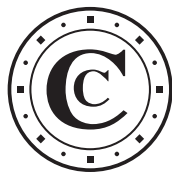


Cour des comptes



ENTITÉS ET POLITIQUES PUBLIQUES

PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX

Rapport public thématique

Évaluation de politique publique

Synthèse

Octobre 2025

AVERTISSEMENT

Cette synthèse est destinée à faciliter la lecture et l'utilisation du rapport de la Cour des comptes.

Seul le rapport engage la Cour des comptes.

Les réponses des administrations, des organismes et des collectivités concernés figurent en annexe du rapport.

Sommaire

Introduction5

1 Première question évaluative : dans quelle mesure la prévention tient-elle compte de la hiérarchie des facteurs de risque de l'AVC, du niveau de risque des populations face à cette pathologie, et de l'enjeu d'une alerte rapide ? 7

2 Deuxième question évaluative : dans quelle mesure l'offre de soins et l'organisation de la prise en charge en phase aiguë permettent-elles, pour le plus grand nombre, une prise en charge rapide et un accès aux services de soins spécialisés et aux traitements d'urgence ? 9

3 Troisième question évaluative : dans quelle mesure l'orientation adéquate des patients et la continuité des soins et de l'accompagnement sont-elles assurées, en phase de rééducation puis en phase chronique de la pathologie ? 15

4 Quatrième question évaluative : le parcours d'ensemble des patients est-il organisé et piloté de manière efficace et efficiente ? 17

Recommandations..... 20

Introduction

L'accident vasculaire cérébral (AVC) désigne un événement de santé très grave, qui se caractérise par un déficit neurologique brutal causé par un défaut d'irrigation sanguine ou une compression hémorragique dans le cerveau. En 2022, 120 000 personnes ont été victimes d'un AVC. Son origine peut être soit l'obstruction d'une artère cérébrale (AVC dit ischémique), soit la rupture d'une artère entraînant une hémorragie (AVC dit hémorragique). Les AVC ischémiques représentent environ 80 % des AVC, et les AVC hémorragiques 20 %.

La conséquence de l'AVC est un arrêt du fonctionnement des neurones et leur mort rapide si aucun traitement n'est entrepris. Une minute de perte dans la prise en charge immédiate de la victime se traduit par la perte de deux millions de neurones¹. Il s'agit donc d'une urgence absolue. En cas de suspicion d'AVC, l'appel du 15, la bonne orientation de la victime par le Samu vers l'établissement de santé approprié et son acheminement rapide sont donc déterminants.

La distinction entre les deux types d'AVC, cruciale pour déterminer la nature des traitements à prodiguer, nécessite une imagerie cérébrale (IRM ou, à défaut, scanner) et leur prise en charge requiert un haut niveau de spécialisation médicale, neurovasculaire et neuroradiologique.

En cas d'AVC ischémique, le rétablissement de la circulation sanguine s'opère par une thrombolyse, injection par voie intraveineuse d'une substance chimique visant à dissoudre le caillot, et dans certains cas par une thrombectomie, geste de neuroradiologie interventionnelle² consistant à retirer mécaniquement le caillot avec un cathéter remonté dans le cerveau à partir du pli de l'aîne voire du poignet. Ces traitements, dits de revascularisation, doivent être administrés le plus tôt possible après l'apparition des symptômes (quatre heures trente pour la thrombolyse, six heures pour la thrombectomie). La thrombolyse, validée sur le plan scientifique dès 1995, s'est développée en France dès le début des années 2000. La thrombectomie s'est développée à partir de 2015. Ces traitements de revascularisation ont bouleversé la neurologie vasculaire, qui est passée ainsi d'une relative impuissance face aux AVC, à l'exigence d'intervenir en urgence, de jour comme de nuit.

1 Perte qui peut sembler minime, rapportée aux 85 à 100 milliards de neurones que compte le cerveau, mais dont l'impact en termes de séquelles peut être considérable en fonction de la zone du cerveau affectée.

2 La radiologie interventionnelle est une spécialité de la radiologie qui procède à des gestes invasifs à visée diagnostique mais aussi thérapeutique sous guidage par imagerie radiologique. La neuroradiologie interventionnelle est la branche de la radiologie interventionnelle spécialisée dans les interventions sur le cerveau.

Le traitement des AVC hémorragiques n'a pas bénéficié, à ce jour, des mêmes progrès thérapeutiques. L'objectif du traitement est de stabiliser la tension et de juguler l'inflammation causée par l'hémorragie. Des interventions neurochirurgicales peuvent parfois être pratiquées pour évacuer l'hématome, afin de limiter l'expansion de l'hémorragie.

