

L'hôpital et VOUS



Le magazine de votre hôpital — N ° 13 — JANVIER 2026



AVC : Des services et une équipe de soins de pointe

L'Institut Jules Bordet, l'Hôpital Erasme,
l'Huderf, le CRG, le CTR et le Lothier, regroupés
pour vous offrir des conseils pratiques
pour votre santé

L'AVC : agir vite, protéger la vie

Chaque jour en Belgique, des femmes et des hommes voient leur vie basculer en quelques instants. Un visage qui s'affaisse, des mots qui ne sortent pas, un bras qui ne répond plus... Derrière ces signes soudains et troublant se cache souvent un accident vasculaire cérébral (AVC). Face à l'urgence, savoir reconnaître ces symptômes est décisif : agir vite peut tout changer.

A l'Hôpital Universitaire de Bruxelles, centre de référence certifié, nos équipes spécialisées en neurologie, urgences, radiologie, rééducation et recherche sont mobilisées en permanence, jour et nuit, pour préserver au maximum les capacités du patient victime d'un AVC. Chaque minute gagnée permet de mieux protéger la parole, la mémoire, la mobilité et plus largement, l'avenir du patient.

L'AVC ne concerne pas seulement "les autres" : une personne sur quatre sera concernée au cours de sa vie. Personne n'est à l'abri, quel que soit l'âge ou le mode de vie. Reconnaître rapidement les signaux d'alerte est donc essentiel. Un visage à moitié paralysé, une faiblesse brutale d'un bras ou une difficulté soudaine à parler ? N'attendez surtout pas, appelez immédiatement le 112. Même si les symptômes disparaissent rapidement, c'est souvent un avertissement à ne pas négliger.

Prévenir l'AVC, c'est aussi agir concrètement sur notre santé : surveiller régulièrement sa tension artérielle, maîtriser son cholestérol, gérer son diabète, arrêter de fumer, pratiquer une activité physique régulière, adopter une alimentation équilibrée. Ces petits gestes peuvent éviter de grandes épreuves. S'informer, soutenir la recherche médicale et diffuser largement les bons réflexes autour de soi, c'est déjà contribuer à sauver des vies.

Bonne lecture, et prenez soin de vous et de ceux qui vous entourent.

JEAN-MICHEL HOUARDY,
DIRECTEUR GÉNÉRAL MÉDICAL.



L'AVC : agir vite pour sauver le cerveau, à tout âge



Éditeur responsable | Sudinfo - Pierre Leerschool Rue de Coquelet 134 - 5000 Namur | **Rédaction** | Vincent Liévin et F.D. | **Comité de rédaction** : Renaud Witmeur (Directeur Général), Jean-Michel Hougardy (Directeur Général médical), Anna Groswasser (Directrice Générale Adjointe), Francis de Drée (Directeur Général Adjoint), Frédérique Meeus (Directrice Communication) | **Mise en page** | Sudinfo Creative | **Impression** | Rossel Printing

H.U.B.
HÔPITAL UNIVERSITAIRE
DE BRUXELLES
ACADEMISCH ZIEKENHUIS
BRUSSEL



DR NOÉMIE LIGOT
DIRECTRICE DE LA CLINIQUE
NEUROVASCULAIRE DE L'H.U.B.

Chaque minute compte. Imaginez : un matin, vous vous levez et votre bras refuse de bouger, votre bouche est asymétrique ou vous avez du mal à parler. Vous êtes peut-être en train de vivre un AVC. Et ce n'est pas rare : une personne sur quatre âgée de plus de 25 ans subira un AVC au cours de sa vie. Grâce à un centre de

référence exceptionnel, l'H.U.B. offre une prise en charge rapide, complète et personnalisée, de l'urgence à la rééducation, pour chaque patient, jeune ou âgé. Depuis 2018, l'H.U.B. est reconnu par l'European Stroke Organisation (ESO) comme le premier centre certifié « Stroke Center » en Belgique.

Mais qu'est-ce qu'un AVC ?

Le Dr. Noémie Ligot, Directrice de la Clinique Neurovasculaire de l'H.U.B. en détail ce qu'il faut retenir : « Un AVC, ou accident vasculaire cérébral, se produit lorsqu'une région du cerveau ne reçoit plus l'oxygène et les nutriments dont elle a besoin. »

Deux types principaux existent :

• **L'AVC ischémique** (85 % des cas) : un caillot bloque une artère, empêchant le sang d'at-

teindre certaines zones du cerveau.

• **L'AVC hémorragique** (15 %) : une artère se rompt et provoque un saignement dans le cerveau.

« Qu'il s'agisse d'un AVC ischémique ou hémorragique, les signes sont identiques : difficulté à parler, faiblesse d'un bras ou d'une jambe, perte ou trouble de la vision. Seul un scanner ou une IRM permet de faire la différence. »

L'AIT : un signal d'alerte

Un AIT, ou accident ischémique transitoire, se manifeste comme un AVC mais disparaît rapidement, souvent en moins d'une heure. Bien que les symptômes

s'estompent vite, il s'agit d'un signal d'alarme : le risque d'AVC majeur dans les jours suivants est élevé. Il faut agir immédiatement.

