à côté, si on commence à parler de dreux la cela ne suit pas toujours en plus il faut être sûr qu'ils peuvent l'accepter vraiment. Mais quand vous êtes à l'hôpital, la plupart du temps vous avez l'hôpital au départ vous avez un secrétariat on vous met un peu en attente et là invariablement mais cela m'arrive 7 fois sur 10, vous retombez sur une tonalité de « pas libre ». Alors il faut recommencer cela recommence encore et encore... Et c'est quelque chose dont on ne parle pas dans la question et c'est primordial pourtant ! Comment voulez-vous faire à des kilomètres et même pas à des kilomètres on ne peut pas être en relation avec un service. (Soupir) cela remet tout en question c'est l'intendance. On parle trop d'intendance. Je prends la pression artérielle par exemple à chaque fois et la on ne revient sur toutes les questions dans l'hypertension on parle jamais des différences entre les appareils qui peuvent être troublante ce sont des choses qui ne sont pas du tout évoqué en pratique. Si vous voulez, c'est un peu la même chose, vous appelez l'hôpital, il est impossible de les avoir et cela reconditionne le problème, déjà vous avez en face quelqu'un qui n'est pas toujours déterminé et vous terminez en disant je suis désolé mais je n'arrive pas à la voir ça c'est l'intendance !

E : Et comment ça se passe avec les neurologues ?

S9 : Écoutez, moi je n'arrive pas beaucoup et je n'aime pas beaucoup déranger le monde je suis assez timide et pour moi l'hôpital est une forteresse imprenable. Je me sens très étranger, désolé si je peux avoir des nouvelles et donc des fois vous faites jeter plus facilement.

E : Et pour ce patient comment avez-vous transmis les informations au spécialiste ?

S9 : Je fais toujours un courrier.

E : Et vous les appelez à l'hôpital ?

S9 : Ça rejoint ce que je vous ai dit précédemment ce n'est pas quelquefois c'est dans la grande majorité des cas. Oui toujours un courrier mais souvent la lettre revient dans le dossier du patient c'est assez touchant car surtout chez les radiologues de ville vous vous dites qu'ils n'en ont rien à faire mais c'est un bon exercice de style. C'est comme ça moi je fais toujours un courrier mais je fais même toujours un courrier parfois un peu trop long.

E : Quelles informations avez-vous transmis au patient ?

S9 : Moi jamais avec une manière très optimiste, écoutez Mme vous avez ça c'est possible que cela pourrait être ça, on peut être employé le conditionnel donc il faudrait que vous alliez dans le service des urgences cela va permettre de faire un débrouillage cette affaire, peut-être qu'on vous passera des examens d'imagerie un scanner ou qui permettront de savoir si quelque chose de cérébral ou une autre origine. Disons qu'avec ce type de discours à se passe plutôt bien.

E : Était-elle accompagnée ?

S9 : Indirectement, il y a son fils qui est à Paris et il a son ami qui n'est pas venu dont j'étais seul avec elle, elle conduisait sa voiture.

E : Elle a été aux urgences ?

S9 : Je ne peux pas vous dire.

E : Vous lui avez dit quelque chose par rapport au transport ?

S9 : Je ne sais plus, je l'ai sûrement mise en garde car il peut toujours avoir un accident mais ce n'est pas simple d'aborder ce problème. Qui est actuellement peu abordé de manière systématique à l'hôpital car il est des

signalements qui sont faits pas forcément très déontologiques, ce qui peut expliquer en partie des personnes qui ne veulent pas être hospitalisées.

E : Quel retour avez-vous eu de son hospitalisation ?

S9 : Il est toujours un compte rendu et vient tardivement avec un temps très long. Ce qui intéresse ces faux positifs les facteurs prédictifs. On n'a pas souvent l'honnêteté de dire je ne sais pas.

E : Et qu'a dit le compte rendu d'hospitalisation qu'elle a été la conclusion pour ce patient ?

S9 : C'était un AVC cela semble évident.

E : Adoptez-vous la même attitude en cas d'accident vasculaire cérébral en général ?

S9 : C'est plus modulable que ça, ça dépend comment c'est arrivé, du contexte familial du désir de la personne. Sauf si la personne n'a plus son jugement des autres événements qui ont pu arriver il y a plusieurs facteurs qui interviennent parce que le jugement médecin général approche globale nous rend le pouvoir de décision beaucoup plus complexe et moins décisif que pour des spécialistes. Tous ces éléments contenaient surtout le désir de la personne et l'entourage familial il peut avoir des oppositions.

E : Et dans ce cas ?

S9 : J'ai informé son fils les éléments dont je vous ai parlé sont très importants mais dans le cas où il y a une hémiplegie il n'y a pas hésité mais quand c'est des petits signes et c'est peut-être en ce moment-là qu'il faudrait faire quelque chose mais quand il y a des petits signes c'est beaucoup plus difficile.

E : Qu'avez-vous pensé de votre prise en charge pour cette dame ?

S9 : Très critiquable de toute façon, à chaque fois je ne pense que ce n'est pas extraordinaire. Je ne pense pas beaucoup je vis de l'immédiat ou dans la crainte jusqu'à ce que la décision soit prise et que tout aille bien. Est-ce que c'est satisfaisant ou pas, mais c'est dur de ne pas prendre de risques sinon les hôpitaux sont encombrés !

E : Avez-vous ressenti difficulté par rapport au diagnostic ou votre prise en charge ?

S9 : La plupart du temps les patients ayant pensé. Donc il n'y a pas de difficultés pour le diagnostic. Mais pour la prise en charge pour monter une marche de plus et c'est là où c'est un peu plus délicat. Là encore mais tout dépend de la constatation clinique, encore c'est une émis par les évidents que la prise en charge plus facile. C'est plutôt l'écart intermédiaire qui est le plus nombreux. La c'est plus délicat compte tenu du service d'urgence est-ce que les gens sont gardés ou est-ce que un neurologue à le voir. Comprenez c'est pour ça si vous tombez sur des urgences... Vous comprenez on se dit on va voir comment ça tourne dans les heures qui viennent bon c'est sans doute ça la solution très bonne.

E : Cela veut dire que derrière vous vous ne savez pas comment cela se passe et parfois vous ne préférez pas les envoyer aux urgences ?

S9 : Oui tout à fait, c'est la même chose en expertise, parfois les services d'urgence gardaient le malade n'appelle pas les spécialistes. Cela on le ressent très bien. Quand j'étais à l'ordre des médecins, je pensais que la guerre était entre libéral et en fait elle est pleinement à l'hôpital car « ont bébé » dans l'eau du bain à un neurologue, ne doit pas les satisfaire. Ils sont capables de le faire aussi bien. Ce qui explique notre attitude plus attentive, plus risqué, à prendre plus de risques.

E : Que pensez-vous de la place du médecin généraliste ?

S9 : C'est important car c'est lui qui met un peu le feu aux poudres mais aussi c'est une place qui n'est pas facile. Mais maintenant il semble le pivot du traitement du malade cela reste théorique car on est au courant a posteriori de ce qui se passe en a pas un rôle d'aiguilleur ont là un peu au début mais très rapidement ont le perd. Cela reste un rôle en dehors de la demande, confus au début de la décision, assez symbolique. De toute façon il est évident qu'on a besoin des spécialistes, on ne prétend pas être des spécialistes.

E : Connaissez-vous les traitements en urgence de l'accident vasculaire cérébral ?

S9 : Ben, dans la brume (rires) un petit peu, il y a beaucoup de choses qui peuvent se faire, déjà il y a toute imagerie. Si on lit dans la littérature, par des oui-dire mais heureusement qu'il y a nos clients qui regardent Internet et qui nous le disent. On est quand même soumis à Internet du matin jusqu'au soir surtout chez les jeunes qui arrivent avec une liste avec tout ce qui leur faut les examens qu'on doit leur faire.

E : Selon vous quel est le délai pour la thrombolyse ?

S9 : Je crois que cela est fait rapidement tout de suite et encore faut-il qu'ils aillent jusqu'à Dreux encore là on retombe sur le même problème. Si les urgences se le gardent qu'est-ce qu'on peut bien faire.

E : Recherchez-vous des informations à ce sujet ?

