



France WOIMANT  
Présidente



Florence PÉCHERY  
Vice-Présidente

## L'AVC du jeune, thème de l'année 2026 de votre association.

Depuis 30 ans, le nombre d'AVC ne cesse d'augmenter chez les jeunes peu sensibilisés à cette pathologie. La conférence du Pr Valérie Wolf lors de nos 23<sup>èmes</sup> rendez-vous fera le point sur les facteurs favorisant les AVC dans cette population en insistant sur le rôle des addictions.

Pour accompagner les jeunes ayant été victimes d'un AVC, l'association a mis en place un groupe de parole en distanciel animé par une neuropsychologue. Et elle aidera les jeunes souhaitant passer leur permis de conduire.

En 2025, nous avons travaillé sur les freins à la reprise de la conduite automobile par des enquêtes puis la réalisation de flyers expliquant les modalités de reprise de la conduite.

Nous sommes intervenus auprès de nos tutelles qui ont été sensibles à nos arguments et nous ont accordé une subvention (CRAMIF) pour aider à financer partiellement les leçons d'autoécole indispensables pour certains avant de reprendre la conduite et pour les jeunes souhaitant passer leur permis de conduire (primoaccédants) ; Laurence Josse vous donne plus d'informations dans cette gazette.

En 2024, année olympique et paralympique, nous avons choisi le thème du sport.

Nos efforts se poursuivent pour faciliter la reprise par les patients d'une activité physique, nos programmes ont diversifié et multiplié les propositions d'activités physiques. Dans cette continuité, en octobre 2026, se tiendra la troisième journée « Sport et AVC » au GHU Ste Anne, organisée en collaboration avec la Fédération Française Handisport.

## La prévention des AVC

Le rapport de la cour des comptes, paru en octobre 2025, pointe du doigt l'insuffisance de l'information de la population sur les premiers symptômes de l'AVC et sur les facteurs les favorisant (dont l'hypertension artérielle).

L'association intensifie ses interventions auprès de tous les publics : conférences, webinaires, AVC M2, dépistage des facteurs de risque avec le BUS AVC, création de plusieurs quizz permettant de tester la connaissance du public pour ajuster la pertinence de la prévention. Des illustrations sont présentes au sein de la gazette et vous les retrouverez sur le site de l'association.

## La cour des comptes déplore l'absence de campagne grand public !

L'association a fait le choix de lancer une campagne de dons pour financer, selon ses moyens, une campagne de prévention basée sur le jeu.

## L'accompagnement des patients AVC

En post AVC, nous œuvrons, avec nos bénévoles patients partenaires, pour faire connaître les programmes d'éducation thérapeutique qui accompagnent les patients AVC et les différents maillons du parcours de soin AVC, dont l'hospitalisation à domicile de réadaptation (HAD-R) expliquée dans cette gazette par le Dr Falcou Brunel. Quant à nos groupes de parole ou d'activités, ils sont de plus en plus sollicités par les patients et leur entourage. Pour ce premier semestre 2026, ce sont 135 groupes qui se réuniront sur 16 sites en Ile de France !

## Et bien sûr, nous continuons à porter vos voix auprès des pouvoirs publics.

Nous tenons à remercier vivement toutes celles et ceux qui nous accompagnent dans les actions que nous mettons en œuvre au nom de l'association, leur disponibilité et leur énergie contribuent efficacement à la vie de notre association : adhérents, bienfaiteurs, membres du conseil d'administration et bénévoles, toujours présents pour nous accompagner avec le sourire dans nos activités de plus en plus nombreuses.

# L'AVC, c'est aussi le jeune !

Pr Valérie WOLFF  
Unité Neuro-vasculaire des Hôpitaux  
Universitaires de Strasbourg

**L'accident vasculaire cérébral (AVC) représente plus de 140 000 victimes par an en France. Il peut s'agir d'une artère qui se bouche, on parle alors d'infarctus cérébral dans 80% des cas, ou d'une artère qui se rompt, on parle alors d'accident hémorragique dans 20% des cas.**



Alors que l'AVC touche dans la majorité des cas le sujet âgé de plus de 65 ans, il peut également survenir chez les patients plus jeunes dans 10 % des cas entre 18 et 50 ans, voire très jeune dans 1% des cas chez l'enfant ou l'adolescent. Bien que les symptômes évocateurs d'AVC soient quasi-superposables quel que soit l'âge du patient, la reconnaissance des symptômes comme étant en lien avec un AVC peut faire défaut chez le jeune du fait de sa rareté. Les facteurs de risque peuvent différer de ceux du sujet âgé, puisque le sujet jeune a bien souvent un mode de vie qui lui est propre avec notamment une consommation plus fréquente de tabac, d'alcool ou de drogues illicites telles que le cannabis, alors que le sujet âgé aura lui plutôt des facteurs de risque pourvoyeurs de vieillissement prématuré des artères de gros calibre (appelé athérome) tels que l'hypertension artérielle, le diabète ou l'excès de cholestérol. Chez la femme jeune, la prise de contraception orale oestro-progestative ou la présence de certaines formes de migraine telle que la migraine avec aura peuvent également être impliquées en cas d'AVC.

Les causes d'AVC du sujet jeune sont également particulières, avec notamment une origine vasculaire sur des artères saines (telle qu'une dissection ou une vasoconstriction cérébrale réversible par exemple) ou une cause cardiaque telle que la persistance d'une communication entre les cavités cardiaques appelée foramen ovale perméable. Malgré la réalisation d'exams complémentaires poussés, l'absence de cause retrouvée n'est pas rare chez le jeune adulte.