Comment reconnaître un AVC ou un AIT ?

La règle d'or : F.A.S.T

- **Face** : affaissement d'un côté du visage
- **Arm** : faiblesse d'un bras ou d'une jambe
- **Speech** : troubles de la parole ou du langage
- **Time** : chaque minute compte, appelez immédiatement le 112

« Même s'il semble passer, il indique souvent un risque imminent d'AVC plus grave. Il faut aller immédiatement aux urgences. Chaque minute compte pour protéger le cerveau », rappelle le Dr. Noémie Ligot, Directrice de la Clinique Neurovasculaire de l'Hôpital Universitaire de Bruxelles..

Quelles sont les causes ?

Pour l'AVC ischémique, le plus fréquent, il existe des traitements spécifiques en phase aigüe.

Les causes varient selon l'âge et l'état de santé : Chez les personnes âgées (65 ans et +), l'accumulation de facteurs cardiovasculaires sur des années fragilise les artères. L'athérosclérose (dépôts dans les grosses artères) ou la microangiopathie (atteinte des petites artères) sont fréquentes. La fibrillation auriculaire (un trouble du rythme cardiaque) est aussi un facteur majeur, car elle peut entraîner des caillots qui migrent jusqu'au cerveau.

Chez les personnes dites "patients jeunes" (avant 45-55 ans),

les causes diffèrent souvent de celles des personnes âgées et ne sont généralement pas liées aux facteurs de risque cardiovasculaires habituels : dissection d'une artère du cou (suite à un traumatisme, un mouvement brutal ou certaines pratiques sportives), certaines anomalies cardiaques congénitales comme le foramen ovale perméable (ndlr : une petite communication entre les deux cavités supérieures du cœur - les oreillettes - qui persiste chez certaines adultes, alors qu'elle devrait se fermer à la naissance), consommation de drogues comme la cocaïne ou les amphétamines, troubles de la coagulation ou plus rarement un infarctus survenant lors d'une aura migraineuse prolongée.

L'AVC chez les jeunes : un message d'alerte

Les jeunes victimes d'AVC nécessitent une approche diagnostique spécifique : IRM du cerveau spécialisée, échographie cardiaque, doppler des artères du cerveau et bilan sanguin étendu. L'objectif est de comprendre la cause exacte pour adapter le traitement et prévenir une récurrence. Dans certains cas, malgré une recherche exhaustive, aucune cause n'est retrouvée.

Cela ne signifie pas qu'il n'y a pas de solutions : un suivi adapté et des mesures de prévention permettent de réduire fortement le risque de nouvel AVC. Le Dr. Noémie Ligot insiste : « Même chez un jeune adulte sans facteur de risque classique, un AVC peut survenir. Il est essentiel de ne jamais minimiser les symptômes. » et voir ses soins s'améliorer.



Comment un AVC est pris bien en charge au H.U.B. ? 5 étapes à retenir

“L'objectif est de comprendre précisément la cause de l'AVC, afin d'adapter le traitement et prévenir au mieux les récurrences. Même si la cause n'est pas trouvée dans 100 % des cas, l'équipe peut déterminer la meilleure stratégie de prévention pour chaque patient”, explique le Dr. Ligot.

1. La phase aiguë : agir vite pour sauver le cerveau

Dès l'arrivée aux urgences, le patient bénéficie de :

- **Un scanner cérébral**, qui permet avant tout d'exclure une hémorragie mais aussi d'évaluer les premières lésions liées à l'ischémie, un angio-scan, pour localiser exactement le caillot et évaluer l'état des artères.
- **Un scanner de perfusion**, qui permet de distinguer les zones du cerveau encore sauvables de celles déjà irrémédiablement touchées.

Ces informations guident le traitement :

- **La thrombolyse** consiste à injecter dans les veines un médicament qui dissout le caillot. Elle doit être administrée le plus rapidement possible pour être pleinement efficace. Elle est en général réalisée dans les 4,5 premières heures, mais, grâce à l'imagerie de perfusion, certains patients peuvent encore en bénéficier jusqu'à 9 heures après le début des symptômes.
- **La thrombectomie** est une intervention endovasculaire qui retire le caillot directement dans l'artère, réservée aux occlusions des grosses artères du cerveau. Elle doit être réalisée le plus rapidement possible : plus l'intervention est précoce, plus elle est efficace. Elle est habituellement réalisée dans les 6 premières heures, mais, grâce à l'imagerie de perfusion, certains patients peuvent encore en bénéficier jusqu'à 24 heures après le début des symptômes. Ces interventions sont réalisées 24h/24, 7j/7, par une équipe spécialisée prête à intervenir immédiatement, même le week-end et la nuit.

2. Le suivi et la recherche de la cause

Une fois l'AVC stabilisé, la mise au point diagnostique est exhaustive :

- **Imagerie détaillée** pour détecter dissections, anomalies vasculaires ou infarctus silencieux.
- **Bilan cardiaque** pour rechercher une fibrillation atriale ou un foramen ovale perméable.
- **Analyses sanguines** pour détecter des troubles de la coagulation ou des facteurs inflammatoires.