S9 : En fonction de mon âge, si à mon âge je n'est pas compris je crois que je ne les comprendrai jamais ! Mais j'ai une méthode bien particulière peu orthodoxe, on me dit original et par le biais de l'expertise j'apprend énormément. Car la plupart du temps, surtout pour les accidents vasculaires cérébraux, je vois des gens qui ont traîné leurs bottes dans pas mal des hôpitaux et ça nous donne une certaine philosophie de la chose. Je suis d'une génération qui ne pouvait plus faire la médecine actuellement car j'ai fait un bac philosophique et tous ceux qui est assez technique j'ai un peu de mal à suivre.

E : Avez-vous besoin et envie de recevoir des informations ?

S9 : Oui j'en aurais envie mais matériellement je ne peux pas cela m'est totalement impossible parce que les séances sont souvent assez loin tard le soir il a des séances de mangeaille avant qu'il ne m'intéresse pas du tout. j'ai un peu honte en fait, on me regarde avec des yeux ronds parfois !

E : Depuis combien de temps êtes-vous installé ?

S9 : depuis 63.

E : Où avez-vous passé votre thèse ?

S9 : j'ai passé une thèse de cardiologie à la faculté en 1963

E : avez-vous fait des formations à côté ?

S9 : j'ai fait beaucoup de remplacement pendant deux ans à Pariset à Neuilly. J'ai des certificats de dommages corporels. En 68 je me suis spécialisé en médecine du travail j'étudiais la pathologie vasculaire.

E : Êtes-vous régulateur SAMU ?

S9 : non

E : comment qualifiez-vous votre patientèle ?

S9 : Je la qualifie un peu de jeune avec des jeunes qui recherchent la dimension de père au travers de moi j'ai également des personnes âgées mais une petite patientèle maintenant je passe beaucoup de temps avec les patients

E : Combien d'accidents vasculaires cérébraux voyez-vous par an ?

S9 : Un AVC tout neuf moins de 10 par an, avait fait tout confondu plus avec le cas de la prévention secondaire 10 par an mais je vais vous dire au moins un AVC par an.

ENTRETIEN N°10

E : quand je vous dis accident vasculaire cérébral vous pensez à quoi ?

S10 : Comme ça je ne comprends pas là !

E : Cela vous fait penser à quoi en première idée ?

S10 : Hémiplegie en général c'est ça.

E : La dernière fois que vous avez suspecté un accident vasculaire cérébral c'était quand ?

S10 : Bonne question... Il y en a de moins en moins depuis mon installation il y a de plus en plus de prévention les traitements sont plus efficaces pour la pression artérielle le diabète est mieux suivi donc on a de mon moins en moins d'AVC.

E : Vous voyez beaucoup moins d'AVC alors ?

S10 : Ah oui avant c'était de l'ordre de un par mois et maintenant deux par an !

E : C'était quand un par mois ?

S10 : Il y a 25 ou 30 ans. Il en avait pas mal surtout une tranche d'âge qui ne se soignait pas son diabète et sa pression artérielle j'en ai eu un il y a deux mois.

E : Et ça s'est passé comment ?

S10 : Ça s'est passé que je n'étais pas là, je l'ai vu après que c'était un tabagique ancien il avait des acouphènes avec un peu de vertiges, en fait c'est un mini AVC.

E : Un patient que vous avez vu au départ ?

S10 : Je ne me souviens plus, je ne m'en rappelle plus longue je l'avais vu le lendemain je n'étais pas là il était aux urgences je n'ai pas eu de prise en charge récente. Je me souviens d'une dame qui a fait ça à 88 ans pas diabétique hypertendu que j'ai faite hospitaliser.

E : Vous l'avez vu où ?

S10 : Chez elle c'était il y a plus d'un an désorientation temporo spatiale sans signe de localisation.

E : C'est elle qui vous a appelé ?

S10 : Non ce sont ses voisins, elle était un peu inconsciente et dans le cirage où je suis allé en urgence j'ai appelé le SAMU pour la faire hospitaliser !

E : Et ça faisait combien de temps qu'elle était désorientée ?

S10 : Ça ne faisait pas longtemps peut-être une demi-heure voire h.

E : Et les voisins qu'est-ce qu'ils ont fait ?

S10 : Vous savez ils vont chez les uns chez les autres les volets ne devaient pas être ouverts dont ils sont passés. Dans les quartiers ici à Courville c'est un peu une petite ville dont ils répondent de tout ça. C'est le seul souvenir que j'ai les autres je vous dis c'était au début de mon installation en je vous dis on voyait des dramatiques ou des types couchés dans la boue hémiplegique. Déjà cette dame elle était traitée par du Plavix pour son artérite et qu'est-ce qu'elle prenait d'autres un IE C, bah c'est tout je crois, des diurétiques des bêtabloquants je crois. Donc c'est une complication qui doit du à son âge quoi !

E : Donc vous vous êtes rendu sur place assez rapidement et qu'est-ce que vous avez fait sur place ?

S10 : Oui je me suis rendu assez rapidement, j'ai vérifié son rythme cardiaque après sa pression artérielle ces constantes quoi ! Il avait accéléré un peu mais pas trop dont je laissais allonger j'ai appelé le SAMU. Pas de signe de localisation il n'y avait rien seulement une désorientation d'ambre spatial.

E : Avez-vous évoqué le diagnostic différentiel ?

S10 : Le diagnostic d'AVC était tout de suite car je la connaissais donc le terrain était favorable pour ça. Je n'ai pas pensé à autre chose, vraiment j'ai pensé à ça, pas une fibrillation ventriculaire mais ce n'était pas ça le bilan a révélé que c'était un petit infarctus.

E : Combien de temps a duré cette prise en charge ?

S10 : en ce qui concerne le SAMU pas longtemps ce coup ci de l'ordre d'une demi-heure à trois quarts d'heure. La prise en charge est bien à Dreux aussi je peux me permettre elle est allée à Chartres mais maintenant il y a des moments où on envoie à Dreux souvent et c'est bien fait je trouve aussi bien fait qu'à Chartres surtout pour le post AVC, la visite de contrôle est bien faite. Les données les retours des médecins sont claires et nettes, à Chartres c'est plus ou moins aléatoire (soupir) je dirais faudrait je ne sais pas trop, le neurologue comment il s'appelle quand ils nous disent de surveiller le LDL la pression artérielle et tout ça ils ne savent pas trop ça se voit c'est plutôt l'affaire du cardiologue. Moi en tout cas j'aime bien la prise en charge à Dreux (rire)

E : c'est compliqué pour les avoir au téléphone ?

S10 : À Chartres ! On ne peut pas l'avoir ce n'est même pas la peine d'essayer. Je travaille plus avec l'hôpital, je les envoie en ville ou ailleurs on ne pas les avoir à trois mois. Dont j'ai bien aimé la prise en charge de Dreux j'ai trouvé ça efficace bien structurée.

E : Connaissez-vous le délai de traitement actuel et les traitements actuels ?

S10 : Mais il faut raccourcir les délais j'avais eu un exposé à ce sujet avec un cardiologue il y a longtemps c'était sur l'infarctus du myocarde mais j'en sais pas grand-chose.

E : Souhaitez-vous des formations à ce sujet ?

S10 : Non, en plus je suis en fin de carrière dont j'ai un peu levé le pied sur la formation médicale continue. Je pense que je vais arrêter l'année prochaine. Je sais qu'il soit rapide qu'il ne faut pas injecter quoi que ce soit si on doit après faire autre chose il faut passer la main rapide spécialistes il faut rester là, mon attitude était de quoi faire baisser la PA par un sublinguale et encore car quelquefois il faut la maintenir voilà !

E : Que pensez-vous de la place du généraliste dans cette prise en charge ?

S10 : Écoutez si on ne peut pas y aller immédiatement il faut appeler le SAMU. C'est vrai que maintenant des fois c'est difficile de quitter la consultation, par téléphone on ne sait pas trop. Donc je pense que c'est d'emblée l'intervention du 15 ou du SAMU. Si le généraliste ne peut pas y aller sinon c'est le diagnostic et on passe la main et puis on les appelle. Je veux dire ça se résume éventuellement à traiter l'urgence vitale s'il y en avait laissé rarement le cas en général quand on arrive c'est trop tard et ben sinon passe la main. Sinon on ne peut pas y aller il faut que le 15 s'en occupe c'est vrai que des fois on un peu du mal cela arrive au mauvais moment. (Rire)

E : quand c'est par téléphone vous appelez plus facilement le 15 ?