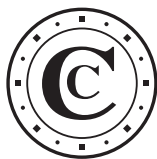
La sévérité d'un AVC est variable. L'accident ischémique transitoire (AIT) régresse spontanément en quelques minutes à quelques heures, mais peut précéder un AVC. Un AVC gravissime peut conduire au décès en quelques heures : tel a été le cas pour 25 % des victimes d'AVC en 2022. La majorité des AVC laisse des séquelles définitives, qui peuvent être plus ou moins lourdes : tétraplégie, hémiplégie, aphasie. Les handicaps qualifiés d'invisibles sont également importants : fatigabilité, difficultés de concentration, anxiété, irritabilité.

La qualité de la prise en charge après la phase aiguë, en services de rééducation, en hospitalisation à domicile ou en médecine de ville, joue aussi un rôle essentiel pour limiter les séquelles et prévenir les récides, qui sont nombreuses (près de 25 % des victimes d'AVC). Le secteur médico-social du handicap et surtout celui du grand-âge sont mobilisés pour les victimes d'AVC ne pouvant plus revenir à domicile après leur hospitalisation : celles-ci sont orientées vers les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) dans 70 % des cas.

Pour faire face à l'enjeu de santé publique que représente l'AVC, une politique a été progressivement mise en œuvre depuis le début des années 2000, fondée sur la création de services spécialisés dans le traitement des AVC au stade aigu, les unités neuro-vasculaires (UNV), et sur l'organisation de filières territoriales de prise en charge articulées autour de ces unités. La loi de santé publique de 2004 a fixé comme principal objectif de cette politique de santé de réduire l'incidence et la fréquence des AVC et la sévérité des séquelles fonctionnelles qui en résultent.

Au début des années 2010, les pouvoirs publics ont souhaité donner un élan à cette politique avec un plan spécifique, conçu à la fois comme un document d'orientation stratégique et comme un plan d'action visant à renforcer les moyens consacrés à la prévention et à la prise en charge des AVC, notamment par le déploiement d'unités neuro-vasculaires sur l'ensemble du territoire, et à améliorer l'organisation des parcours de soins des patients, de leur acheminement en urgence à l'hôpital à leur retour à domicile ou en institution médico-sociale.

Pour évaluer la politique de santé en matière d'AVC, la Cour s'est attachée à répondre à quatre questions.



1 Première question évaluative : dans quelle mesure la prévention tient-elle compte de la hiérarchie des facteurs de risque de l'AVC, du niveau de risque des populations face à cette pathologie, et de l'enjeu d'une alerte rapide ?

Cette question vise à examiner plus particulièrement la prévention de l'AVC sous l'angle de sa cohérence et de sa pertinence au regard des connaissances sur cette pathologie. Elle embrasse, comme le plan AVC de 2010, deux acceptions de la prévention : l'une stricte, recouvrant les actions visant à éviter, retarder ou réduire le risque de survenance de l'AVC ; l'autre plus large, renvoyant aux actions d'information auprès de la population générale sur les symptômes permettant de reconnaître un l'AVC et l'importance d'appeler le 15 immédiatement, pour favoriser une prise en charge en urgence dans un service spécialisé.

La prévention de l'AVC, au sens strict du terme, ne fait pas l'objet d'une politique spécifique, car elle se rattache à celle des maladies cardiovasculaires, dont elle partage les facteurs de risque associés, comportementaux (tabac, alcool, alimentation, sédentarité) et métaboliques (hypertension artérielle, diabète, cholestérol).

Pour autant, la spécificité de la hiérarchie des facteurs de risque de

l'AVC n'est pas suffisamment prise en compte. D'abord, la lutte contre l'hypertension, qui représente le facteur de risque principal de l'AVC, devrait davantage constituer une priorité de la politique de prévention. Les résultats récents en matière de dépistage et de prise en charge de l'hypertension stagnent, voire régressent pour les femmes, et sont loin de ceux atteints dans les autres pays développés. Une action plus volontariste est donc primordiale à cet égard pour améliorer la prévention de l'AVC. Certains facteurs de risque plus spécifiques et méconnus de l'AVC mériteraient aussi d'être mieux pris en compte dans les actions de prévention, notamment l'apnée du sommeil, l'usage de drogues ou encore l'association de la contraception chimique et du tabac chez les jeunes femmes.