3. La rééducation et le soutien global

La récupération ne s'arrête pas à l'hôpital :

- **Les patients bénéficient d'une rééducation** adaptée (kinésithérapie, logopédie, ergothérapie, neuropsychologie) dès les premiers jours.
- **Un suivi psychologique** est proposé pour aider à surmonter le stress, l'anxiété ou la dépression liés à l'AVC.
- **L'éducation du patient** et de sa famille sur les facteurs de risque et la prévention est essentielle : hypertension, tabac, cholestérol, activité physique, alimentation équilibrée.

4. Un centre de référence unique

L'H.U.B. dispose d'une Stroke Unit de référence, avec :

- **10 lits monitorés** dédiés à la surveillance des AVC.
- Des neurologues vasculaires et neuroradiologues interventionnels, formés et disponibles pour superviser chaque intervention.
- Une équipe multidisciplinaire (radiologues, urgentistes et infirmiers spécialisés, kinésithérapeutes, logopèdes, etc.) constamment formée aux techniques les plus récentes.
- Plus de 120 interventions de thrombectomie par an, ainsi qu'un suivi régulier des patients après AVC.

5. Prévention : agir avant l'AVC

La prévention reste le pilier central :

- **Contrôle des facteurs cardiovasculaires** : tension, cholestérol, diabète, poids.
- **Arrêt** du tabac et limitation de l'alcool.
- Activité physique régulière, limitation du stress et alimentation équilibrée.

Des équipes spécifiques à chaque étape de la prise en charge médicales

Au niveau médical, l'H.U.B. dispose d'une unité AVC (auss appelée "Stroke Unit") dans la Clinique Neurovasculaire qui effectue des interventions chirurgicales (la thrombectomie et la thrombolyse) pour déboucher les artères et refaire passer le flux sanguin normalement afin de limiter au maximum les lésions cérébrales. Au niveau paramédical, Le Centre de révalidation fonctionnelle neurologique ambulatoire pour adulte (CRFNA) rassemble une équipe multidisciplinaire composée de logopèdes, de kinésithérapeutes, d'ergothérapeutes, d'une psychologue, de neuropsychologues, de médecins et d'une assistante sociale qui place le patient au cœur de la prise en charge et travaillent tous en étroite collaboration pour répondre au mieux à ses besoins, mais aussi à ses objectifs personnels.

Les ergothérapeutes proposent, en collaboration avec les logopèdes, des outils de communication, notamment en phase aiguë, et observent la façon dont le patient se débrouille, ils analysent ses capacités et évaluent la sévérité du trouble. Ils proposent aussi des exercices, comme par exemple, faire des catégories, assembler des mots ou encore récupérer le geste moteur pour l'écriture et mieux contrôler les mouvements pour la précision. Les neuropsychologues travaillent sur les fonctions cognitives telles que la mémoire, l'attention, et la concentration, qui sont indispensables à la rééducation du langage et de la parole. Les kinésithérapeutes aident le patient à travailler sa posture, car cette dernière joue sur la respiration et donc sur l'expression orale. Une psychologue dédiée au service qui accompagne le patient, mais aussi les aidants proches, dans la gestion émotionnelle et mentale de la vie après un AVC.

Certains logopèdes sont présents à la "Stroke Unit" et rencontrent les patients en phase dite "aiguë", c'est-à-dire, quand ils viennent de faire un AVC. Ils évaluent si le patient souffre d'un trouble de la déglutition pour déterminer s'il est apte à manger ou pas. Ensuite, le patient qui en a besoin est pris en charge dans le service de Révalidation Neurologique, en hospitalisation, car même si les patients sont plus stables médicalement, ils ont souvent encore besoin d'un suivi médical. D'autres logopèdes poursuivent le suivi des troubles de la déglutition (dysphagie) s'ils ne sont pas résolus et les troubles du langage (aphasie) et de la parole (dysarthrie) seront pris en charge. La rééducation pourra alors commencer. Enfin, quand le patient entre en phase chronique, quand il doit vivre à moyen ou long terme avec les troubles induits par l'AVC, logopèdes et neurolinguistes interviennent pour comprendre comment les choses se passent à domicile et pour faire le lien entre ce qui se passe dans le bureau et ce qui se passe à l'extérieur : il s'agit d'une étape importante, le transfert des acquis.

Anatomie d'une chute : les troubles de l'équilibre après un AVC



SARA BEN CHEKROUN
KINÉSITHÉRAPEUTE
AU SERVICE DE NEUROLOGIE
DE L'H.U.B.

Un risque élevé

On sait qu'une personne qui a fait un AVC après 65 ans présente un risque de chute 3 fois plus élevé qu'une personne de 65 ans qui n'a pas fait d'AVC.