S10 : Ça dépend, si je peux y aller j'y vais sinon j'appelle le 15 j'appelle moi-même le 15 pour leur signaler de ce qui se passe en général les régulateurs ont une régulatrice qui font pas mal son boulot.

E : Êtes-vous régulateur SAMU ?

S10 : Non je n'aime pas ça et je n'aime pas non plus par téléphone j'aurais tendance à envoyer tout le monde. Il y a des gens qui régulent remarquablement mais moi je n'aime pas ça j'ai horreur de ça !

E : Quelle information avez-vous donné à la famille au voisin ?

S10 : Sa fille m'a appelé après je lui dis que c'est un AVC probablement et qu'elle se renseigne.

E : Dans ce type de situation avez-vous le même comportement ?

S10 : Bah oui, je n'essaie pas de faire le bilan en externe plus maintenant. Avant il ne les acceptait pas. Quand il y avait des accidents ischémiques transitoires, ne faisait pas de bilan. Maintenant cela a complètement changé il n'y avait pas de spécialistes pas de 15 au début. Il n'avait pas l'accueil d'urgence et donc on se débrouille un peu en ville et c'était beaucoup plus long. Maintenant il faut un premier scanner en urgence un premier bilan un bilan lésionnel sur un temporaire sur une suspicion je le fais il y a des gens qui me disent j'ai comme une absence j'envoie tout de suite ce qui est assez difficile car si le patient et bien il refuse d'y aller. Il ne comprend pas.

E : Comment faites-vous pour les convaincre alors ?

S10 : On essaie de les convaincre que s'il n'y va pas-il a ce risque là avec cet âge-là il à ce risque là en général on n'y arrive sauf exception qui refuse.

E : Qu'est-ce que vous avez pensé de votre prise en charge ?

S10 : moi je n'ai servi à rien il fallait appeler le 15 c'est tout mais comme il était paniqué les voisins je suis allé ça les a rassurés j'ai appelé le 15 de chez eux. Mais si je n'y étais pas aller, ça n'aurait rien changé j'aurais pu le faire par téléphone mais les voisins sont les voisins.

E : Quel retour avez-vous eu ?

S10 : Un accident ischémique très localisé en tout cas elle va mieux.

E : Avez-vous ressenti les difficultés dans le diagnostic ?

S10 : Relativement simple, j'aurais sûrement eu plus de difficultés avec le patient que je n'ai pas vu ou en urgence avec les acouphènes les vertiges en signe de localisation, qui sont venus après il aurait du mal à marcher la j'aurais certainement eu plus de difficultés et j'aurais très bien pu passer à côté. Ça dépend à quelle heure où le voit et à quel moment.

E : Avez-vous besoin d'informations sur la prise en charge l'accident vasculaire cérébral ou un autre sujet ?

S10 : À écouter je suis enfin de carrière, l'aurais sûrement eu besoin il y a quelques années maintenant la prise en charge que ce soit un Chartres ou à Dreux c'est correct ça roule. Mais les urgences il faudrait qu'il lise le courrier du médecin généraliste ça c'est déjà pas mal il y a des antécédents un traitement mais ça dépend i quelquefois c'est étonnant. Ce n'est pas comme ça qu'il faut faire cette chaîne, les urgences font ce qu'ils peuvent il y a quelques années c'étaient plus inquiétant.

E : Depuis combien de temps êtes-vous installé ?

S10 : 31 ans

E : comment qualifiez-vous votre patientèle ?

S10 : de personnes âgées semi urbaines

E : A quelle distance trouve t-on l'hôpital le plus proche ?

S10 : de l'hôpital de Chartres à 20 minutes

E : quand est-ce que avez-vous passé votre thèse ?

S10 : dépassant 1978 à tours.

E : avez-vous fait d'autres formations à côté ?

S10 : j'essaie de formation de neurochirurgie quand j'étais étudiant

E : êtes-vous régulateur SAMU ?

S10 : non maintenant je fais une semaine de garde une fois toutes les trois semaines à la maison médicale.

E : À quelle fréquence voyez-vous des AVC ?

S10 : à peu près un par an en première intention.

ENTRETIEN N°11

Enquêteur (E) : Quand je vous dis accident vasculaire cérébral, vous pensez à quoi ?

S11 : Hémiplegie, aphasie

E : Le dernier patient pour qui vous avez suspecté un accident vasculaire cérébral, c'était quand ?

S11 : C'était un accident ischémique transitoire. Euh, il y a une quinzaine de jours, c'est un patient qui a des antécédents lourds au niveau cardiaque.

E : Et c'était au cabinet ?

S11 : Oui, c'était au cabinet.

E : Et comment cela s'est passé ?

S11 : Il a eu un flou visuel, des maux de tête et un peu des troubles de l'équilibre, mais ce n'était pas significatif. Il avait ces symptômes à l'arrivée au cabinet.

E : Et cela lui était déjà arrivé auparavant ?

S11 : A ma connaissance non, mais je pense que cela lui avait dû arriver chez lui ce genre de petites choses.

E : Et est-il venu rapidement ?

S11 : Non il est venu 48 h après l'installation des symptômes.

E : Et comment était-il au cabinet ?

S11 : Il n'avait pas de signes neurologiques, que des sensations à type de flou visuel, donc je l'ai fait hospitaliser et il a refait un accident par derrière.

E : Et était-il tout seul quand il est venu ici ?

S11 : Oui

E : Et quel âge a-t-il ?

S11 : 80 oui.

E : Et le diagnostic a été facile ?

S11 : oui car il a des antécédents cardiaques, c'est par rapport à ça,

E : Vous n'avez pas pensé à un autre diagnostic ?

S11 : Non.

E : Et à partir de là, quel a été votre prise en charge ?

S11 : Je l'ai envoyé à l'hôpital pour faire un bilan, un doppler, un bilan cardiaque.

E : Et il est parti directement à l'hôpital ?

S11 : Non il a dû repasser chez lui avant. Je ne l'ai pas fait prendre en charge par les pompiers, ni par un taxi ou par une ambulance car il n'y avait pas de signe assez flagrant au moment de la consultation.

E : Et vous avez mis en route un traitement ?

S11 : Non, car il a déjà un traitement lourd cardio, il prend un peu de Kardégic.

E : Vous avez fait un courrier ?

S11 : Oui pour les urgences, comme il faut passer par les urgences, on passe directement par les urgences.

E : Et à l'hôpital qu'est ce qu'ils ont trouvé ?

S11 : Euh, rien de bien significatif, ils ont supposé que c'était un accident ischémique transitoire, et il est rentré chez lui, il a fait par la suite un accident vasculaire plus significatif avec des parésies des membres supérieurs droits ou gauches je ne sais plus.

Mais on peut plus faire grand chose car il a déjà pas mal de traitement. Des accidents chez des sujets jeunes, je n'en ai pas vu récemment.

E : Qu'avez vous dit au patient, quelles ont été les informations transmises au patient ?

S11 : Que probablement il avait des petites plaques au niveau des carotides et qu'un petit bout avait dû partir pour lui donner ce type de symptomatologie.

Il a bien compris car il avait déjà eu des scanners cérébraux, des IRM.

E : Vous avez eu des retours de l'hôpital ?

S11 : Oui il envoie un courrier, mais trois semaines un mois après.

E : Avez-vous des contacts faciles avec l'hôpital ?

S11 : Oui, mais il faut passer par les urgences car on ne sait jamais quel lit est disponible dans quel service.

Surtout pour les personnes âgées, c'est encore plus compliqué !

E : Quand vous suspectez un AVC, avez-vous toujours le même raisonnement ?

S11 : Oui j'envoie systématiquement. Je me souviens un monsieur plus jeune, chez qui j'avais découvert de l'hypertension artérielle, un an avant, il est arrivé, ce n'était pas très explicites, c'était des paresthésies, il sentait plus sur le thorax gauche et des parésies sur le membre supérieur gauche, donc là j'ai eu peur que cela s'aggrave, je lui ai dit de toute suite aux urgences.