La prévention de l'AVC apparaît aussi insuffisamment orientée sur le dépistage et le suivi des populations particulièrement exposées au risque d'AVC, qu'il s'agisse des personnes présentant des comorbidités ou cumulant les facteurs de risque cardiovasculaire, des personnes de

Première question évaluative : dans quelle mesure la prévention tient-elle compte de la hiérarchie des facteurs de risque de l'AVC, du niveau de risque des populations face à cette pathologie, et de l'enjeu d'une alerte rapide ?

plus de 60 ans, davantage sujettes à l'athérosclérose³ ou à la fibrillation atriale⁴, ou des personnes ayant connu un accident ischémique transitoire. Le rôle du médecin traitant dans le repérage de ces publics à risque, leur suivi et leur orientation dans des parcours de soins adaptés apparaît essentiel, mais des approches de prévention diversifiées sont à développer pour toucher les populations plus éloignées du système de soins.

Pour ce qui est de la prévention au sens plus large de l'information de la population sur l'AVC pour favoriser une alerte rapide, la connaissance par la population des symptômes de l'AVC

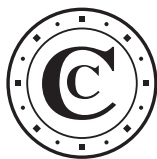
et de la consigne d'appeler le 15 reste largement perfectible. Les actions d'information sont donc à poursuivre et à intensifier, et elles gagneraient à s'inscrire dans une stratégie nationale explicite et pilotée.

Ces constats conduisent la Cour à formuler deux recommandations relatives à la prévention :

- Élaborer un plan d'action visant à améliorer le dépistage et la prise en charge de l'hypertension artérielle.
- Définir une stratégie nationale de communication sur la connaissance de l'AVC par la population, et sur l'importance d'appeler le 15 en urgence.

3 Maladie initialement liée au dépôt de lipides sur la paroi interne des artères, conduisant à la formation de plaques dites d'*athérome*. Ces plaques attirent différents composants, dont des cellules immunitaires, et entraînent une inflammation. Elles peuvent finir par se rompre et provoquer la formation d'un caillot (thrombus) qui obstrue le vaisseau.

4 Fibrillation atriale (dite encore fibrillation auriculaire) : trouble du rythme cardiaque pouvant conduire à la formation d'un caillot remontant aux artères du cerveau et causant un AVC ischémique.



2 Deuxième question évaluative : dans quelle mesure l'offre de soins et l'organisation de la prise en charge en phase aiguë permettent-elles, pour le plus grand nombre, une prise en charge rapide et un accès aux services de soins spécialisés et aux traitements d'urgence ?

La prise en charge de l'AVC au stade aigu s'est incontestablement structurée et renforcée, à la suite du plan AVC, avec le déploiement progressif des unités neuro-vasculaires, l'amélioration de la prise en charge initiale des victimes d'AVC dans les services d'urgence d'hôpitaux dépourvus d'unité neuro-vasculaire grâce au développement de la télé-médecine⁵, et le développement rapide des traitements de revascularisation pour les AVC ischémiques, la thrombolyse puis, à partir de 2015, la thrombectomie.

En réponse à la question posée, la Cour porte cependant une appréciation nuancée sur l'organisation et le fonctionnement de la prise en charge en phase aiguë des patients victimes d'un AVC. Les résultats obtenus, en premier lieu en termes de taux d'hospitalisation des patients en UNV, mais aussi, dans une moindre mesure, de délais de prise en charge et d'accès aux traitements de revascularisation, ou de qualité des

soins, demeurent en effet nettement en-deçà des attentes, ou des objectifs visés, malgré les importants progrès accomplis. Le taux des séjours de patients pour AVC incluant un passage en UNV (soins intensifs et/ou soins non intensifs) ne dépasse ainsi pas 50 %, tous types d'AVC confondus, selon les données de séjours hospitaliers pour 2023, loin de l'objectif visé d'une prise en charge systématique en UNV de 90 % des victimes d'AVC.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces résultats en demi-teinte.

L'offre de soins spécialisés reste inégalement répartie sur le territoire. Malgré l'atteinte de l'objectif quantitatif de 140 UNV fixé dans le plan AVC de 2010, ce nombre d'UNV ne répond plus à l'ensemble des besoins aujourd'hui identifiés par les ARS. La couverture du territoire en services de neuroradiologie interventionnelle (NRI) est encore plus inégale, malgré l'ouverture