Il s'agit vraiment d'un problème majeur pour cette population à risque. De plus, on observe qu'il y a également un lien entre la dépression et le risque de chute : 30 à 50 % des patients qui ont fait un AVC et qui perdent leur autonomie du jour au lendemain, tombent en dépression et ont plus tendance à faire des chutes.



À l'occasion de l'atelier patients-soignants qui est organisé ce par la Clinique Neurovasculaire sur les troubles de l'équilibre après un AVC, Sara Ben Chekroun, kinésithérapeute au Service de Neurologie de l'H.U.B. revient sur les points d'attention à surveiller chez le patient, à l'hôpital et surtout à domicile pour éviter les chutes.

Après un AVC, des troubles de l'équilibre peuvent survenir si la

partie du cerveau qui est atteinte est directement responsable de l'équilibre, mais aussi si les autres zones du cerveau qui sont touchées provoquent des séquelles (comme par exemple : paralysie, perte de force, d'un côté du corps ou un seul membre, difficulté à sentir sa jambe ou le sol sous le pied, baisse de l'acuité visuelle) dont les conséquences résultent dans des troubles de l'équilibre. D'autres troubles qui surviennent après un AVC (troubles cognitifs,

moteurs, de la concentration, de l'attention) ainsi que la fatigue, peuvent entraîner des troubles de l'équilibre et constituer de sérieux facteurs de risque de chute. La fatigue est probablement le symptôme le plus sous-estimé car, elle persiste longtemps après un AVC, elle peut engendrer des états de faiblesse, la baisse de l'attention et de la concentration, notamment chez les patients âgés de plus de 65 ans.

Quels risques augmente les chutes ?

1. Les troubles de l'équilibre et les risques de chute qui en découlent peuvent également être induits par des facteurs externes comme une mauvaise médication ou un environnement inadapté.

2. Un patient qui a fait un ou plusieurs AVC peut prendre des médicaments tels que des antidouleurs, des anticoagulants, des antidépresseurs ou des diurétiques. Il faut aider le patient à gérer sa médication, car s'il en prend trop ou pas assez, il va souffrir d'effets secondaires importants comme l'incontinence, l'incapacité à gérer des changements de position, les chutes de tension au moment de se lever ou encore les « yoyos glycémiques », notamment chez les patients diabétiques, qui vont interférer avec les risques de chute (aller aux toilettes, par exemple, peut entraîner des chutes).

3. L'environnement de vie d'un patient qui a fait un AVC doit être repensé pour éviter les chutes : la présence de tapis, d'escaliers sans rampe, d'obstacles dans la maison, une mauvaise lumière ou ne serait-ce que de mauvaises chaussures ou pantoufles peuvent accroître le risque de chute. Parfois, c'est ce qui limite le retour à domicile. Les familles ne com-

prennent pas toujours pleinement ce qu'est un AVC et ils n'ont pas conscience de la portée des troubles et des déficits occasionnés. Il faut savoir qu'un tiers des patients qui ont fait un AVC gardent un handicap au quotidien, même un an après.

4. Les chutes les plus fréquentes ont lieu au domicile ou lors des transferts, quand le patient doit passer de la station couchée à debout, pour aller à la douche ou aux toilettes par exemple. La salle de bain et les toilettes sont deux environnements qui provoquent énormément de chutes.

5. Si le patient se dégrade trop et que la famille ne se sent plus capable de prendre soin de lui à domicile, il est envoyé en maison de repos.

6. Il est conseillé aux patients de faire vérifier la vision et l'audition du patient car elles impactent fortement l'équilibre.

7. Chaque semaine, une évaluation des risques de chute est réalisée chez les patients plus âgés qui sont en révalidation.



Peut-on faire des crises d'épilepsie après un AVC ?

Quand on vit un AVC ou quand l'un de nos proches en traverse un, l'urgence est d'abord à la survie, à la récupération, à la rééducation. Mais plusieurs semaines ou plusieurs mois plus tard, certains patients font face à un phénomène inattendu : des crises d'épilepsie, alors qu'ils n'en ont jamais eu auparavant. Cela peut surprendre, inquiéter, parfois être mal interprété. Le Professeur Nicolas Gaspard, Directeur du Service de Neurologie de l'H.U.B. fait le point sur cette question :



PR NICOLAS GASPARD
DIRECTEUR DU SERVICE
DE NEUROLOGIE DE L'H.U.B.

1. Pourquoi une crise d'épilepsie peut apparaître après un AVC ?

Un AVC laisse une petite cicatrice dans le cerveau. Chez environ 1 patient sur 10, cette cicatrice devient le point de départ de crises d'épilepsie. Cela n'a rien à voir avec les crises éventuellement survenues le jour de l'AVC : celles-ci sont provoquées par l'événement aigu, alors que l'épilepsie est une maladie qui s'installe dans le temps. "Ce phénomène n'est pas rare, surtout lorsque l'AVC a été sévère ou qu'il s'agissait d'un AVC hémorragique", précise le Pr. Gaspard.