Il y a longtemps que je n'ai pas eu des hémiplegies, des aphasies franches...

Ça remonte à loin !

E : Et à votre avis à quoi cela est dû ?

S11 : Je pense que les patients appellent plus vite le 15 ou les pompiers. C'est l'affolement quand ce type de situations arrive et c'est souvent pour l'entourage. En tout ce n'a pas été le cas pour mon patient !

E : Que connaissez-vous des traitements disponibles sur Chartres dans le cadre de l'AVC ?

S11 : Pas de thrombolyse à Chartres, en plus c'est fait dans les services de radio ça.

E : Etes-vous informée des délais de prise en charge pour bénéficier de ce type de traitement ?

S11 : Il faut que ce soit rapide, dans un délai de trois à quatre heures, je crois. Si je me souviens bien. J'ai vu un soir à la télé, un truc qui passait sur les AVC, c'était à Paris, c'était les radiologues qui font ça, et il faut en plus que le radiologue sache faire ça et en plus il y a l'IRM et le scanner.

E : Ici, sur Chartres qu'est ce qui peut retarder la prise en charge à votre avis ?

S11 : ce n'est pas par rapport au patient, c'est qu'il n'y a pas les moyens techniques sur l'hôpital de Chartres. C'est tout. Quand il y avait des scanners à Paris il y a 25 ans, il n'y en avait pas à Chartres.

E : Et vous avez eu accès à des formations en neurologie ?

S11 : Non, je n'ai pas le temps, je ne suis pas du genre à me mettre sur Internet à partir de 11 heures du soir.

E : Et pensez-vous en avoir besoin ?

S11 : Mais sur la prise en charge immédiate nous on peut rien faire, donc il faut envoyer rapidement, donc c'est ça, on ne peut pas faire grand chose.

E : Quel est la place du médecin généraliste dans la prise en charge du patient atteint d'un AVC en phase aigüe ?

S11 : Nous c'est de la post-hospitalisation, éventuellement.

E : Et en pré-hospitalisation ?

S11 : A part sur la prévention cholestérol, HTA, tabac, c'est tout ce qu'on peut faire. Sinon on met tous les gens sous un peu de Kardégic et de statines (rires)... et voilà.

E : Avez ressenti des difficultés dans l'évaluation du diagnostic ou dans la prise en charge du patient ?

S11 : Non, non en plus le terrain était malheureusement propice.

E : enfin, qu'avez-vous pensé de votre prise en charge ?

S7 : Pas grand-chose, je pense toujours que cela peut être mieux. Mais je pense avoir fait ce qu'il fallait.

E : vous avez été thésée en quelle année ?

S11 : en 1983

E : vous avez passé votre thèse à quel endroit ?

S11 : à Lariboisière.

E : vous êtes installé depuis combien de temps ?

S11 : depuis 1984

E : Et vous êtes régulateur SAMU ?

S11 : non

E : avez-vous une activité en parallèle ?

S11 : expertise pour compagnies d'assurance et réparation juridique. Et une garde de temps en temps à la maison médicale.

E : Votre type patientèle, comment vous la qualifieriez ?

S11 : urbaine.

E : quel âge a votre patientèle ?

S11 : Patientèle de petits à 100 ans

E : Votre âge ?

S11 : 63 ans

E : à quelle fréquence rencontrez vous des AVC en phase aigue ?

S11 : On en voit plus beaucoup, on en voyait plus il y a 25 ans. Même j'ai des patients très âgés, mais même on n'en voit plus beaucoup. C'est comme les OAP, on en voit nettement moins avec la prévention des traitements.

2-3 par an, des petits et des gros même pas par an.

E : à quel stade vous voyez le plus d'AVC ?

S11 : surtout en post-hospitalisation

ENTRETIEN N°12

E : Quand je vous dis accident vasculaire cérébral, vous pensez à quoi ? La première idée ?

S12 : La première idée hémiplegie

E : La dernière fois que vous avez pris en charge un patient pour qui vous avez suspecté atteint d'un AVC c'était quand ?

S12 : C'était cette année, je ne sais pas quand

E : Ça c'est passé ou ?

S12 : Ça c'est passé ici en rendez-vous, il avait plutôt un AIT, d'accord, hypertension machin truc, il a été hospitalisé dans la nuit

E : Et quelle était son motif de consultation ?

S12 : Céphalées.

E : Depuis combien de temps ?

S12 : Depuis deux jours.

E : Qui n'avait pas régressé ?

S12 : Non...

E : Et qu'est ce que vous avez suspecté ?

S12 : J'ai pensé à une poussée d'hypertension car il n'avait aucun signe, et en fait c'était un AVC très localisé d'après l'histoire...

E : Et qu'est ce que vous avez fait au cabinet ?

S12 : Et bien je n'ai rien fait.

E : Et il est rentré à son domicile ?

S12 : Non il est rentré, non je l'ai même ramené à son domicile, parce que c'était le dernier de la journée et c'était le mari de la femme de ménage. Et après l'avoir ramené, je lui ai dit d'aller à l'hôpital si cela persistait la douleur.

E : Et arrivé à l'hôpital ?

S12 : Il y a une unité à l'hôpital de neuro qui prend en charge les AVC.

E : A l'hôpital de Dreux ?

S12 : Non là, il ya des neuro et après ils dispatchent.

E : Et ils ont diagnostiqué un AVC ?

S12 : Oui très localisé

E : Et vous ne pensiez pas à ce type de diagnostic ?

S12 : Non, il n'avait pas de symptômes, à part des céphalées.

E : Et vous n'avez pas changé son traitement au cabinet ?

S12 : Non il avait déjà cholestérol, machin, truc, Kardégic, et c'est un poly artériel

E : Quand vous suspectez un AIT, vous faites quoi en général ?

S12 : J'hospitalise car il faut faire des examens complémentaires et pris à temps

E : Vous ne le prenez pas en ambulatoire ?

S12 : Non, vous savez en fin de carrière, on a des schémas bien précis

E : C'est bien, car même en début de carrière, il y en a qui les ont pas ?

S12 : Ah mais ils ont peut-être besoin de gagner de l'argent, (rires), si on fait une prise de sang le machin le truc, moi j'ai un principe je fais comme si c'était pour moi.

C'est moins fréquent que les douleurs angineuses.

E : Et pourquoi, vous pensez que les patients viennent moins ?

S12 : Non, les patients sont plus suivis, du moins ceux qu'on connaît sont suivis, nous ils sont suivis on est sur rendez-vous, donc on n'a pas de consultations urgents, c'est trié, et à la limite si il ya quelque chose de grave c'est la secrétaire qui dit vous appelez le SAMU, c'est-à-dire c'est traité directement par le SAMU, nous on fait ça.

E : Et si par hasard vous en voyez un c'est vous qui appelait le SAMU ?

S12 : Oui, oui, on appelle le SAMU

E : Alors ils viennent ici ?

S12 : Ils sont déjà venu plusieurs fois ici, et même si on nous appelle pour une visite, que c'est ça, on appelle directement le SAMU et pouf

E : Et l'entourage entend bien l'urgence quand c'est un accident ischémique transitoire ?

S12 : On leur dit en trois mots, sinon ils vont être paralysés et là il s'arrête il ne parle même plus ils ont compris.

E : Et le contact avec l'hôpital comme ça se passe ?

S12 : Ah oui, on a le dossier qui arrive après avec ce qui a été fait, tout ce qui ont fait et tout ce qui est à prévoir Non non c'est bien, mais c'est un peu long.... Pour le retour, mais bon il est pris en charge

E : Mais vous êtes au courant des traitements qu'ils font à l'hôpital de Chartres ?

S12 : Ben ça dépend des notes, rires, je dirais, d'accord

E : Mais sur le délai ?

S12 : Il faudrait moins de quatre heures, ça serait bien, mais ça dépend à quelle heure ils ont appelé, il a pu déjà s'écouler une heure ou deux c'est comme ça

E : Que pensez vous de la place du médecin généraliste en première ligne ?