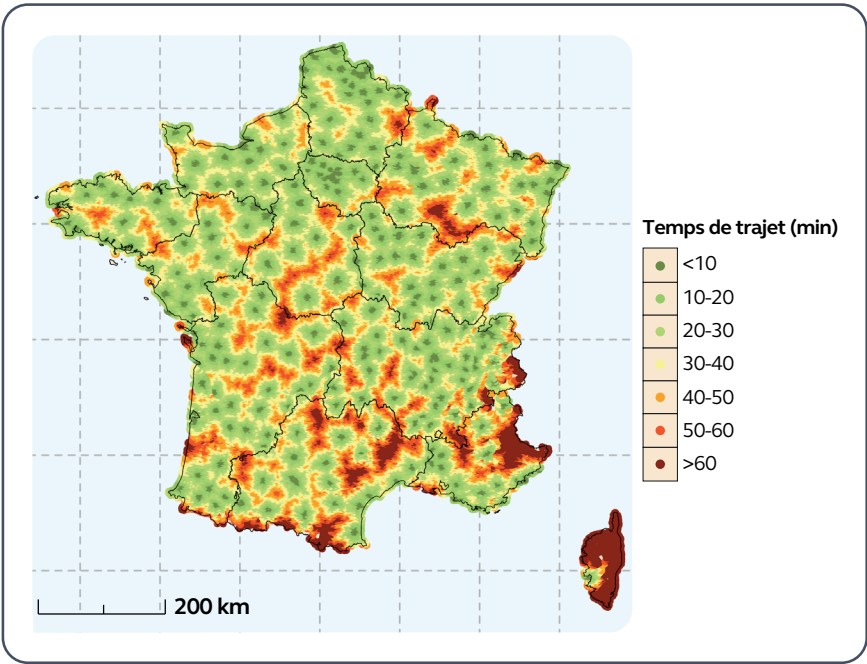
⁵ Cf. *infra*, chapitre 2. Les services d'urgence concernés sont dits reliés en « télé-AVC » avec une unité neuro-vasculaire, et sont inclus dans les filières territoriales de prise en charge de l'AVC au stade aigu.

Deuxième question évaluative : dans quelle mesure l'offre de soins et l'organisation de la prise en charge en phase aiguë permettent-elles, pour le plus grand nombre, une prise en charge rapide et un accès aux services de soins spécialisés et aux traitements d'urgence ?

récente de nouveaux centres dédiés à la seule activité de thrombectomie. Si l'ouverture de nouvelles unités neuro-vasculaires ou centres de NRI n'apparaît pas envisageable à court terme, faute de ressources médicales spécialisées - neurologues et neuroradiologues interventionnels - suffisantes, le maillage

territorial des filières de prise en charge de l'AVC au stade aigu pourrait cependant être renforcé en y intégrant davantage de services d'urgence reliés à une UNV en télé-AVC, améliorant ainsi l'accessibilité aux soins et la rapidité de prise en charge.

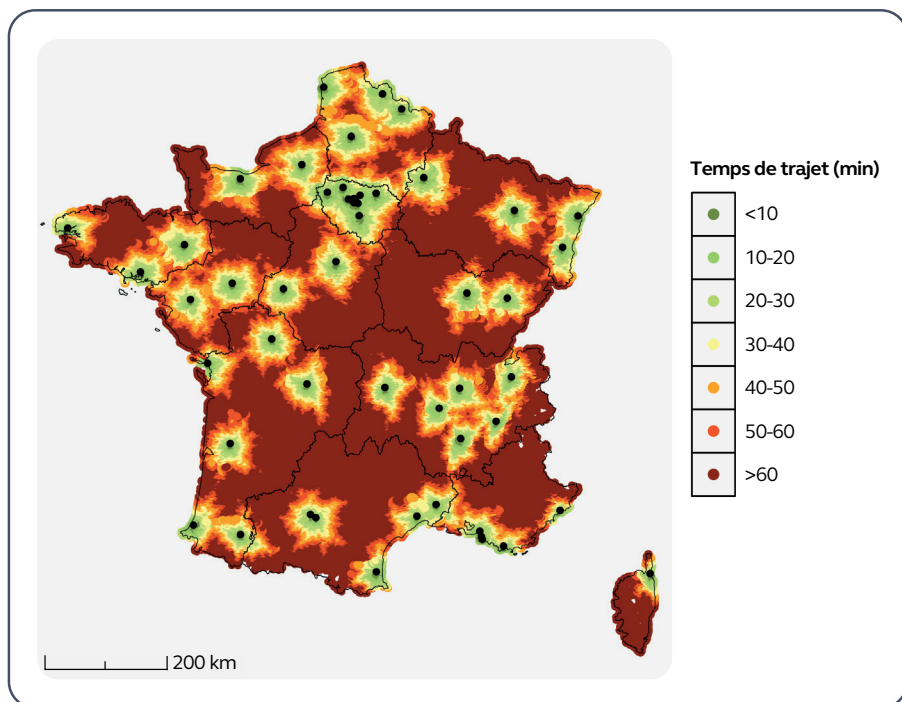
Temps de trajet routier vers l'UNV ou le site d'urgence équipé en télé-AVC le plus proche



Source : données DREES, SAE et enquête urgences, 2024, et FEDORU mai 2025, distancier METRIC de l'Insee, traitement Cour des comptes. Les données relatives aux départements ultramarins sont trop spécifiques pour être représentées avec la même méthode. Lecture de la carte : les territoires en couleur verte, foncée à plus claire, disposent d'une accessibilité géographique favorable permettant la dispensation de soins aux victimes d'AVC dans les délais requis pour limiter les risques de décès et de séquelles. Plus la couleur est foncée dans la gamme des orangés, du jaune au marron foncé, plus la maîtrise des délais est délicate.