Heureusement, que des traitements efficaces de phase aigüe existent avec notamment des traitements de recanalisation permettant de déboucher l'artère occluse en cas d'infarctus cérébral, que ce soit par voie pharmacologique par la thrombolyse par voie intra-veineuse ou par voie mécanique par la thrombectomie mécanique. Ces traitements nécessitent cependant d'être réalisés dans un délai très court (4H30 pour la thrombolyse et 6H pour la thrombectomie) car les neurones sont très sensibles au manque d'oxygène avec un risque de mort neuronale irréversible dès lors que la souffrance neuronale dure trop longtemps. Ces traitements permettent de réduire le handicap et la mortalité de ces patients. L'hospitalisation des patients victimes d'AVC se fait

au sein d'unités spécialisées appelées unités neuro-vasculaires au nombre de 130 à ce jour en France. Le maître mot face à un patient qui présente des signes neurologiques d'apparition brutale est de composer le 15, afin d'être adressé dans les meilleurs délais vers une filière de prise en charge rapide et adaptée à l'état du patient, et ce quel que soit son âge.

Même si le pronostic en terme de handicap ou de mortalité est meilleur chez les sujets jeunes victimes d'AVC par rapport à leurs aînés, il n'en demeure pas moins que certains d'entre eux garderont des séquelles définitives avec des conséquences socio-professionnelles graves, puisque ne permettant pas toujours de reprendre une activité professionnelle.

L'augmentation d'incidence de l'AVC chez le jeune des 30 dernières années est sans doute corrélée au mode de vie justifiant le renforcement des actions de prévention, et d'information des jeunes adultes afin de prévenir la survenue de cette pathologie grave lourde de conséquences en termes de handicap. Des AVC sont évitables, et l'objectif de cette présentation sera de sensibiliser l'auditoire aux risques d'AVC chez le sujet jeune en insistant sur le rôle des addictions dans cette population.



Florence PECHERY

**La Cour des comptes a récemment dressé un bilan mitigé de la politique de santé contre les accidents vasculaires cérébraux. Malgré des progrès indéniables, de nombreux dysfonctionnements persistent, privant des milliers de patients d'une prise en charge optimale.**

Cette pathologie est la première cause de handicap acquis non congénital et la première cause de mortalité chez la femme. Quinze ans après le lancement du plan AVC, les résultats français sont « en demi-teinte », loin des objectifs initialement fixés.

Premier raté : la prévention. L'hypertension artérielle constitue le facteur de risque majeur d'AVC. Or, les résultats en matière de dépistage et de prise en charge de l'hypertension stagnent et régressent, notamment pour les femmes.

On constate que face aux symptômes de l'AVC, le grand public n'a pas encore le réflexe d'appeler le 15. Combien de Français savent qu'il faut composer ce numéro face à une paralysie soudaine du visage ou une perte de la parole ?

Trop peu, manifestement. Pourtant, chaque minute compte : « Une minute de perdue se traduit par la perte de 2 millions de neurones », rappelle le rapport.

L'urgence absolue que représente un AVC exige une prise en charge immédiate dans une unité neuro-vasculaire (UNV). Malgré la création de 140 UNV, comme prévu par le plan de 2010, seulement 50 % des patients y sont hospitalisés, très loin de l'objectif des 90 %.

Près d'un tiers des victimes d'AVC hémorragiques présentant des handicaps lourds ne bénéficie toujours pas d'une hospitalisation en UNV. Cette situation constitue une « perte de chance » majeure pour ces patients, alors que le passage en UNV « est déterminant pour la survie et la limitation des séquelles ».

Les 140 UNV créées ne suffisent plus, et leur répartition géographique laisse des zones sans solution. Quant aux services de neuroradiologie interventionnelle, indispensables pour pratiquer les thrombectomies (extraction mécanique du caillot), leur maillage territorial s'avère très inégal.

Après l'hospitalisation en urgence, l'analyse des parcours de 113 000 patients victimes d'un AVC en 2022 révèle que 17 000 personnes rentrant à domicile ont

des handicaps lourds sans avoir pu accéder aux soins médicaux de réadaptation, tandis que, paradoxalement, 10 000 porteurs de handicaps légers y sont admis.

La politique publique contre les AVC mobilise 4,5 milliards d'euros par an. La Cour des comptes préconise une meilleure maîtrise globale de la politique publique menée et formule des recommandations au nombre de dix parmi lesquelles :

- Élaborer un plan d'action pour améliorer le dépistage et la prise en charge de l'hypertension artérielle.
- Définir une stratégie nationale de communication sur l'AVC rappelant l'urgence d'appeler le 15.
- Déployer le programme d'amélioration du retour à domicile en sortie d'hospitalisation (Prado) pour les victimes d'AVC.
- Assurer aux victimes d'AVC l'accès à un médecin traitant.
- Impliquer les associations de victimes d'AVC et de leurs aidants dans les instances de concertation nationale des politiques de santé.
- Définir un nouveau plan AVC offrant un pilotage efficient de l'organisation des parcours de soins des victimes d'AVC.

Très attentifs à ce compte-rendu fidèle de la commission de la Cour des comptes, à laquelle l'association France AVCIdF a eu l'honneur de participer, nous avons fait nôtres les recommandations : ainsi avons-nous décidé de lancer une campagne de dons, toujours en cours, pour financer de nouveaux moyens de prévention. En renouvelant les modes d'information et de sensibilisation (par la gamification), notre volonté est d'accroître l'efficacité de cette prévention tournée notamment vers les jeunes dont certaines conduites font craindre une augmentation du nombre d'AVC. Le rôle de l'association est bien de s'adapter aux contextes en touchant de nouveaux publics à risques. Soutenez notre effort en vous rendant sur le site de France AVCIdF !



# L'Hospitalisation à Domicile de

Dr Laetitia FALCOU BRUNEL

Hôpitaux Paris Est Val de Marne - Hôpitaux de Saint-Maurice

**L'**hospitalisation à Domicile de Réadaptation (HAD-R) est une modalité de soin encore méconnue, mais pourtant essentielle dans le parcours de nombreux patients. Elle permet de proposer une réadaptation complexe, coordonnée et pluridisciplinaire, directement sur le lieu de vie du patient.