S12 : En première ligne... on est le médecin orienteur du Samu, en gros c'est ça, savoir détecter

Tant qu'on est là, car si c'est un autre médecin qui le voit, le temps qu'il vienne, il faut déjà avoir le patient dans la tête.

E : Et vous informez le patient sur leurs risques, car ils sont très au courant sur l'angine de poitrine ?

S12 : Oui ça aussi ils sont sensibilisés par rapport à ça

Moi je suis en fin de carrière donc j'ai beaucoup de vieux, et donc ils sont au courant, ils ont des copains qui en ont déjà faits,

Comme les jeunes sont sensibilisés par rapport à l'anévrisme, beaucoup plus qu'avant, avant ce n'était pas pour eux, donc c'est comme ça

E : Et vous aimeriez faire des formations ?

S12 : (Il me coupe) moi je ne fais plus d'études, je ne fais plus rien, vous voyez je me prépare au départ, demain c'est le golf, dans quinze jours c'est le Nil, vous voyez, donc je ne vais pas me fatiguer. Surtout que je suis hypotendu... rires

Si je regarde internet tous les jours avec tout ce qu'il nous envoie, c'est pas mal.

Quand je vous dis que je vais au golf (me montre l'écran de l'ordi) vous voyez j'ai déjà un beau parcours, et ça c'est antihypertenseur. Rires... non je ne peux pas faire études

Sur internet je regarde mes mails, il ya de tout quand je ne veux pas voir une personne, je regarde ça pendant 5 minutes, ça vaut une soirée de Chartres parfois, et ces soirées sont fatigantes. Ben oui, nous on travaille un peu

E : Et vous n'avez pas suivi de formation en début de carrière à côté ?

S12 : J'ai fais deux ans de rhumato, j'ai fais de la médecine du sport, j'ai fais la formation d'expertise médicale, on a deux jours de formations, mais c'est bien car on choisit ce qui nous plaît.

E : Et vous ne travaillez pas aux urgences et vous n'êtes pas régulateur SAMU ?

S12 : Non

J'ai fais une garde depuis 1977 et j'ai eu personne

Faire dix douze heures par jours ça me suffit amplement

E : Donc vous avez été thésée en quelle année ?

S12 : en 1975

E : vous avez passé votre thèse à quel endroit ?

S12 : à Tours.

E : vous êtes installé depuis combien de temps ?

S12 : depuis 1975

E : Votre type patientèle, comment vous la qualifieriez ?

S12 : urbaine, complètement

E : et quel âge a votre patientèle ?

S12 : Patientèle âgée qui se rajeunit, ça meurt et ça se régénère et qui me fait le regret de ne plus les voir dans deux ans

E : Votre âge ?

S12 : 63 ans

E : à quelle fréquence rencontrez-vous des AVC en phase aigue ?

S12 : C'est plus des AIT, honnêtement je ne sais pas, je vais vous dire 4, mais au moins un par an, ben oui j'ai des patients de plus de 80 ans

E : à quel stade vous voyez le plus d'AVC ?

S12 : surtout en post-hospitalisation c'est sûr !

E : Plus des patients en post AVC ?

S12 : Non pas plus, il n'y en a pas tant que ça franchement

E : D'accord merci

S12 : Ben c'est bien

ENTRETIEN N°13

S13 : Là vous arrivez un peu tard la dessus, avant ça se passait la nuit, on était appelé à domicile, maintenant qu'est ce qui se passe, un accident vasculaire cérébral en général on est disponible, ils appellent et disent AVC, il appelle le 15 et vont à l'hôpital et le tour est joué.

Enquêteur (E) : Dernier AVC ?

S13 : Alors si tu te mets en amont on soigne mieux les AVC, il ya la prévention, on soigne mieux l'HTA, en plus on détecte de plus en plus, des problèmes cardiaques avec les arythmies, d'autre part les souffles carotidiens aussi, on les explore et on les soigne, on inonde les gens de statines, je pense que cela aide aussi, je pense qu'en amont on est plus efficace, amis en ce qui concerne la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral, là où je pense que cela devient intéressant c'est l'AIT, c'est une urgence c'est celui là qu'il faut prendre en charge, bilancer le plus possible, pour ne pas arriver à l'AVC.

E : Le dernier patient ?

S13 : La dernière fois, ça remonte j'en avais une cette année, c'est un patient qui a eu un petit épisode confusionnel, avec délire, bon, le bilan je n'ai pas fait ce que j'aurais dû faire, c'est-à-dire l'envoyer aux urgences, en fait on a fait le bilan et c'était une sténose carotidienne qu'on a opéré.

E : Vous avez fait le bilan en ambulatoire ?

S13 : Ouais, mais je n'aurais pas dû car c'était une urgence. Je sais ce qu'il faut faire mais en pratique cela est différent. En plus c'est vachement difficile, en plus c'est un patient âgé donc c'est délicat, et c'est la croix et la bannière. En plus c'est en général l'entourage qui te raconte l'histoire, lui il s'en est à peine rendu compte, il va te dire que je ne suis pas malade mais à force de persuasion on y arrive mais c'est vachement difficile.

E : Qui vous a prévenu ?

S13 : C'était la famille qui m'avait appelé. Il est venu au cabinet mais il n'avait plus rien. L'examen clinique était normal à part le souffle. C'est vrai quand on fait l'anamnèse des arythmies par fibrillation auriculaire, c'est vrai qu'on se rend compte qu'il ya quelques événements qui sont passés inaperçus. Des gens qui n'ont pas consultés pour mais quand tu leur fais un scanner tu trouves un syndrome lacunaire.

E : Quel diagnostic avez-vous évoqué ?

S13 : Un AIT car c'est un poly artériel avec une hypertension artérielle.

E : Quel bilan avez-vous fait ?

S13 : Je l'ai envoyé à l'angiologue.

E : Vous avez fait un courrier ?

S13 : Ouais en général je fais un courrier, je les prends pas trop par la main, mais cela n'a pas été très rapide. Cela a mis à peu près une dizaine de jours.

E : Et quelles informations au patient ?

S13 : J'ai dit qu'il y avait probablement un problème vasculaire, il a quand même 83 ans le gars.

Bon sinon j'en ai eu un autre, quel âge il avait le père, un AVC massif, un patient que je suis pour HTA, asthme, 86 ans, je crois, tu sais maintenant on en voit de plus en plus d'éperonnés de plus âgées insuffisance cardiaque, deux épisodes d'insuffisances cardiaques, jamais hospitalisé pour ça, suivi par le cardiologue, mais on avait pas détecté d'arythmies à l'ECG qu'on avait pu faire, et puis là il a fait une hémiparésie gauche et ils ont appelé le 15 la nuit. Depuis il est rentré chez lui, il est sous anticoagulants et ils sont découverts une arythmie.

E : Il a été à quel hôpital ?

S13 : A Chartres, d'ici ils vont à Chartres. A son âge il n'a pas été accepté à Dreux.

E : Et la patient atteint d'un AIT ?

S13 : Il va mieux, pas de nouvel épisode depuis, dans ses antécédents, on avait déjà dilation artère rénale sur une

insuffisance rénale, ce qui n'a d'ailleurs pas arrangé son insuffisance rénale.

E : Qu'avez-vous pensé de votre prise en charge.

S13 : Je suis en FMC et l'AIT c'est une urgence point !

E : Avez-vous besoin de documentations à ce sujet ?

S13 : Tu sais que moi je suis partisan de la FMC, euh, bon je fais parti du département de la FMC à Tours et président de l'Ampel, je fais beaucoup de formations comme ça mais la lecture c'est plus difficile car quand tu as une journée bien remplie, tu n'as pas envie de lire des revues. Bon la formation elle se fait par les recommandations les recommandations on ne les lits pas toujours non plus, moi cela me gonfle et par manque de temps.

Je préfère être au contact des spécialistes, c'est comme ça qu'on se forme le mieux, et puis bien sûr l'expérience et la lecture, je suis abonné à la revue du praticien et quand il ya un article intéressant je le lis.

E : Mais pas plus en neurologie ?

S13 : Non, c'est ça la médecine générale, elle couvre tous les champs.

E : Qu'est ce que vous pensez de la place du médecin généraliste dans la prise en charge du patient atteint d'un AVC ?