2. Et si la personne était déjà épileptique ?

"C'est une situation beaucoup moins fréquente. L'AVC ne change généralement pas la nature de l'épilepsie déjà existante. Mais il faut savoir que chez les personnes de plus de 65 ans, l'épilepsie d'origine vasculaire (liée aux vaisseaux) est très fréquente", explique le Pr. Gaspard. Autrement dit : lorsqu'une personne âgée commence à faire des crises d'épilepsie, cela peut être un signe qu'elle est à risque

de faire un AVC. Dans ces cas, les médecins mettent en place une prévention stricte, comme s'il s'agissait d'un premier AVC.

3. Quels signes doivent alerter après un AVC ?

Les crises d'épilepsie peuvent prendre des formes très différentes. Elles ne ressemblent pas toujours aux convulsions « classiques ». Voici ce qui doit pousser à consulter rapidement : une perte de connaissance, même brève, des secousses involontaires, un trouble soudain du langage ;

Ces manifestations peuvent ressembler à un nouvel AVC, ce qui rend le doute encore plus légitime. Dans le doute : appelez le 112 ou la Stroke Unit de l'H.U.B.

4. Comment pose-t-on le diagnostic ?

Le plus souvent, c'est l'histoire racontée par le patient ou ses proches qui aide le mieux. Un enregistrement du cerveau (Electro encéphalogramme - EEG) peut montrer des anomalies, mais il n'est pas toujours révélateur. "Quel que soit le résultat, les médecins se basent surtout sur ce que vous décrivez", souligne le Pr. Gaspard.



Comment réduire le risque de nouvelles crises ?

Quelques gestes simples peuvent faire une vraie différence :

- Bien suivre son traitement, tous les jours ;
- Utiliser un pilulier, des alarmes, ou demander l'aide d'un proche en cas de difficultés ;
- Avoir un sommeil régulier et de qualité ;

- Limiter la consommation d'alcool ;
- Signaler à son médecin tout nouveau médicament, car certains peuvent favoriser les crises.

Contactez-nous par téléphone au +32 (0)2 555 33 52 ou par email à cons.neuro.erasme@hubruxelles.be

5. Des traitements efficaces

La bonne nouvelle, c'est que les épilepsies liées à un AVC répondent très bien aux traitements : la très grande majorité

des patients ne font plus de crise avec un médicament adapté. Les médecins choisissent le traitement en tenant compte : de l'âge, de la mémoire et de l'attention (certains médicaments peuvent les influencer), des autres traitements déjà pris.



Les troubles de la parole et du langage après un AVC



LAURA MORALDO
LOGOPÈDE
HÔPITAL ERASME - H.U.B.



COSTANZA ROLLO COLLURA
LOGOPÈDE
HÔPITAL ERASME - H.U.B.



AGNÈS BRISON
NEUROLINGUISTE
HÔPITAL ERASME - H.U.B.

À l'occasion des ateliers de l'AVC organisés par la Clinique Neurovasculaire de l'Hôpital Erasme - H.U.B., Laura Moraldo et Costanza Rollo Collura, Logopèdes, et Agnès Brison, Neurolinguiste, expliquent les implications des troubles de la parole et/ou du langage qui apparaissent chez les patients.

Quelle est la différence entre les troubles du langage et de la parole ?

Un trouble du langage acquis (aussi appelé "aphasie") est celui qui se manifeste chez les patients qui avaient normalement développé le langage avant leur AVC. Ce trouble se traduit par l'incapacité du patient à utiliser le langage pour comprendre l'autre ou s'exprimer, tant à l'oral qu'à l'écrit. Il touche le lexique (les mots), la syntaxe (la phrase) ou encore les aspects "pragmatiques" de

la communication, comme la compréhension de l'humour, de l'implicite, du second degré, tout ce qui est compliqué dans la relation du patient avec les autres.

Le trouble de la parole (aussi appelé "dysarthrie"), touche, quant à lui, la capacité du patient à produire les mots qui sont dans sa tête, à enchaîner des sons lorsque les phrases sont longues ou que les séquences de sons sont complexes (ex. successions de consonnes, sons proches comme p/b ; l/n). Donc, la dysarthrie est une difficulté à articuler correctement. Elle peut aussi poser des problèmes quant à l'utilisation de la voix.

Quelles conséquences des troubles du langage et de la parole ? Est-ce irréversible ?

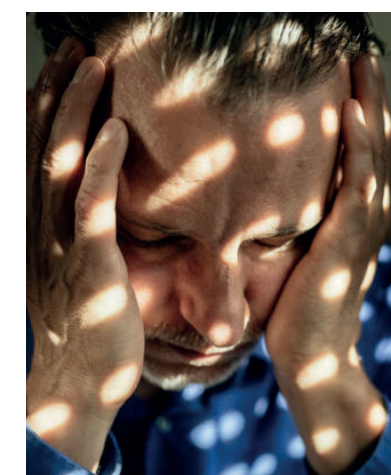
"Généralement, nous expliquons au patient que les zones qui ont été touchées ne feront plus leur travail, mais que d'autres zones qui n'étaient pas nécessairement habilitées ou dont ce n'était pas le rôle vont prendre le relais. C'est ce que l'on appelle la « plasticité cérébrale », le cerveau a des capacités de réorganisation des connexions nerveuses. La récupération va dépendre de nombreux facteurs tels que la localisation et la taille de la lésion, l'âge, la motivation, la présence ou non de difficultés cognitives plus larges (mémoire, attention, etc.)."