Coordonnée par un médecin spécialiste en Médecine Physique et de Réadaptation (MPR), l'HAD-R repose sur un programme soutenu et personnalisé, avec un objectif clair : améliorer ou maintenir les capacités fonctionnelles et la qualité de vie, tout en favorisant le retour ou le maintien à domicile.

## À qui s'adresse l'HAD-R ?

L'HAD-R s'adresse à des patients présentant une ou plusieurs déficiences ou incapacités, quelle que soit la pathologie, sans nécessité de soins intensifs ni de recours fréquent à un plateau technique spécialisé. Elle est particulièrement indiquée en cas de maladies invalidantes ou à la suite d'un accident vasculaire cérébral (AVC), comme le soulignait déjà l'Inspection Générale des Affaires Sociales dans son rapport de 2010.

## Une organisation coordonnée et pluridisciplinaire

L'HAD-R est une mention spécialisée de l'Hospitalisation à Domicile. Elle associe les compétences de l'HAD « socle » à celles d'une équipe de rééducation coordonnée par un médecin MPR.

L'équipe pluridisciplinaire comprend a minima un masseur-kinésithérapeute et un ergothérapeute, et peut être complétée, selon les équipes, par un orthophoniste, un psychomotricien, un diététicien et/ou un Enseignant en Activité Physique Adaptée (EAPA).

L'intervention se fait sur prescription médicale, avec l'accord du médecin traitant, qui assure le suivi médical tout au long du séjour. L'HAD-R peut intervenir sur le lieu de vie aussi bien au domicile,

qu'en EHPAD, résidence senior ou dans d'autres établissements médico-sociaux, à condition que le patient réside sur la zone d'intervention.

## De la demande à l'admission

La demande d'HAD-R peut être réalisée par tout médecin prenant en charge le patient. Elle est évaluée conjointement par le médecin praticien de l'HAD socle et le médecin MPR de l'HAD-R.

Dans les suites, une évaluation du patient est réalisée, le plus souvent par un binôme de coordination HAD socle et HAD-R. Une consultation de préadmission est généralement réalisée par le médecin MPR permettant ensuite de définir des objectifs multidisciplinaires adaptés au patient. La validation se fait conjointement par le médecin praticien de l'HAD et le médecin MPR.

## Une prise en soins soutenue et personnalisée

La réadaptation se déroule sur le lieu de vie du patient, avec un rythme soutenu : au moins cinq actes de rééducation par semaine, relevant d'au moins deux disciplines.

Un Projet Personnalisé de Soins (PPS) médico-psycho-social et de réadaptation est élaboré lors

du staff pluriprofessionnel avec l'équipe en charge du patient. Le PPS de réadaptation est réalisé à l'issue des bilans d'entrées des différents thérapeutes mais aussi en tenant compte des priorités exprimées par le patient. Il précise les objectifs et la durée de la prise en charge, la date de sortie et les relais envisagés. Ce projet est régulièrement réévalué.

## Une place clé dans le parcours de soins

L'HAD-R peut intervenir à toutes les étapes du parcours de soins : en sortie de soins aigus, après un séjour en soins médicaux et de réadaptation (SMR), ou à distance, en phase chronique. Elle contribue ainsi à la fluidité des parcours et à la continuité des soins, comme le souligne la Haute Autorité de Santé.

## Des bénéfices concrets pour les patients et leurs proches

L'HAD-R vise à favoriser le maintien ou le retour à domicile dans des conditions sécurisées, tout en limitant les risques de complications et de réhospitalisation.

La réadaptation est réalisée directement sur le lieu de vie du patient, permettant une prise en charge dite « écologique », au plus près des situations réelles du quotidien. Cette approche facilite la

# Réadaptation, à connaître !



transposition des acquis réalisés en milieu hospitalier vers la vie à domicile, en adaptant les aides techniques, les aménagements et les stratégies compensatoires aux contraintes concrètes et personnelles de l'environnement du patient.

L'HAD-R cherche également à renforcer l'autonomie et l'implication active du patient dans sa prise en soins, notamment par l'apprentissage de l'auto-rééducation et la définition d'objectifs personnalisés, en cohérence avec ses priorités de vie. Elle accorde une place centrale aux aidants, qu'ils soient familiaux ou professionnels, en les informant, les formant et en les intégrant au projet thérapeutique.

Cette modalité de soins repose sur une coordination étroite et pluridisciplinaire entre les professionnels HAD, le médecin traitant et les acteurs de ville, afin d'assurer la cohérence et la continuité des interventions. Elle facilite également l'accès à des soins et évalua-

tions spécialisés lorsque cela est nécessaire, en lien avec les structures de SMR.

Enfin, l'HAD-R s'inscrit dans une logique d'optimisation du parcours de soins, en fluidifiant les transitions entre l'hôpital, les structures de réadaptation et le domicile, en réduisant les durées d'hospitalisation et en contribuant à une prise en charge efficace. Recevoir des soins à domicile permet d'évoluer dans un environnement familial, réduisant l'impact psychologique de l'hospitalisation.

## Limites et enjeux actuels

L'HAD-R présente de nombreux bénéfices, mais elle comporte également certaines limites qu'il est important d'identifier afin d'en garantir la pertinence et l'efficacité.

La prise en charge à domicile peut être vécue comme intrusive par certains patients ou leurs proches. La présence régulière de professionnels au domicile, l'organisation des interventions et les contraintes logistiques peuvent perturber l'intimité et les habitudes de vie. Cela souligne l'importance d'une préparation en amont, d'une information claire et de la définition d'objectifs partagés avec le patient et/ou ses aidants.