S13 : Au niveau de l'AIT. Car au niveau de l'accident vasculaire constitué c'est le 15. Maintenant les médecins ne sont plus de garde 24h sur 24 comme autre fois ils ont une grande place dans l'AIT mais enfin ce n'est pas si fréquent.

E : Quelle est cette grande place ?

S13 : Je pense qu'un AIT chez un patient de 60 ans, même si moi je commence à voir des vieillards, c'est une prise en charge en UNV.

E : Donc pas de prise en charge en ambulatoire dans ce type de cas ?

S13 : C'est ce qu'on a fait jusqu'à maintenant mais je crois que maintenant c'est une urgence et qu'il faut l'hospitaliser. Ce qui est logique si on ne veut pas aboutir à l'AVC constitué. Mais bon le problème c'est qu'ici c'est Dreux. Alors comment on fait. On envoie le patient aux urgences de Chartres et c'est l'interne qui prend le relais et qui se fait engueulé, qui essaie de trouver une place. Mais bon on n'est pas à Paris. ?

E : Connaissez-vous le délai des traitements en urgence dans la cadre de l'AVC ?

S13 : Normalement c'est dans les 3 heures, en campagne c'est difficile on est à 25 km de Chartres et Dreux 50 km de plus. Alors il faudrait, mais je ne sais pas ce qu'il faudrait qu'on fasse. En cas d'AIT, il faudrait contacter le 15 et le SMUR. Et puis essayer d'avoir une place en UNV rapidement.

E : C'est ce qu'on dit de faire ?

S13 : Non, je sais c'est ça ce qu'il faut faire. De la à le pratiquer. Mais quand tu perds ton temps au téléphone, tu sais bien comment cela se passe. Donc il faut que cela soit diffusé come pour l'infarctus qu'il y ait un service d'urgences et diffusé dans les médias quand cas d'AIT ils doivent appeler.

La FMC ne suffit pas comme information pour les médecins mais il faut informer les patients comme pour l'IDM, ils le savent bien quand il y a une douleur thoracique.

Mais l'AIT pas du tout. C'est là qu'il y a une information à donner mais pas uniquement aux médecins mais aussi aux médias.

E : Vous aimeriez plus d'informations ?

S13 : Non, on voit comment on fait mais je mense qu'à l'AMPEL on pourrait faire une soirée AIT, idée de rafraichir et essayer de sensibiliser ...il y a beaucoup à faire ! Et oui !

E : Donc vous avez été thésé en quelle année ?

S13 : 1973

E : Vous avez passé votre thèse à quel endroit ?

S13 : à Marseille.

E : Vous êtes installé depuis combien de temps ?

S13 : depuis 1973

E : Faites-vous d'autres activités en dehors de médecin général ?

S13: Je fais parti du département de médecine générale de Tours au niveau enseignement mais sinon pas d'autre activités en dehors de la médecine générale en cabinet qui est déjà si vaste !

E : Avez-vous suivi des formations en neurologie ?

S13 : non

E : Et vous êtes régulateur SAMU ?

S13 : Non, c'est trop angoissant ! (rires du médecin)

E : Votre type patientèle, comment vous la qualifieriez ?

S13 : Rurale

E : Quel âge a votre patientèle ?

S13 : Tout âge mais maintenant plus de 60 à 90 ans.

E : Votre âge ?

S13 : 65 ans

E : à quelle fréquence rencontrez vous des AVC en phase aigue ?

S13 : Je dirais 3 à 4 par an quand même.

E : à quel stade vous voyez le plus d'AVC ?

S13 : Plutôt après l'hôpital.

ENTRETIEN N°14

E : quand je vous dis AV C vous pensez à quoi ?

S14 : La première chose c'est personne âgée

E : la dernière fois que vous avez pris en charge un patient atteint d'un AVC c'était quand ?

S14 : euh... Ce n'est pas si fréquent que ça en pratique, je dirais cela remonte à neuf mois je dirais ou six mois peut-être.

E : Comment ?

S14 : C'était une personne très âgée de 98 ans qui a dû faire un AVC très massif qui était donc inconsciente, que j'ai laissé chez elle jusqu'à ce qu'elle s'éteigne.

E : Vous avez été appelé ?

S14 : Oui à son domicile, par une famille qui était tout à fait au clair par rapport à cette question-là, après discussions avec la famille on a décidé de ne pas l'hospitaliser. Ce n'était pas un AVC sûr elle avait un Babinski d'un côté, elle avait des symptômes d'atteinte pyramidale chez une personne qui était bien jusqu'à présent. On a plutôt décidé des soins de confort, je ne sais plus. Cela a duré 24h ou 48 heures et après elle est décédée chez elle.

E : La famille vous a contacté ?

S14 : Oui elle m'a contacté car elle avait fait un malaise et qu'elle était inconsciente

E : vous vous êtes rendu rapidement ?

S14 : oui j'ai dû y aller assez rapidement surtout quand on a un appel comme ça !

E : Le diagnostic vous semble évident ?

S14 : Oui

E : Quelle décision avez-vous prise ?

S14 : Moi je pensais que le contexte de l'âge, je pensais qu'il valait mieux ne rien faire mais si la famille avait voulu l'hospitaliser je leur ai transféré à l'hôpital

E : Que pensez-vous qu'on aurait fait l'hôpital ?

S14 : Elle aurait eu le scanner et elle aurait attendu gentiment dans un lit

E : Quelle information avez-vous donné à la famille ?

S14 : Oui, je leur ai dit que cela pourrait être très probablement un AVC massif comme était inconsciente et que l'espoir de guérison est nul, fortement nul. Et je leur expliquais le choix soit transfert à l'hôpital et elle risquait de rester dans un coin pour avoir un scanner pour constater que c'était plus satisfaisant mais humainement peut-être moins, sur la laissée chez elle, qu'on mettait en place une hospitalisation à domicile et on l'a laissé mourir tranquillement. Mais c'est un peu biaisé car ce sont des gens que je connaissais bien, mais qui eux n'avaient pas envie de la voir à l'hôpital. J'ai contacté l'hospitalisation à domicile qui était tout à fait OK pour mettre ça en route ils ont mis un lit médicalisé, des soins de toilette etc.... Et 48 heures après elle est décédée.

E : Vous avez mis un traitement en route ?

S14 : Non aucun uniquement des soins de confort

E : le terrain était-il particulier ?

S14 : Oui un terrain particulier hypertendu.

E : Évoquez-vous l'accident ischémique transitoire dans l'AVC ?

S14 : Oui tout à fait.

E : Est-ce que vous vous rappelez d'un épisode d'accident ischémique transitoire ?

S14 : Euh... Si j'ai du mal à en retrouver c'est que j'en vois pas tellement et que les gens appellent volontiers le SAMU vont directement aux urgences.

E : Quel est votre prise en charge en général ?

S14 : Un accident ischémique transitoire chez quelqu'un qui va bien, j'essaie d'obtenir un scanner dans la journée quand même ça m'est déjà arrivé de le faire sans hospitaliser les gens, chez une personne assez âgée mais bien mais ça m'est déjà arrivé de le faire en externe mais en organisant tout, prends mon téléphone, cela permet de demander un traitement une fois l'imagerie faite. Mais comme j'ai une petite activité aux urgences, des vacations tous les 15 jours à UHTCD. Cela me permet de les envoyer plus facilement aux urgences, et de les reprendre à domicile plus rapidement pour avoir les scanners et tout le bilan.

E : C'est une urgence ?

S14 : Non cela reste urgent je n'attends pas trois semaines pour avoir le scanner

E : quelles sont les modalités de traitement ?

S14 : J'aime bien attendre les résultats du scanner. C'est à domicile c'est moi qui un store moi j'ai le téléphone facile ce que j'aime bien c'est appelé un neurologue ou de prendre mon scanner sous le bras de le montrer un neurologue. Car j'ai la chance de travailler en milieu urbain, de connaître les hôpitaux et les médecins de l'hôpital. Mais on n'a pas toujours le temps mais quand on a le temps je trouve cela plus satisfaisant pour les passions.

E : Vous n'avez jamais eu de problème ?