Deuxième question évaluative : dans quelle mesure l'offre de soins et l'organisation de la prise en charge en phase aiguë permettent-elles, pour le plus grand nombre, une prise en charge rapide et un accès aux services de soins spécialisés et aux traitements d'urgence ?

Temps de trajet routier au service de neuroradiologie interventionnelle le plus proche sur le territoire de France métropolitaine



Source : données de la société française de neuroradiologie interventionnelle 2024, distancier Métrix de l'Insee, traitement Cour des comptes. Les données relatives aux départements ultramarins sont trop spécifiques pour être représentées avec la même méthode. Lecture : comme pour la carte n°1, les situations évoluent du vert pour les plus favorables en termes d'accessibilité des soins vers le jaune et le orange en situation intermédiaire, puis vers le marron pour les accessibilités les plus délicates.

Les UNV existantes sont au demeurant elles-mêmes confrontées à des difficultés de recrutement médical et paramédical, qui se traduisent par des tensions sur leurs capacités d'accueil des patients (fermetures de lits, incapacité à assurer la permanence des soins 24h/24h, récusation de patients). Face à ce constat, plusieurs priorités se dégagent : une plus grande mutualisation des ressources médicales pour assurer la permanence des soins ; le renforcement de l'attractivité des fonctions médicales

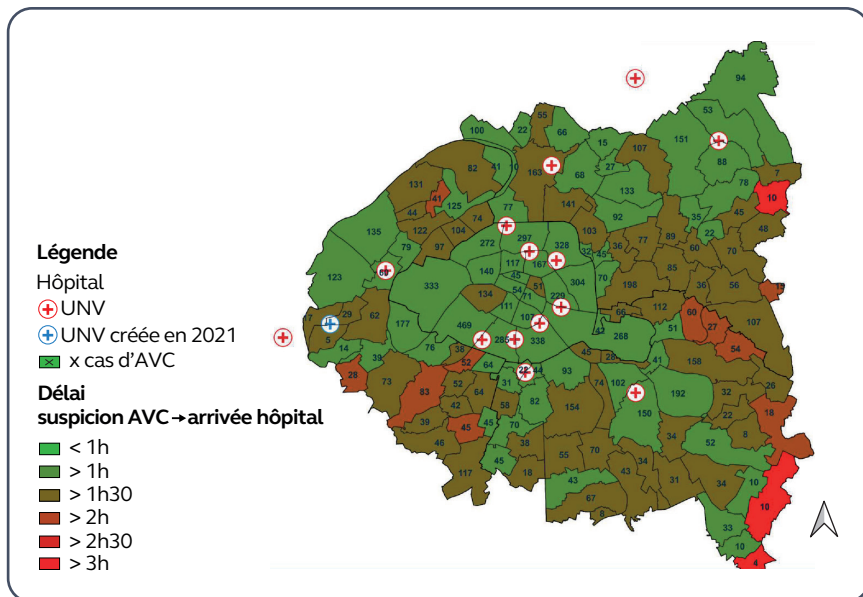
et paramédicales de la filière neurovasculaire, et une meilleure gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ; et la réévaluation des capacités d'accueil dans certaines UNV, notamment en soins intensifs, procédant à des redéploiements de lits, et donc de ressources humaines, au sein des établissements sièges d'UNV ou à une échelle plus large, régionale voire nationale, dans le cadre de la réforme des autorisations des activités de soins intensifs.

Deuxième question évaluative : dans quelle mesure l'offre de soins et l'organisation de la prise en charge en phase aiguë permettent-elles, pour le plus grand nombre, une prise en charge rapide et un accès aux services de soins spécialisés et aux traitements d'urgence ?

L'organisation des parcours des patients apparaît enfin perfectible. Une meilleure organisation de ces parcours devrait permettre d'optimiser les durées de séjour en UNV et de réduire les délais de prise en charge : délais d'acheminement en urgence des patients vers l'UNV ou le service d'urgence relié en télé-AVC le plus proche, délais d'accès à une imagerie diagnostique adaptée (IRM ou scanner de perfusion) permettant de confirmer le diagnostic d'AVC et d'orienter les décisions thérapeutiques, délais de transfert vers un centre de neuroradiologie interventionnelle pour

les patients diagnostiqués comme étant éligibles à une thrombectomie. Une plus grande association des hôpitaux de proximité à la prise en charge des patients victimes d'AVC, dans une logique de subsidiarité, grâce au développement du télé-AVC au-delà de la seule phase d'accueil en urgence et à la mutualisation de l'expertise neuro-vasculaire existante, pourrait en outre permettre améliorer la qualité de prise en charge pour tous les patients, y compris ceux qui ne peuvent bénéficier d'une hospitalisation dans une UNV.