Sur le plan organisationnel, la prise en charge individuelle et pluriprofessionnelle limite le nombre de patients pouvant être suivis par chaque professionnel. Les temps de déplacement entre les domiciles peuvent restreindre la capacité d'intervention quotidienne

et impacter la disponibilité des équipes.

L'HAD-R ne doit pas non plus être utilisée comme une réponse au manque de professionnels de santé libéraux sur un territoire. Elle repose sur un haut niveau de coordination et sur des situations complexes qui justifient une organisation spécifique, et n'a pas vocation à se substituer durablement aux soins de ville. De plus, sa durée est volontairement limitée dans le temps (en moyenne 6 semaines) afin de maintenir une dynamique de réadaptation soutenue.

Enfin, l'HAD-R demeure aujourd'hui insuffisamment valorisée au regard de la quantité et de la qualité des soins dispensés. La forte intensité des interventions, la coordination pluridisciplinaire et les temps de déplacement sont peu reconnus dans les modèles de financement actuels, ce qui peut freiner son développement et sa pérennité.



## En conclusion

L'HAD-R vise une réadaptation coordonnée, soutenue, personnalisée et centrée sur la vie réelle, au plus près des besoins du patient, tout en s'inscrivant dans une logique de parcours et de santé publique.  
HAD-R : à connaître !

# Pourquoi doit-on connaître l'hypertension artérielle ?

Dr Marie BRUANDET  
Hôpital Saint-Joseph, Paris

## L'hypertension artérielle est le principal facteur de risque d'AVC.

L'hypertension artérielle multiplie par 4 le risque d'infarctus cérébral et par 10 celui d'hématome cérébral ! Il est extrêmement important de comprendre que ce facteur de risque est modifiable avec un traitement bien conduit. Le risque diminue en effet d'au moins 30% lorsque l'hypertension artérielle est bien soignée. Ces données médicales sont bien connues depuis au moins 20 ans. Malgré cela, les études montrent qu'un patient hypertendu sur deux n'est pas équilibré. La maladie hypertensive est extrêmement fréquente et touche une personne sur deux en France à partir de 70 ans. Le vieillissement de la population et l'obésité sont deux facteurs associés à l'hypertension artérielle. Dans la grande majorité des cas, l'hypertension est dite « essentielle » c'est-à-dire sans cause identifiée. Dans certains cas, et notamment chez les patients jeunes, un bilan spécifique chez un cardiologue est nécessaire pour rechercher des causes à l'hypertension (notamment certaines maladies rénales, hormonales et certains traitements).

Que doit-on savoir pour reconnaître et bien traiter une hypertension artérielle ?

- Reconnaître une hypertension artérielle est simple ; il suffit de mesurer sa pression artérielle. C'est une mesure simple, réalisable en pharmacie, chez le médecin ou chez soi lorsque l'on a un appareil d'automesure tensionnelle. Une hypertension artérielle est définie par l'élévation permanente des chiffres de tension au-delà de 140/80 mmHg en consultation médicale ou 135/85 mmHg en auto mesure. Le protocole d'auto mesure est détaillé dans la figure 1.

- Attention, au même titre que le diabète ou l'hypercholestérolémie, l'hypertension artérielle est une maladie silencieuse ! Il ne faut surtout pas attendre d'avoir une forte poussée hypertensive pour réagir. En plus du risque d'AVC, l'hypertension peut en effet à bas bruit être responsable de lésions cérébrales et augmenter le risque de démence vasculaire. Elle augmente par ailleurs le risque d'infarctus cardiaque, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, artérite des membres inférieurs et cécité.

- Ces chiffres alarmants ne sont pas une fatalité, car un traitement bien conduit normalise les chiffres de tension artérielle.

- Lorsque l'on est hypertendu, le traitement et sa surveillance sont à vie.

- La qualité du contrôle des chiffres tensionnels n'est pas liée aux capacités de self contrôle. Le bon contrôle

de la pression artérielle peut être vécu par certains patients comme une évaluation personnelle. En réalité, l'appréciation des chiffres de pression artérielle permet uniquement d'adapter à tout moment la dose de traitement anti hypertenseur.

- Il faut savoir qu'il est possible ponctuellement lors de situations de stress de monter sa tension artérielle. C'est notamment ce qu'il se passe face à un médecin et que l'on appelle « effet blouse blanche ». C'est pour cela que le contrôle de la pression en auto mesure est important.

### Ce qu'il faut retenir :

- L'hypertension artérielle est une maladie silencieuse.
- Son diagnostic se fait donc par dépistage = prise de pression artérielle.
- C'est le principal facteur de risque d'AVC.
- L'hypertension se soigne très facilement dans l'immense majorité des cas.
- La surveillance de l'efficacité du traitement est fondamentale ; la prise de pression artérielle de manière régulière est indispensable chez tout patient hypertendu.
- le traitement et la surveillance de l'hypertension artérielle chez un patient hypertendu est à maintenir toute la vie.

**RELEVÉ D'AUTOMESURE**

Utilisez votre appareil en position assise :

- le matin avant le petit-déjeuner
- le soir entre le dîner et le coucher

Inscrire tous les chiffres qui apparaissent sur l'écran du tensiometre pour la pression systolique et diastolique.  
Systolique = pression systolique = pression maximum / Diastolique = pression diastolique = pression minimum

	Jour 1		Jour 2		Jour 3	
	SYSTOLIQUE	DIASTOLIQUE	SYSTOLIQUE	DIASTOLIQUE	SYSTOLIQUE	DIASTOLIQUE
<b>Matin</b>						
Mesure 1						
Mesure 2						
Mesure 3						
<b>Soir</b>						
Mesure 1						
Mesure 2						
Mesure 3						

MOYENNE SYSTOLIQUE	MOYENNE DIASTOLIQUE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Période du relevé : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Traitement : \_\_\_\_\_

## Automesure tensionnelle

3 mesures consécutives le matin entre le lever et le petit-déjeuner, à une minute d'intervalle

3 mesures consécutives le soir entre le dîner et le coucher, à une minute d'intervalle

3 jours de suite



- Mesure avec brassard ou poignet (Position assise, bras croisés).