S14 : Non je n'ai pas eu de soucis. Pour moi prendre un accident ischémique transitoire à domicile cela n'est pas possible si on n'est pas disponible c'est un peu ce que je fais je laisse volontiers mon numéro de téléphone c'est dans des situations un peu périlleuses il faut aussi qu'il y ait une famille. C'est sur qu'une dame âgée tout seule je ne vais pas la laissée chez elle après un accident ischémique transitoire cela dépend surtout de nos disponibilités et du contexte.

E : Avez-vous ressenti les difficultés de prise en charge ? S14 : Ben non car c'était très serein et la famille était en phase avec moi c'est des conditions optimales mais ce n'est pas toujours comme ça.

E : Avez-vous des critiques par rapport à votre prise en charge ?

S14 : Non je pense avoir fait ce qu'il fallait dans ce cas.

E : Avez-vous eu des difficultés à envisager le diagnostic ?

S14 : Oui. Surtout en cas d'accident ischémique transitoire. C'est plus difficile à évoquer mais je n'ai pas d'exemple (rires) cela n'inquiète pas souvent les gens c'est vrai je me rappelle d'un patient diabétique et des paresthésies faciales ils savaient que je venais la semaine qui suit, il a donc attendu que je vienne le voir pour en parler ce type d'événements retarde la prise en charge.

E : Et par rapport à l'accident ischémique transitoire les patients sont-ils informés ?

S14 : Non ils ne connaissent pas bien alors que cela reste une urgence. Mais les gens ne peuvent pas tout savoir.

E : Qu'elle est la place du médecin généraliste dans cette prise en charge du patient atteint un AVC en phase aiguë ?

S14 : En premier recours ben oui. On aurait un rôle si les gens faisaient appel à nous. Moi j'ai le sentiment que les gens ne font pas appel à nous en premier recours mais si on est appelé en premier recours notre rôle est important, c'est de faire prendre conscience aux gens que ceux qui les ont n'est pas anodins. Ce n'est pas un manque de magnésium, c'est une pathologie potentiellement grave.

E : Recherchez-vous des informations en neurologie ?

S14 : Non pas récemment en tout cas.

E : Avez-vous besoin d'information ?

S14 : J'ai une vague idée de la thrombolyse je pense que c'est dans les six premières heures mais je pense que j'en aurais besoin. Ah c'est dans les 3h. Alors j'aurais vraiment besoin de formation mais 3h c'est extrêmement difficile

E : vous êtes installé depuis combien de temps ?

S14 : depuis 15 ans

E : quand est-ce que vous avez passé votre thèse et où ?

S14 : en 1993 à tour sur l'hospitalisation à domicile

E : comment pouvez-vous qualifier votre patientèle ?

S14 : urbaine je crois de tout âge mais un boulot de personnes âgées avec une moyenne d'âge entre 60 et 70 ans

E : quelle activité faites-vous en parallèle ?

S14 : je travaillais aux urgences avec une vacation tous les 15 jours.

E : Êtes-vous régulateur SAMU ?

S14 : Non

E : à quelle fréquence rencontrez-vous des AVC en phase aiguë ?

S14 : Peut-être un par an ! Je dirais deux à trois par an. Mais notre rôle est surtout en post hospitalier c'est beaucoup plus fréquent.

ENTRETIEN N°15

E : Quel âge avez-vous ?

S15 : 54 ans

E : Quand avez-vous placé votre thèse ?

S15 : en 1984 à Saint-Antoine à Paris

E : Vous êtes installé depuis combien de temps ?

S15 : Depuis janvier 1985

E : Avez-vous fait d'autres formations ?

S15 : oui, pendant trois ans trois car j'étais interne à l'hôpital de Chartres, un an en faisant fonction d'interne en chirurgie de polyclinique. J'ai également travaillé en PMI à la crèche.

E : Faites vous une formation de neurologie à côté actuellement ?

S15 : non pas de formation

E : Avez-vous suivi des formations en neurologie ?

S15 : J'ai suivi un séminaire sur les céphalées et les migraines ainsi que sur les neuropathies.

E : Comment qualifier votre patientèle ?

S15 : Semi urbaine, je pense qu'il y a 10 % de patients rurales.

E : À quelles fréquences voyez vous des accidents vasculaires cérébraux en première intention ?

S15 : Je pense à peu près un par an. Le post AVC est moins fréquent que le post infarctus du myocarde cependant le post avc et plus fréquent que le pré AVC

E : Quand je te dis AVC à quoi tu penses ?

S15 : Alors accident vasculaire cérébral, mais j'inclue aussi les accidents ischémiques transitoires, ceux sont des AVC de toute façon, quand tu les vois tu ne sais pas si cela va rester ou régresser. Au départ, ou si cela régresse tout de suite, pourquoi pas il peut avoir des accidents ischémiques très brefs à mon avis. Pas d'exemple récent, mais il y a même au cabinet des gens qui disent écoutez hier je ne bougeais presque plus mon bras, j'avais du mal à parler cela m'est arrivé une fois il y a longtemps mais après tout est redevenu normal. On ne les voit pas toujours en urgence.

E : Le dernier c'était quand ?

S15 : À l'hiver dernier.

E : Comment ça s'est passé ?

S15 : Alors au cabinet, c'est un patient que je ne connaissais pas, car c'est un patient de mon ex associé, et c'est pour ça que je pense que c'était en janvier ou février, car il est parti en décembre et la secrétaire qui le connaissait bien vient me voir pour me dire que je trouve qu'il est bizarre. Très bizarre en effet il voit des bêtes dans sa baignoire n'est pas comme ça d'habitude mais il était venu à pied. Il ne se plaignait de rien de l'autre mais comme il voyait des bêtes cela m'inquiétait. En effet, quand il est rentré dans le cabinet il avait une attitude totalement normale cohérente il voyait des bêtes ne savait qu'elle n'existait pas. Entre-temps il est allé se doucher chez sa femme et du coup et lui avait dit aussi qu'il y avait des bêtes dans ta baignoire. Elle lui avait dit mais non il n'y a pas de bête dans la baignoire. Il en était convaincu sans en être totalement convaincu. À part il n'y avait pas de maux de tête, une pression artérielle normale, bon je n'ai pas voulu laisser repartir en voiture dont j'ai fait faire venir une ambulance, je ne pensais pas du tout un accident vasculaire cérébral, je pensais plus à une décompensation diabétique. Surtout qui n'avait pas de maux de tête pas de déficit moteur est donc en fait il a été diagnostiqué un accident ischémique transitoire je ne sais plus le territoire.

E : Était-il accompagné ?

S15 : Non justement et c'était bien la difficulté. Il était venu en voiture, il avait passé sa voiture avenue de la gare il voulait partir à l'hôpital en voiture absolument. Moi je lui dis qu'il n'était pas question, parce que même avec sa cohérence en plus la secrétaire avait dit qu'il n'était vraiment pas comme d'habitude, bon j'ai dit non ça été tout un problème car il a fallu joindre l'ex femme et il fallait que l'ex femme joigne le beau-frère pour récupérer la voiture. En plus tu comprends on était un vendredi et

j'ai passé au moins 15 minutes pour régler le problème du transfert. Puis en fait j'ai appelé une ambulance par le 15 en expliquant que je ne pouvais pas laisser repartir solution voiture et qu'il était venu en voiture.

E : Quelle information as-tu donné à la famille ?

S15 : Je lui ai dit que j'hospitalisais son mari et je lui ai même passé son mari, secret médical oblige, je ne sais plus trop ce qui se sont dits et du coup il voulait qu'elle joigne le beau-frère pour la voiture. C'est vrai que c'est un détail matériel s'il était en train de faire un infarctus là il n'y avait pas d'urgence vitale. S'il avait été accompagné de sa femme, il serait parti avec sa femme ou son beau-frère est parti avec son beau-frère. Je n'aurais pas déplacé une ambulance. S'il avait eu un accident entre la gare et le Coudray je me serais senti responsable.

E : Quelle information as-tu donné au patient ?

S15 : Je lui ai dit qu'il était bizarre et que je ne sais pas ce qu'il avait mais qui m'inquiétait. Il était un peu réticent au début et après il a compris.

E : Cela a pris combien de temps ?