Délais entre l'alerte avec une suspicion d'AVC et la présentation en établissement de santé par commune en Île-de-France

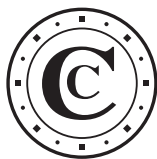


Source : Brigade des sapeurs-pompiers de Paris (BSPP), données 2019-2021, traitement BSPP. Lecture de la carte : la compétence de la BSPP concerne les départements de Paris et de la « petite couronne ». La BSPP travaille en étroite collaboration avec les services d'aide médicale urgente (Samu ou le numéro de téléphone 15). Les délais constatés entre les suspicions d'AVC et l'arrivée à l'hôpital sont favorables (couleurs vertes) dans ces territoires très denses en population et aussi en unités neurovasculaires, à l'exception marquée du sud-est du Val de Marne et de l'est de la Seine-Saint-Denis (couleur rouge vif).

Deuxième question évaluative : dans quelle mesure l'offre de soins et l'organisation de la prise en charge en phase aiguë permettent-elles, pour le plus grand nombre, une prise en charge rapide et un accès aux services de soins spécialisés et aux traitements d'urgence ?

La Cour tire de ces constats les trois recommandations suivantes :

- Développer le recours au télé-AVC entre les UNV et les établissements de proximité dans la prise en charge des AVC pour compléter le maillage territorial et diffuser l'expertise neurovasculaire.
- Élaborer un plan de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) de la filière neurovasculaire.
- Actualiser la circulaire ministérielle du 6 mars 2012 relative à l'organisation des filières régionales de prise en charge des patients victimes d'accident vasculaire cérébral.



3 Troisième question évaluative : dans quelle mesure l'orientation adéquate des patients et la continuité des soins et de l'accompagnement sont-elles assurées, en phase de rééducation puis en phase chronique de la pathologie ?

Le niveau d'attention portée par les pouvoirs publics à l'organisation de la phase post-aiguë de l'AVC a été moindre que pour la phase aiguë, même si le plan AVC 2010-2014 en avait bien souligné l'importance. L'absence de représentation des victimes d'AVC dans les instances de concertation du handicap aux plans national et régional est étonnante et limite la compréhension de l'importance de la phase post-aiguë, alors que l'AVC est la première cause de handicap non acquis à la naissance en France.

Or, la cohérence et la continuité des parcours de soins entre la phase aiguë et les soins médicaux de réadaptation (SMR) sont essentielles pour la rééducation et la réadaptation des patients, de même que les soins de ville assurés par les médecins traitants, les infirmiers et les rééducateurs libéraux. En effet, après sa survenue soudaine, l'AVC constitue ensuite une fragilité chronique, qui transforme l'existence des personnes concernées et de leurs proches. La reprise d'une activité professionnelle s'avère difficile après un AVC, et près de 10 % des 24 000 victimes entre 40 et 59 ans sont pensionnées au titre de l'invalidité. La fluidité des parcours de soins entre la phase aiguë

et la phase aval est en outre essentielle pour préserver les capacités d'accueil en UNV, en libérant rapidement les lits.

L'analyse des parcours de soins des victimes d'un premier AVC en 2022 réalisée par la Cour des comptes montre que les réponses aux demandes d'admission en SMR en provenance des services de soins aigus ne sont pas satisfaisantes : les situations les plus sévères font plus souvent l'objet de refus ou connaissent des délais de réponse élevés. Parmi les victimes d'AVC rentrant à domicile directement (75 525 personnes en 2022), 17 000 d'entre elles ont des handicaps lourds sans avoir pu accéder aux SMR (alors que paradoxalement 10 000 porteurs de handicaps légers y sont admis). Certains retours à domicile interviennent donc sans la délivrance indispensable de soins de rééducation ou de réadaptation. Les durées de séjour en SMR se sont en outre allongées depuis plusieurs années, restreignant ainsi la capacité d'accueil pour les patients. Pour sa part, l'hospitalisation à domicile (HAD) de rééducation a été bien déployée par quelques entités pionnières, mais demeure encore trop marginale dans les prescriptions.

Troisième question évaluative : dans quelle mesure l'orientation adéquate des patients et la continuité des soins et de l'accompagnement sont-elles assurées, en phase de rééducation puis en phase chronique de la pathologie ?