# Sport : Lancez-vous !

**Christian Bostnavaron**

**Président Comité Handisport 92, Vice-Président Comité Régional Handisport IdF**

**L**es Jeux Paralympiques de Paris 2024 ont été une vitrine du sport pour tous, la médiatisation de l'évènement en France a suscité l'envie du public en situation de handicap de pratiquer un sport adapté, sécurisé.

Aujourd'hui, le taux de pratiquants en situation de handicap est bien inférieur à celui des personnes valides. Seules 12 % des personnes handicapées âgées de 15 à 64 ans détiennent une licence sportive pour en moyenne 20 % des valides du même âge.

Face à ce faible taux de pratique, les enjeux d'information sont essentiels. Il est indispensable de mieux faire connaître les bienfaits de la pratique d'activités physiques et sportives. Outre toutes les vertus connues pour la population générale en termes de santé physique et mentale, l'activité physique et sportive est également précieuse pour les personnes en situation de handicap qui présentent un risque accru d'isolement en raison de leur handicap. Elle leur permet de créer du lien social, de gagner en

confiance et de développer leur autonomie. Pour les personnes ayant acquis leur handicap au cours de la vie, le sport se révèle être un formidable outil de reconstruction physique, psychologique et cognitive.

L'un des premiers freins à la pratique parasportive est l'information : où pratiquer près de chez soi, quels sont les clubs para-accueillants, quel sport pratiquer en fonction de mon handicap ?

**S'informer est donc la première étape à la reprise du sport :**

**Les outils gouvernementaux :**

Le gouvernement a mis en place des outils informatifs précieux dans la quête à l'information.

Mon Parcours handicap : [monparcourshandicap.gouv.fr](http://monparcourshandicap.gouv.fr) donne une vue exhaustive des choix de pratiques sportives qui s'offrent aux personnes en situation de handicap. (voir rubrique « information thématiques – sports »).

Le Handiguide des sports : est une plateforme interactive des structures sportives qui déclarent

accueillir ou être en capacité d'accueillir des pratiquants en situation de handicap et leur propose une offre sportive encadrée et régulière. Il compte plus de 694 structures sportives répertoriées sur l'ensemble du territoire francilien. Il propose plus de 84 disciplines aux personnes en situation de handicap.



## Les Fédérations sportives :



N'hésitez pas à consulter les sites des fédérations sportives, en premier celui de la Fédération Française Handisport (handicaps moteurs et sensoriels) rubrique « où pratiquer – trouver un club », celui de la Fédération Française de Sport Adapté (handicaps mentaux et psychiques) rubrique « pratiquer – trouver un club ». Ces deux fédérations vous proposeront suivant votre localisation géographique l'ensemble des clubs sportifs référencés suivant votre choix de sport.

Les fédérations classiques détenant les délégations

parasportives vous renseigneront aussi sur leurs sites internet.

Le CPSF Comité Paralympique et Sportif Français propose aussi des outils pour choisir un sport en fonction de son handicap : voir le site : France Paralympique rubrique « Trouve ton parasport ».

Le sport est un bien commun. Il doit être ouvert à toutes et à tous, sans distinction. Ensemble, avec les fédérations, les associations, les collectivités, les professionnels et les personnes concernées, vous pourrez trouver un sport à pratiquer en loisir, vous ouvrant des perspectives de plaisir et de partage humain sans pareil.

# Conduite automobile après AVC : expérimentation 2026

Laurence Josse  
Cadre Kinésithérapeute, membre du Conseil d'administration

L'AVC fait partie des pathologies qui nécessitent des démarches pour pouvoir reprendre le volant car les capacités motrices, sensibles et visuelles, mais aussi cognitives et comportementales (lenteur pour réagir, inattention, difficultés à faire plusieurs tâches en même temps...) peuvent être altérées et constituer un obstacle à la reprise de la conduite automobile.

**V**ous avez été nombreux à nous exprimer vos difficultés face à la reprise la conduite automobile. Parmi celles-ci, à titre d'exemple, trouver des rendez-vous dans un établissement spécialisé pour une évaluation pluridisciplinaire et financer un réentraînement sur route en école de conduite.

Pour clarifier ce parcours de reprise de conduite, l'association France AVC Ile-de-France a mis à disposition des patients sur son site une fiche explicative de ce parcours . <https://franceavc-idf.fr/lavc/les-suivis-apres-un-avc/la-conduite-automobile/>

Concernant le financement des heures de conduite en auto-école, l'Association a obtenu une subvention de la part de la Caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France (Cramif).

Cette année 2026 sera une année dite « expérimentale » réalisée en lien avec 6 services de rééducation réadaptation (MPR) d'île de France :

- Hôpital Sainte Marie, 75014 Paris
- Clinique les trois soleils, 77310 Boissise-le-Roi
- Hôpital la porte verte, 78004 Versailles
- Centre de médecine physique et réadaptions, 93000 Bobigny
- Institut de réadaptation de Romainville, 93230 Romainville
- Les hôpitaux de Saint Maurice, 94410 Saint-Maurice

## Comment bénéficier d'un financement partiel de vos heures de conduite en auto-école ?

- ➔ Vous êtes patient AVC adhérent
- ➔ Vous avez moins de 65 ans,
- ➔ Vous êtes titulaire d'un permis de conduire B ou vous êtes primo accédant à la conduite

### 1) Vous êtes pris en charge par un service de MPR participant à l'expérimentation 2026, vous avez été évalué et vous êtes éligible à la reprise de la conduite :

➔ Vous donnez votre accord au service MPR pour être signalé à France AVC IdF.

qui vous inscrit ensuite sur l'application Cramif « ISSUE » (partenaire de cette action).