S15 : Ouh la ! Trois quarts d'heure je pense. Entre l'examen neurologique mais je ne me rappelle pas en avoir fait un complet, je ne m'orientais pas sur un AVC. Je me suis dit qu'il avait une tumeur cérébrale ou un diabète car j'avais déjà vu des décompensations comme ça. Je n'ai pas du tout évoqué un accident ischémique transitoire au complet. Je fais toujours un courrier je pensais à un processus intra-cranien mais l'AVC je l'avoue je n'y avais pas pensé. Il n'était pas désorienté, et remuez les gens n'avait pas de paralysie faciale pas de céphalées.

E : En général qu'est-ce qui te fait penser à un AVC ?

S15 : Tout ce qui est classique. Les hémiplegies les comas encore ou tout simplement ma patiente dernièrement avec AVC en vacances en Bretagne mais m'a raconté en promenade à la senti qu'elle se paralysé du bras gauche et que sais-je ne répondait plus de la même façon. C'était une part ici gauche s'est inquiétée est rentré. Ses amis ont appelé le 15 et on leur a dit vous avait une voiture d'aller à l'hôpital. Moi je trouve cela un peu scandaleux. Elle leur a dit nous ne sommes pas d'ici et on ne sait même pas où est l'hôpital. Ça été un refus systématique du SAMU mais débrouillez-vous. Arrivé aux urgences elle a attendu assez longtemps c'était un AVC. Maintenant elle a complètement régressé au niveau du visage mais reste un déficit léger de la main gauche elle est passée à la préfecture pour l'accord de la voiture qui lui a été acceptée maintenant elle conduit cela lui permet de faire de la kinésithérapie à domicile. C'est vrai qu'elle a eu très peur et en plus quand on le lui a dit débrouillez-vous aller aux urgences. Faut dire que là il y avait un défaut de moyens en particulier de transport. On envoie des ambulances pour moins que ça.

E : Avez-vous instauré un traitement au cabinet ?

S15 : Rien il est parti de mon ambulance en gros en cinq minutes. L'ambulance est arrivée rapidement ce qui n'est pas toujours le cas mais moi je suis un peu favorisé, étant régulateur SAMU et comme ils savent que cela bloque les autres consultations ils arrivent toujours envoyer quelqu'un d'autre. J'ai beaucoup interrogé le patient, je cherchais ce qui se passait. Depuis j'ai revu le patient qui va très bien pas de nouvel épisode il est resté un peu à l'hôpital où il a eu des examens complémentaires.

E : Avez-vous toujours le même raisonnement ?

S15 : Au téléphone, comme ça au 15 t je prends l'avis de l'hospitalier pour voir quels moyens j'engage, pour moi là il n'y avait pas d'urgence vitale car je te dis la pression

artérielle était bonne, il est venu sur ses deux jambes, le matin il était déjà venu voilà secrétaire. Je pense que c'était normal d'engager une ambulance pas les pompiers ni le mur. Je me serais peut-être méfié par téléphone car on ne voit pas le patient il n'y a pas de tension artérielle, je n'aurais pas laissé l'accompagner j'aurais pris l'avis de l'hospitalier et je renvoyais une ambulance. Au moins avec une ambulance ils peuvent prendre la pression artérielle. Si la possibilité d'elle en visite mais parfois je n'ai pas la possibilité d'y aller. Si c'est une dame qui appelle pour paralysie j'aurais appelé le 15. J'aurais appelé la dame pour lui dire qu'une ambulance allait venir.

E : Quels critiques apportées vous à votre prise en charge ?

S15 : Correct, mais que mon diagnostic était complètement naze mais le processus en intra crânien si pas, mais pour un sou un AVC.

E : Avez-vous ressenti des difficultés dans votre prise en charge au diagnostic ?

S15 : Pour le diagnostic oui la prise en charge a été compliquée et long car il n'était pas accompagné. Le diagnostic n'a pas été difficile pourtant j'ai fait beaucoup d'hospitalier comme interne mais j'avais jamais vu ça. En plus il était très cohérent mais une me paraissait bizarre. Après je me suis dit peut-être qu'il y ait une pathologie psychiatrique là-dessous.

E : Que pensez-vous de la place du médecin généralisant la prise en charge d'un AVC ?

S15 : Si tu fais allusion à la thrombolyse nous ne sommes pas habilités à le faire en plus il y a un délai à respecter je ne sais plus si ces deux ou 3h, les infarctus du myocarde c'est ça aussi. Bah il faudrait qu'on soit formé. Mais il faut une imagerie car il ne faut pas qu'il saigne. Donc de faire la thrombolyse à domicile au cabinet ce n'est pas possible. Normalement il est aux

premières loges mais avec la régulation de SAMU et moins de médecins certains non remplacé pendant les vacances il faut de plus en plus le 15.

E : Recherchez-vous des formations à ce sujet ?

S15 : Non parce que je me suis installée jeune dont j'ai des patients qui ne sont pas en âge de faire un AVC.

E : Ressentez-vous la nécessité des formations ?

S15 : Pas dans l'immédiat car pour l'instant les AVC que je voyais c'était quand on faisait des gardes, il n'y avait pas de régulation du 15. La formation si on peut faire une thrombolyse, sinon cela ne sert à rien mais il ne faut pas qu'on se substitue aux médecins d'urgence. En première ligne mais pour diriger le patient.

SERMENT D'HIPPOCRATE

**En présence des Maîtres de cette faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.**

**Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.
Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne
verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les
secrets qui me seront confiés et mon état ne servira
pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.**

**Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.**

**Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.**

**Avis favorable de la Commission des Thèses
du Département de Médecine Générale
en date du 26 Février 2009**

Le directeur de Thèse

**Vu le Doyen
de la Faculté de Médecine de Tours**

Académie d'Orléans – Tours
Université François-Rabelais

**Reconnaissance et prise en charge pré-hospitalière d'un patient atteint d'un AVC aigu
par le médecin généraliste du Bassin Chartrain:**

Etude qualitative à partir de 15 entretiens semi-dirigés

Résumé :

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est une urgence et le médecin généraliste souvent en première ligne. Pourtant, rares sont les études consacrées à la prise en charge par le médecin généraliste d'un patient atteint d'AVC en phase aiguë.

Objectif : Observer puis analyser ce que savent, disent et font les médecins généralistes dans leur pratique quotidienne à la phase aiguë de l'AVC.

Méthode : Etude qualitative prospective sur une durée de 5 mois à partir de 15 entretiens semi dirigés selon une trame standardisée et préalablement évaluée. Ces entretiens sont menés et enregistrés auprès de médecins généralistes du bassin de population chartrain, retranscrits en intégralité, interprétés par analyse de contenu, puis analysés au regard des référentiels de bonnes pratiques.

Résultats : Il existe des disparités dans les pratiques des médecins généralistes (prise en charge hospitalière ou ambulatoire, recours à des avis spécialisés, modalités du transfert, instauration d'un traitement en urgence). Malgré une bonne identification des symptômes et de l'urgence, ils éprouvent des difficultés dans la mise en place d'un parcours de soin, particulièrement lorsque le déficit a régressé. Ils méconnaissent le rôle des différents intervenants, la thrombolyse et l'efficacité de la prise en charge en unité neuro-vasculaire (UNV). Ils déplorent le manque de sensibilisation des patients à l'AVC et la difficulté d'accès aux spécialistes.

Conclusion : En Eure-et-Loir, les médecins généralistes restent souvent le premier interlocuteur choisi par le patient. De fait, ils sont partie intégrante du parcours de soin. Cependant, leur connaissance des référentiels professionnels s'avère insuffisante et source de retard de prise en charge spécialisée. Ils sont demandeurs d'informations sur les accidents ischémiques transitoires, les traitements et la place des différents intervenants ; reste à les impliquer au parcours de soin standardisé multidisciplinaire départemental.

Mots clés : Accident vasculaire cérébral
Recherche qualitative

Médecin généraliste

Jury :

Président : Monsieur le Professeur Bertrand De TOFFOL, Tours

Membres : Monsieur le Professeur Philippe CORCIA, Tours

Madame le Professeur Marie-Germaine BOUSSER, Paris

Monsieur le Docteur Jérôme GRIMAUD, Chartres

Madame le Docteur Geneviève VIAUD, Chartres

Date de la soutenance : 10 Mai 2011