Pour le patient, l'impact est surtout d'ordre psycho-social car il rencontre des difficultés majeures à échanger et interagir avec son entourage (personnel et professionnel). Cette incapacité entraîne de véritables frustrations, surtout quand le patient est conscient de son trouble et de ses difficultés. "Les patients disent souvent "J'ai le mot en tête, mais il ne veut pas sortir", ils ont vraiment le sentiment d'avoir le mot sur le bout de la langue sans pour autant parvenir à l'exprimer. Quand vous vivez cela toute la journée au quotidien, cela entraîne une forme d'isolement, la baisse de l'estime de soi..."

Les troubles de la parole et du langage chez les patients qui ont fait un ou plusieurs AVC consti-

tuent également un défi pour les soignants. « C'est pourquoi nous disposons de toute une série d'outils qui, en fonction des capacités du patient, nous permettent, dans la plupart des cas, de le comprendre et de répondre à ses besoins. Nous utilisons des images, des mots écrits, des questions orales fermées (à laquelle il faut répondre par oui ou par non), l'écriture ou encore le dessin pour permettre au patient de s'exprimer et d'atténuer sa frustration. »

A son domicile, le patient a besoin d'un environnement calme. Un patient qui a fait un AVC ressent une fatigue extrême jusqu'à 2 ans après son accident.



Trois conseils concrets au quotidien

1. Les patients ont évidemment besoin de plus de temps pour formuler des mots et des phrases, il est important, même si la tentation est forte, de ne pas finir leur phrase à leur place, de ne pas les interrompre, de ne pas faire semblant de les comprendre car c'est très infantilisant et cela risque de "casser" leur désir de communication et leur motivation.

2. Les questions fermées, celles auxquelles il faut répondre par oui ou par non, sont une excellente technique de communication.

3. Les exercices du récapitulatif ou de reformulation sont aussi très utiles aux aidants qui souhaitent s'assurer qu'ils ont bien compris ce que le patient a voulu dire.



Obésité : un facteur clé dans la prévention des AVC

Dans le cadre des **Mar-dis de l'AVC**, le **Dr Pascale Chasseur**, Endocrinologue, Hôpital Erasme - H.U.B. parle du **contrôle des facteurs de risque de l'AVC et, notamment, de l'obésité**.

Pierre, 58 ans, père de deux enfants et amateur de bonne cuisine, a fait un AVC il y a huit mois. Depuis, sa vie a radicalement changé. « Je n'avais jamais été un grand sportif », dit-il avec un sourire un peu coupable. « Mais je ne pensais pas que mes kilos en trop me mettraient un jour en danger de mort. » Suite à son hospitalisation à l'Hôpital Erasme, Pierre a été orienté vers le Dr Pascale Chasseur, endocrinologue spécialisée dans les facteurs de risque cardiovasculaire liés au métabolisme. Elle suit de nombreux patients comme lui, avec un objectif clair : prévenir la récurrence.

Quels sont les facteurs à surveiller après un AVC ?

L'hypertension artérielle, le diabète, l'hypercholestérolémie, le tabagisme, l'inactivité physique, les apnées du sommeil, et bien sûr... l'obésité. Ce dernier fac-

teur est central. Le risque d'AVC se majore linéairement avec le surpoids.

« Pour chaque unité de BMI (ndlr : Body Mass Index - Indice de Masse Corporelle IMC) supplémentaire (en partant d'une BMI de 20 kg/m²), le risque d'AVC augmente de 5%. Or, l'obésité est étroitement liée aux autres facteurs de risque : le tissu adipeux en excès, au niveau abdominal essentiellement favorise la résistance à l'insuline, l'hypertension, le diabète, l'hypercholestérolémie... menant à l'athérosclérose et donc... à l'AVC. Or une perte de poids de 5-10% permet de diminuer significativement l'impact de ces facteurs de risque », explique le Dr. Chasseur

Et concrètement, que peut faire un patient ?

Pour Pierre, le choc de l'AVC a été le déclic. « Au début, j'étais perdu. Je savais que je devais changer, mais je ne savais pas par où commencer. » C'est là qu'intervient l'équipe de l'hôpital. Le Dr Chasseur l'explique : « On évalue d'abord l'obésité et ses comorbidités avec le patient, on l'informe, puis on le conseille et on l'ac-

compagne. Il ne s'agit pas de le culpabiliser, mais de construire ensemble un plan réaliste. Cela passe par une approche pluridisciplinaire. »

À l'Hôpital Erasme, cela inclut :

- Un suivi diététique personnalisé, avec des conseils adaptés au mode de vie (ex : régime méditerranéen).
- Un accompagnement à l'activité physique qui aide à reprendre le sport en douceur.
- Un soutien médicamenteux, avec notamment les traitements de type GLP-1 (perte moyenne de 13 %-20% du poids 2 en 72 semaines, selon les études).
- Une évaluation pour la chirurgie bariatrique, si le patient est en obésité sévère (IMC > 35-40) avec comorbidités.