➔ Le service « ISSUE » vous contacte par téléphone pour réaliser avec vous un entretien afin que vous puissiez évoquer vos difficultés pour retrouver une certaine autonomie

➔ France AVC IdF valide votre demande

➔ Vous nous donnez votre accord pour un appel téléphonique ou un contact par mail de FAVC IdF pour faire le point sur votre reprise effective de la conduite à un mois, trois mois, six mois et un an.

### 2) Vous n'avez pas été suivi dans un des 6 centres participant à l'expérimentation et vous souhaitez bénéficier d'une évaluation en vue d'une possible reprise de la conduite. Vous pouvez nous

contacter et nous essaierons, dans la mesure du possible de vous aider. Adresse mail de contact : [conduite.avcidf@gmail.com](mailto:conduite.avcidf@gmail.com)

### Si vous avez plus de 65 ans : vous ne relevez pas d'une aide financière de la Cramif.

Pendant cette année d'expérimentation, l'association va recenser vos demandes. N'hésitez pas à nous adresser un mail à [conduite.avcidf@gmail.com](mailto:conduite.avcidf@gmail.com) pour nous faire part de votre situation.



**PEUT-ON REPRENDRE LA CONDUITE AUTOMOBILE APRÈS UN AVC ?**

**Et, dans quelles conditions, pour ne pas se mettre en danger et ne pas mettre les autres en danger.**

**APRÈS UN AIT (ACCIDENT ISCHÉMIQUE TRANSITOIRE)**

La reprise de la conduite est possible si le traitement de prévention des récurrences est correctement suivi, si l'examen neurologique est normal et en l'absence d'autres pathologies pouvant contre-indiquer la conduite. L'AIT ne nécessite plus l'avis d'un médecin agréé par la préfecture.

**APRÈS UN AVC MINEUR (PAS DE SÉQUELLES PHYSIQUES POUVANT INFLUENCER LA CONDUITE)**

La reprise de la conduite automobile est conditionnée par un avis médical précisant :  
• la normalité des bilans visuel et cognitif,  
• l'absence de pathologies autres contre-indiquant la conduite.  
S'il existe des séquelles pouvant influencer la conduite, une évaluation par une équipe pluridisciplinaire est nécessaire (cf paragraphe AVC modéré à sévère).

**APRÈS UN AVC MODÉRÉ À SÉVÈRE**

Une évaluation pluridisciplinaire est nécessaire afin d'évaluer si la reprise de la conduite sera sécuritaire ou non. Les déficits sensitifs et/ou moteurs peuvent être compensés par des aménagements du véhicule (boule au volant par exemple). Les troubles cognitifs constituent le principal facteur limitant la reprise de la conduite (troubles de la concentration, handicap visuel...).

Cette évaluation est réalisée par des équipes spécialisées comprenant au moins un médecin de rééducation (MPR) ou neurologue, un ergothérapeute (préconisations en termes d'aménagements du véhicule), un enseignant de la conduite automobile (mise en situation sur route). Plus d'informations sur les lieux où sont réalisées ces évaluations sur le site de l'association : <https://franceavc-idf.fr>

# L'ETP dans tous ses états!

Patricia DARRACQ, Anne MAES, Florence PECHERY  
Bénévoles France AVC IdF - Patientes partenaires



Les programmes d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) spécifiques aux maladies vasculaires et plus précisément à l'AVC, sont en hausse ces dernières années. Nous constatons cependant de fortes disparités de l'offre sur le territoire français. En 2025, la région Ile de France est la première en termes d'offres, avec 18 programmes d'ETP répertoriés sur cart'EP (Cart'EP Île de France). Parmi les différentes thématiques abordées dans ces programmes, nous retrouvons la compréhension de la maladie, la gestion des médicaments, des symptômes (fatigue, handicap visible), l'identification des facteurs de risques cardiovasculaires, la mise en place d'une hygiène de vie adaptée (alimentation ; activité physique), la gestion des émotions, et la place des aidants. La plupart de ces programmes

restent hospitaliers ce qui pose la question de l'intégration de l'ETP dans le parcours de soin du patient. L'enjeu est maintenant de convaincre l'ensemble des professionnels de santé sur cette intégration.

Un des axes stratégiques est la formation initiale. De plus en plus de professionnels bénéficient de la formation ETP dans leurs cursus initiaux (pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers) mais ce n'est pas encore le cas des études de médecine. Or pour déclarer un programme, la présence d'au moins un médecin formé à l'ETP est obligatoire.

Un deuxième axe concerne le lien ville hôpital : comment les structures de ville et les hôpitaux, les réseaux et les associations créent des passerelles, notamment au

travers d'actions éducatives complémentaires.

Enfin un dernier axe et non des moindres, est de faire en sorte que les patients sortis du parcours hospitalier aient connaissance de l'ETP et puisse accéder à des programmes. Sans nul doute, la voix des patients, via notamment les associations, peut faire bouger les lignes.

L'association France AVC a trouvé sa place dans ce cheminement en formant des patientes bénévoles de l'association à l'ETP, les mettant à la disposition des services requérant des patients partenaires pour contribuer à la mise en place de programmes ETP dans les services adaptés

## En 2026, le Bus AVC s'empare de la prévention buccodentaire !

Marie BLANCHERE  
Coordinatrice régionale du Bus AVC



Le Bus AVC qui sillonne l'IDF depuis 10 ans pour informer, prévenir et dépister les facteurs de risque de l'AVC a décidé d'inclure dans ses actions, une sensibilisation à la bonne santé de la bouche.