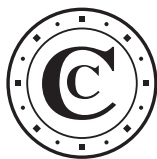
Concernant la médecine de ville, près de 7 000 victimes d'AVC en 2022 n'avaient toujours pas consulté de médecin généraliste, de cardiologue ou de neurologue en ville en juin 2024. Par ailleurs, en 2022, près de 20 000 victimes d'AVC bénéficiant d'une affection de longue durée (ALD) n'avaient pas de médecin traitant. Cette situation ne contribue pas à aider les patients à changer leurs habitudes de vie après un AVC pour en prévenir la récurrence, ni à améliorer l'observance de leurs traitements. En 2023, seuls 12 000 patients ont bénéficié du programme d'amélioration du retour à domicile en sortie d'hospitalisation pour AVC (Prado), soit un taux d'un peu plus de 10 %. Pour la majorité des patients, les difficultés sont nombreuses également pour l'accès à des rééducateurs libéraux, avec de fortes variations de délais d'attente pour les patients en sortie d'hospitalisation.

Enfin, les Ehpad constituent aujourd'hui la principale solution d'accueil médico-social (70 %) des victimes d'AVC subissant des séquelles sévères et ne pouvant plus revenir ou rester à domicile du fait de leur perte d'autonomie. Cette orientation peut concerner des personnes jeunes, car les structures médico-sociales pour adultes handicapés offrent très peu de solutions d'admission, en raison de leurs capacités d'accueil limitées et de la longue durée de leurs séjours. Le grand nombre d'Ehpad est un facteur positif pour l'accessibilité territoriale et temporelle pour les familles des victimes. Mais les moyens en personnel soignant y sont limités. Il convient donc de soutenir les Ehpad acceptant ces prises en charge complexes, avec des moyens financiers complémentaires leur permettant de

recruter des professionnels qualifiés comme les ergothérapeutes ou psychomotriciens, professions non conventionnées et majoritairement salariées. Ce soutien, conjugué à celui de l'intervention ponctuelle de l'hospitalisation à domicile de rééducation après l'admission en Ehpad, doit permettre d'apporter des solutions qualitatives de sorties plus rapides aux structures de court séjour et de SMR, afin que celles-ci puissent accueillir des sorties de soins aigus plus rapidement et en plus grand nombre.

La Cour tire de ces constats relatifs à la prise en charge des patients après la phase aiguë de l'AVC les quatre recommandations suivantes :

- Déployer le programme Prado pour les victimes d'AVC dans tous les établissements de santé disposant d'une unité neuro-vasculaire.
- Impliquer les associations de victimes d'AVC et de leurs aidants, dans les instances de concertation et de pilotage national des politiques de santé, du handicap et de la perte d'autonomie.
- Assurer aux victimes d'AVC l'accès à un médecin traitant par la mobilisation de la caisse primaire d'assurance-maladie et de la communauté professionnelle territoriale de santé compétentes.
- Dans le cadre d'un avenant aux schémas régionaux de santé, articuler plus efficacement la filière aiguë de prise en charge des AVC avec les structures post-aiguës (SMR, HAD, médecine de ville, médico-social), afin d'assurer aux victimes d'AVC un accueil rapide et adapté.



4 Quatrième question évaluative : le parcours d'ensemble des patients est-il organisé et piloté de manière efficace et efficiente ?

Pour répondre à cette question, la Cour a procédé à une analyse d'ensemble des parcours de soins et d'accompagnement des victimes d'un AVC en 2022⁶, en reliant les différentes phases de ces parcours : hospitalisation en soins aigus, hospitalisation en rééducation ou en réadaptation, soins de ville, secteur médico-social. Les parcours des patients ont été suivis jusqu'en juin 2024, afin de pouvoir analyser le retentissement de l'AVC jusqu'à 18 mois après la survenue de l'AVC et son traitement en phase aiguë. Cette analyse a conduit à établir une typologie de douze parcours se différenciant selon la nature de l'AVC (ischémique ou hémorragique) et les étapes névralgiques du parcours : passage ou non en UNV, bénéfice ou non d'une thrombectomie, admission ou non en SMR, accès aux soins de ville après le retour à domicile ou admission en Ehpad.

L'enjeu est en effet d'apprécier le bon emploi de 4,5 Md€, en rapport avec les résultats obtenus, en tenant compte de la réalité très diverse des parcours de soins et d'accompagnement.