Perdre du poids, est-ce vraiment efficace pour lutter contre les AVC ?

« Oui, même une perte modeste de 5 à 10 % du poids peut améliorer la glycémie, la tension artérielle, le cholestérol, les apnées du sommeil et donc réduire forte-

ment le risque d'un nouvel AVC. On sait aujourd'hui que même dans les 48 heures après un AVC, un bon contrôle glycémique a un impact positif. » comme le rappelle le Dr Chasseur. « Ce n'est pas juste "manger moins et bouger plus". C'est un combat global, qui demande du temps, de la bienveillance, et un soutien psychologique ».

Pierre a impliqué sa compagne dans ses efforts. « On a changé nos habitudes ensemble. On cuisine plus sainement, on marche tous les jours. Et surtout, on se motive à deux. »

Comme sa compagne, les aidants proches jouent un rôle crucial. Ils peuvent encourager la pratique d'activité physique à deux, adapter l'alimentation familiale, aider à suivre les bilans biologiques (suivi de la glycémie, de la tension, du cholestérol), être des relais d'écoute, sans jugement...



DR PASCALE CHASSEUR
ENDOCRINOLOGUE,
HÔPITAL ERASME - H.U.B.

AVC : Comment prévenir l'épuisement des aidants proches ?



À quelles aides avez-vous droit ?

- **ASBL Aidants Proches** : informations, ateliers, groupes de soutien.
- **Services d'aide et de soins à domicile** : aide familiale, infirmières, ergonomes.
- **Centres de jour** : accueil du patient une ou plusieurs journées par semaine pour offrir du répit.
- **Équipes mobiles spécialisées** : accompagnement à domicile, conseils, adaptations.
- **Psychologues** : via plateformes et mutuelles, avec remboursement partiel.
- **CPAS et mutuelles** : aides financières selon les situations.



JESSICA HENDRICKX
PSYCHOLOGUE À L'H.U.B.



GÉRALDINE DECROLIÈRE
ASSISTANTE SOCIALE À L'H.U.B.

Au cœur du rétablissement de chaque patient, l'équipe médicale et les aidants proches, ces héros du quotidien, apportent une pierre indispensable à la qualité du suivi d'un patient. Jessica Hendrickx, psychologue à l'H.U.B., et Géraldine Decrolière, assistante sociale à l'H.U.B., accompagnent au quotidien les aidants proches des patients ayant fait un AVC. Elles racontent ce que vivent les aidants... et comment leur éviter l'épuisement. « Un AVC change une personne. Et cela change toute la famille », explique Géraldine.

Motricité modifiée, difficultés de compréhension, troubles du langage, émotions instables... L'aidant doit souvent réapprendre à vivre avec un proche qui ne réagit plus comme avant. La charge est immense : Organisation des soins, surveillance quasi permanente, aménagement du domicile, gestion de la fatigue du patient, chocs émotionnels répétés.

L'aidant ne doit pas s'oublier : 6 éléments à retenir pour eux

Fatigue physique des transferts, des toilettes ou des repas, Être aidant n'est pas un rôle qu'on choisit. C'est un acte d'amour. Mais aimer ne signifie pas s'oublier. « Pour bien aider quelqu'un,

il faut aller bien soi-même », rappelle Jessica. Géraldine ajoute : « Quand l'aidant refuse toute aide, c'est parfois déjà le signe qu'il est trop fatigué. »

- La peur d'un nouvel AVC,
- La tristesse de voir le proche changer,
- La frustration de journées imprévisibles,
- L'isolement social,
- Le manque de répit,
- La pression de "bien faire".

Comment reconnaître les signes d'épuisement ?

Dans le corps

- Fatigue qui ne passe pas,
- Mauvaises nuits,
- Douleurs, migraines, maladies à répétition.

Dans le cœur et la tête

- Irritabilité, anxiété,
- Pleurs plus fréquents,
- Perte de motivation,
- Culpabilité,
- Perte de confiance en soi.

Dans le quotidien

- Isolement,
- Moins d'intérêt pour ce qui faisait plaisir,
- Difficulté à réfléchir ou se concentrer,
- Consommation d'alcool/tabac qui augmente,
- Sentiment de ne plus "être soi".

8 solutions existent !

1. Parler, dire ce que l'on ressent

Avec le proche, avec l'équipe soignante, avec un psychologue. Les émotions enfouies épuisent davantage.

2. Connaître ses limites

"Non" est un mot protecteur. On ne peut pas tout faire, et c'est normal.

3. Demander de l'aide et l'accepter

Famille, amis, voisins... Beaucoup veulent aider, mais ne savent pas comment.

4. S'entourer de professionnels

Aides ménagères, infirmiers à domicile, aidants familiaux, coordinateurs de soins.

5. Aménager le logement

Barres d'appui, aides techniques, fauteuils adaptés : ces petits gestes soulagent énormément.