Les infections des gencives et en particulier les parodontites (stade sévère et irréversible de la gingivite), peuvent augmenter le risque de faire un AVC. Les bactéries buccales responsables de la parodontite et surtout les toxines pro-inflammatoires produites localement peuvent passer dans le sang et provoquer une inflammation. C'est cette inflammation

qui va endommager les vaisseaux sanguins, favoriser la formation de caillots dans les artères et provoquer un infarctus cérébral.

Un rappel des bonnes pratiques et la distribution de kits dentaires (brosse à dent et échantillons de dentifrice) seront intégrés dès la prochaine campagne qui débute le 9 mars 2026.

**Pour rappel, une bonne hygiène buccale passe par :**

- Un brossage des dents 2 fois par jour pendant 2 minutes
- L'utilisation d'un dentifrice fluoré
- Le passage du fil dentaire entre chaque dent avant le brossage



→ Une visite chez le dentiste au moins 1 fois par an

Nous vous rappelons également que votre brosse à dents doit être changée chaque saison !

Durent le premier semestre 2026, le BUS AVC sera dans les départements : 77, 78, 91, 92, 93 et 95. Plus d'informations sur le site de l'association :

<https://franceavc-idf.fr/>



# L'association de patients c'est aussi !

Florence PECHERY

L'association France AVC Ile-de-France souhaite répondre aux diverses demandes des patients. C'est la raison pour laquelle les groupes d'activité, de parole et de rencontre et partage sont de plus en plus nombreux : Durant ce premier semestre 2026, nous proposons 135 ateliers répartis sur 16 sites distincts sur l'ensemble de l'Ile de France (dans le souci d'être au plus près du domicile d'un plus grand nombre de patients). Le programme de ces activités est téléchargeable sur le site de l'association <https://franceavc-idf.fr>.

Ces rencontres ont développé des relations entre les participants qui tissent des liens étroits et vivent une belle camaraderie, pour notre plus grande satisfaction !

Vous retrouverez différents témoignages sur le site internet, mais d'ores et déjà, nous vous souhaitons une bonne lecture des témoignages des animateurs et des participants qui ont accepté de relater de ce qu'ils partagent.

## ■ Et si le groupe de parole était une réponse pour aborder la sexualité après un AVC ?

**Simone GOMES ESTEVES**

Infirmière en Pratique Avancée –  
Hôpital Henri Mondor – Créteil

Contexte : Infirmière de Pratique Avancée (IPA) depuis bientôt 3 ans et prenant en charge des personnes victimes d'AVC depuis près de 15 ans, la thématique de la sexualité a toujours été très peu voir jamais abordée par mes collègues et moi-même. Pourtant c'est une réelle attente pour nos patients.

**Objectif :** J'ai eu l'honneur de participer au groupe de parole à l'hôpital Saint Joseph le 10/01/2026, qui a été co animé par Florence. Ma participation a apporté mon œil de professionnelle de santé, ce qui a permis un échange riche et a chacun de repartir avec des réponses à leurs questions, et pour ma part de recueillir le vécu des patients. Cela m'a permis d'identifier les besoins et attentes des participants.

Le groupe de parole a duré 2 heures et était constitué de 11 participants dont 1 couple et moi-même. Nous avons fait en premier lieu un tour de table afin de me permettre de mieux connaître les participants (prénom, âge, date de l'AVC et est ce qu'ils s'étaient vu aborder la sexualité au cours de leur prise en charge). La majorité avait eu un AVC

il y a moins de 5 ans. Autour de la table, seules deux femmes avaient abordé le sujet de la sexualité avec leur médecin. Les autres participants n'avaient pas eu l'opportunité d'aborder le sujet avec des professionnels de santé.

**Résultats :** Les plaintes des participants étaient unanimes : pour les hommes les troubles de l'érection et la baisse de la libido étaient les principales plaintes, et pour les femmes il s'agissait de la baisse de la libido et l'image de soi. Tous auraient aimé qu'on aborde cette thématique au cours de la prise en charge. Tous les participants ont mis des choses en place concernant leur sexualité et les échanges ont probablement permis de répondre à des interrogations et de donner des solutions concrètes et basiques.

**Conclusion :** D'un point de vue professionnel, ce groupe de parole m'a permis de mieux comprendre les plaintes des patients, leurs attentes et d'apporter, je l'espère, des réponses sur cette thématique. Les professionnels de santé ont nécessairement besoin de revoir leur « copie » et d'aborder le sujet qui n'est pas si difficile à accompagner, en envisageant des aides existantes non médicamenteuses. L'espace d'échanges que proposent les groupes de paroles de patients

ou les ateliers d'Education Thérapeutique du Patient est une voie à explorer et à encourager pour recueillir l'expression des difficultés rencontrées.

## ■ Et les patients nous disent aussi Témoignage de Mariana

À 44 ans l'AVC est venu bouleverser tous les projets professionnels et personnels qui étaient tracés et qui s'offraient à moi. 44 ans, plus tout à fait jeune mais pas encore senior. Faut-il reprendre la vie comme avant ? Comment reprendre sa vie d'avant alors que l'on est plus tout à fait la même ? Fatigue, faiblesse des membres, troubles cognitifs persistants...on se sent parfois perdu et incompris.

Avec le nouveau groupe de parole qui s'adresse principalement aux jeunes patients AVC, la question de la reprise de sa « vie d'avant » est encore plus présente.

Ce groupe de parole permet de partager ses angoisses, ses questionnements, ses combats mais aussi ses victoires. Toujours dans un climat de bienveillance, l'écoute et la parole des participants rassurent, encouragent et ouvrent des perspectives. Nos parcours, nos AVC sont différents et pourtant on se retrouve et on se comprend sans avoir besoin d'expliquer ou de se justifier. Naomi, neuropsychologue, veille et relance nos réflexions. Elle nous

accompagne dans ce changement de vie et déroule le fil de nos idées, devine nos colères et nos cris parfois silencieux. Elle en tire toujours une lueur d'optimisme !

L'insouciance, la légèreté semblent perdues le temps de la rééducation mais la vie après l'AVC est possible ! Autrement peut-être, mais elle est possible et elle reste belle.

### ■ Nous accompagnons aussi les aidants

#### Témoignage de Bernard

Quand l'AVC frappe, il bouleverse brutalement les vies, celle de la personne touchée, et celle de son proche.

On devient aidant sans l'avoir choisi, sans formation, sans mode d'emploi.

Au début, on a souvent l'impression d'être seul au monde, face à cette situation qui nous dépasse. Les proches veulent aider, mais ne

comprennent pas toujours ce que l'on vit réellement.

Aujourd'hui cela fait cinq ans que j'accompagne ma femme dans les suites de son AVC, et près de trois ans que je participe à toutes les séances du groupe de parole « aidants ».

Avec le recul, je mesure à quel point un groupe de parole pour aidants peut être un soutien essentiel, surtout dans les premiers mois.

Quand de nouveaux aidants arrivent, souvent désespérés, parfois effondrés, leur dire que ce qu'ils vivent est normal, que la confusion, la peur et la fatigue font partie du processus, peut réellement les apaiser.

Leur montrer que, même si le chemin est difficile, on peut trouver des ressources insoupçonnées en soi, cela peut leur redonner un peu d'espoir.



Partager son expérience, ce n'est pas donner des leçons, c'est tendre une main à ceux qui entrent dans la tempête.

Un groupe de parole n'est pas un lieu de plaintes, mais un espace de respiration. Un endroit où l'on peut déposer son fardeau, retrouver un peu de clarté, et repartir avec plus de force.

Dans ce parcours d'aidant, ce groupe de parole ne fait pas tout, ce n'est pas qu'un simple lieu d'échange, mais il peut aider profondément à modifier la manière de traverser l'épreuve qu'est un AVC.



## Les séjours adaptés après un AVC



Les séjours adaptés après un AVC organisés par l'association Siel Bleu. Se retrouver, reprendre confiance, avancer ensemble.

Après un AVC, le quotidien change. Le corps, l'énergie, les repères... tout peut sembler différent. Les séjours adaptés Siel Bleu ont été conçus comme une parenthèse bienveillante, pour prendre le temps de se poser, souffler et se reconstruire, entouré de professionnels et de personnes qui vivent des situations similaires.

Des séjours de 5 jours, en petit groupe (12 personnes maximum), pour garantir un accompagnement humain, personnalisé et sécurisant, organisés dans des environnements calmes et ressourçants.

Ces séjours s'adressent aux per-

sonnes ayant vécu un AVC et à leurs aidants s'ils le souhaitent.

Ils permettent aux patients de :

- Prendre du recul après la maladie,
- Reprendre confiance en soi et en ses capacités,
- Échanger librement, sans avoir à se justifier,
- Apprendre à mieux vivre le quotidien, à son rythme,
- Préparer plus sereinement le retour à la vie personnelle, sociale ou professionnelle, lorsque celui-ci est possible.

Ils sont aussi pour les aidants un moment privilégié pour :

- Souffler, vraiment,
- Rencontrer d'autres aidants et rompre l'isolement,
- Retrouver une relation de proche, au-delà du rôle d'aidant,
- Repartir avec des outils concrets pour préserver leur santé et leur équilibre.

*Témoignage " Séjour super bénéfique à tout point de vue et même au-delà des espérances. Riche en échange, avec une très riche so-*

*cialisation recherchée, ce qui m'a permis de beaucoup souffler. Belles découvertes pluridisciplinaires, qui permet même dans le dépassement de soi. Une équipe super à l'écoute, super dynamique avec un grand respect de l'autre. Nous avons aussi appris des uns et des autres à mettre en pratique au quotidien au retour de chez soi. Je vais lâcher prise. Merci à toutes et tous. De tout cœur ! A bientôt... pour d'autres avancées..." N -Aidante*



En savoir plus / S'inscrire  
<https://www.sejours.sielbleu.org>  
[sejours@sielbleu.org](mailto:sejours@sielbleu.org)  
03 76 33 00 62

# Le conseil d'administration



France Woimant  
Présidente

Florence Péchery  
Présidente adjointe

Anne Maes  
Secrétaire Générale

Marie Blanchère  
Trésorière

Mariana Petit  
Secrétaire adjointe

Tristan Benoit



Catherine de la Morinière

Elisabeth Fery

Emma Gentry

Laurence Josse

Danièle Lorho

Lauriane Vidal

Marie Bruandet

## Quelques bénévoles et animateurs de groupes



## NOS CAMPAGNES



La Présidente de FAVC porte la parole de l'association !



Nous osons faire une campagne de prévention innovante... aidez-nous en y contribuant



Les flammes vivent au rythme de nos manifestations...



Merci aux bénévoles qui participent à toutes les sollicitations auxquelles nous répondons grâce à leur participation !



A la sortie des groupes de rencontre, les participants remportent une fiche relative aux thèmes abordés : un support supplémentaire à partager avec leurs aidants.

### «Chers Amis,

Les actions de l'association sont nombreuses et diverses comme l'illustre cette gazette !

Elles existent grâce à l'énergie et la disponibilité dépensées sans compter par les bénévoles. Nous sommes toujours heureux d'accueillir de nouveaux membres. N'hésitez pas à nous contacter si vous souhaitez partager cet élan de vie associative !

Vous pouvez également y contribuer par vos dons : la campagne de prévention innovante est prépondérante pour limiter le nombre d'AVC à venir, vous en êtes convaincus ; Vous pouvez y participer activement ! Nous avons besoin de chacun d'entre vous, selon vos moyens humains et matériels. Soutenez-nous en vous rendant sur le site de France AVC IdF pour y déposer vos dons.»