6. Garder un espace pour soi

Une heure par semaine, une activité, un moment à soi : ce n'est pas du luxe, c'est vital.

7. Participer à un groupe de parole

Savoir que d'autres vivent la même chose change tout. On se sent moins seul.

8. Consulter un psychologue

Des consultations de première ligne sont accessibles à tarif réduit. Quelques séances peuvent déjà vraiment aider à retrouver un équilibre.

Reprendre le volant après un AVC : ce qu'il faut savoir

Reprendre la conduite après un AVC n'est jamais une décision à prendre à la légère. Rencontrez Alice Rinquet, Neuropsychologue au CRFNA de l'Hôpital Erasme - H.U.B., et Koen Verkammen, expert en aptitude à la conduite, ergothérapeute au CARA (Centre d'Aptitude à la Conduite et d'Adaptation des Véhicules).

Que dit la loi après un AVC ? « Après un AVC, la personne est légalement inapte à la conduite pendant 6 mois. Cela s'applique à tous, qu'on conduise seul ou accompagné », explique Koen Verkammen.

Durant cette période, le permis de conduire est considéré comme invalide. Le patient doit le restituer à sa commune, conformément à l'Arrêté royal du 23 mars 1998, qui encadre les critères médicaux pour l'aptitude à la conduite.

Une fois les 6 mois écoulés, la reprise du volant dépend de l'état de santé et des séquelles éventuelles. Le permis de conduire ne redevient pas automatiquement valide : des démarches sont obligatoires.

Dès que le patient envisage de reconduire, il doit :

1. Consulter son médecin (neurologue ou généraliste) pour une première évaluation.

2. Obtenir une attestation médicale (modèle 7 ou modèle 12, selon les cas).

3. Si nécessaire, remplir avec l'aide d'un professionnel (ex : neuropsychologue) le formulaire de demande pour le CARA. « À l'Hôpital Erasme - H.U.B., nous aidons les patients à constituer leur dossier CARA : antécédents médicaux, traitements, troubles cognitifs ou visuels, évolution... Il est essentiel de fournir un dossier

le plus complet possible », précise Alice Rinquet.

L'Hôpital Erasme - H.U.B. accompagne les patients dans cette démarche :

- Première évaluation neuropsychologique en interne ;

- Envoi du dossier complet au CARA, avec formulaire médical ;

- Aide à la complétion des documents administratifs.

« Même si le patient ne vient pas ou plus chez nous, un test cognitif pourra de toute façon être demandé par le CARA si des doutes subsistent », explique Alice Rinquet.

Bonne nouvelle : les évaluations médicales et pratiques au CARA sont gratuites, car elles sont prises en charge par les gouvernements régionaux (Flandre / Bruxelles). Cependant, les éventuelles



ALICE RINQUET
NEUROPSYCHOLOGUE AU CRFNA
DE L'HÔPITAL ERASME - H.U.B.



KOEN VERKAMMEN
EXPERT EN APTITUDE
À LA CONDUITE,
ERGOTHÉRAPEUTE AU CARA

heures de conduite dans une auto-école sont à la charge du patient, sauf si il y a une intervention financière autorisée par l'IRIS Care ou le VAPH et les adaptations du véhicule peuvent être en partie remboursées, mais restent coûteuses.

CTR : L'objectif ? L'autonomie du patient !

Le CTR dispose de plusieurs départements : médical, soins infirmiers, paramédical, prothèses, orthèses et aides à la mobilité. L'ensemble de ces départements, évolue dans un contexte pluridisciplinaire particulièrement riche. Un médecin est attaché à chaque unité de soins, pour l'ensemble des patients.

Un nombre important de professionnels complète l'équipe : assistants sociaux, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, logopèdes, psychologues et neuropsychologues, bandagistes-orthésistes-prothésistes, éducateurs sportifs, diététiciens, bibliothécaires. Ceux-ci travaillent aus-

si bien dans l'unité de soins au chevet du patient, que dans leurs propres locaux : atelier distractif, ergothérapie fonctionnelle, ergothérapie pré-professionnelle (essentiellement axée aujourd'hui sur l'informatique), hydrothérapie, physiothérapie, kinésithérapie individuelle et en groupe, bibliothèque, salle de sports (A.S.C.T.R)*, centre prothèses & orthèses et fauteuils roulantes.

La réussite du CTR est le fruit du travail d'une équipe pluridisciplinaire expérimentée, soudée, dynamique et motivée par l'objectif commun de la réadaptation. Vivre après une lésion médicale ou traumatique n'est pas évident. Il faut beaucoup plus :

devenir à nouveau autonome, réintégrer la famille, la société et le monde professionnel, retrouver des loisirs. Le CTR s'y emploie en intervenant à tous niveaux durant les différentes étapes de la rééducation du patient et ce jusqu'à son retour à domicile et même au-delà :

Contact

Le CTR est situé Place
Van Gehuchten 4
1020 Bruxelles
Tél: 02 475 1211 - Fax: 02 475 1212
Email: info.ctr@hubruxelles.be