Sur le plan de l'efficacité de la prise en charge, l'analyse des parcours

des patients montre que la prise en charge en UNV, mais aussi, en aval, en SMR, est déterminante pour la survie des patients et la limitation des séquelles et que les fortes inégalités d'accès à ces services spécialisés sont synonymes de pertes de chances pour les patients. En particulier, les patients victimes d'AVC hémorragiques, pour lesquels le passage en UNV est aujourd'hui la seule espérance significative d'amélioration, ont un taux d'accès aux UNV, et en particulier aux soins intensifs, très insuffisant, ce qui contribue à leur forte morbi-mortalité. Deux dysfonctionnements majeurs ressortent : près d'un tiers des victimes d'AVC hémorragiques présentant des handicaps lourds à la suite de leur AVC ne bénéficient pas d'une hospitalisation en UNV ; environ un tiers également des victimes d'AVC, ischémiques ou hémorragiques, présentant des handicaps lourds, n'ont pas accès à des soins en SMR, qu'ils aient été ou non hospitalisés en UNV.

Il ressort de l'analyse des parcours qu'un parcours « de référence » (passage en UNV puis en SMR) se dégage, dont le bénéfice est avéré en termes de survie à 18 mois, même s'il ne concerne aujourd'hui qu'une

⁶ Pour cette analyse, la Cour a identifié environ 132 000 séjours pour AVC en 2022, correspondant à quelque 113 000 patients. Cf. annexe 4 et cahier méthodologique.

Quatrième question évaluative : le parcours d'ensemble des patients est-il organisé et piloté de manière efficace et efficiente ?

minorité de patients. Il se double de plus d'un bénéfice indirect en termes d'accès aux soins de ville ou aux structures médico-sociales, ce qui traduit un effet « filière de soins », recouvrant une bonne connaissance des besoins des patients et des coopérations efficaces entre services, dont il faut rechercher l'amplification.

L'analyse des parcours permet également de faire apparaître et de chiffrer des pistes d'amélioration de l'efficience, avec des redéploiements possibles, qui vont dans le sens d'une amélioration de la qualité de la prise en charge.

Le facteur de coût principal qui différencie nettement les douze parcours identifiés est ainsi l'orientation en soins médicaux de réadaptation (SMR) en hospitalisation complète, bien plus que la phase de soins aigus. Du point de vue de l'efficience, les SMR, coûteux notamment en hospitalisation complète, gagneraient à être retenus en priorité pour les victimes ayant les séquelles les plus lourdes et susceptibles d'en tirer un bénéfice avéré, les autres patients pouvant être accompagnés dans le cadre de leur retour à domicile ou en Ehpad. La pertinence de la prescription du séjour en SMR, en termes de clarté des objectifs et de durées de rééducation et de réadaptation, apparaît de ce point de vue essentielle. L'optimisation des durées moyennes de séjour en UNV et en SMR doit par ailleurs permettre de dégager des places pour d'autres victimes. Une plus grande fluidité des parcours entre UNV, SMR et Ehpad doit aussi permettre d'éviter de bloquer des lits pour des patients en attente de solution plus adaptée. Enfin, une mobilisation plus large de

l'hospitalisation à domicile en SMR est à rechercher.

La Cour a évalué à 200 M€ les économies que pourraient générer une meilleure orientation des patients, une meilleure coordination des acteurs de santé et une réduction des durées de séjour.

La recherche d'une plus grande efficacité et d'une plus grande efficience dans l'organisation des parcours de soins passe par un renforcement du pilotage de la politique de santé en matière d'AVC, tant au niveau national que régional.

Au plan national, le plan AVC 2010-2014 avait prévu des instances de coordination et de concertation pour sa mise en œuvre, ainsi que des objectifs, actions et indicateurs embrassant le parcours de soins des victimes d'AVC dans son ensemble. Mais la mobilisation des différentes entités nationales s'est progressivement essoufflée après 2015. Les constats de la présente évaluation montrent la nécessité de reconquérir la maîtrise globale de la politique publique menée, via un pilotage par objectifs et par données pertinentes.

Au niveau régional, la coordination et l'animation des filières par les ARS, qui jouent un rôle essentiel mais dont le pilotage est inégal d'une région à l'autre, doivent être redynamisées avec la définition par celles-ci de plans d'action territoriaux. Au-delà des responsables d'unités neurovasculaires, ces plans doivent impliquer les responsables des établissements de référence de SMR en neurologie, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ainsi que les opérateurs médico-sociaux volontaires. La publication

Quatrième question évaluative : le parcours d'ensemble des patients est-il organisé et piloté de manière efficace et efficiente ?

prochaine, par la Haute Autorité de santé (HAS), de nouveaux indicateurs de qualité du parcours de soins de l'AVC chez l'adulte, dans le cadre des travaux menés dans le cadre du plan de transformation du système de soins « Ma santé 2022 », doit également permettre aux ARS de mieux mobiliser les équipes médicales, au sein des filières territoriales de l'AVC, sur les enjeux d'amélioration des parcours de soins.

Alors que le plan AVC 2010-2014 définissait clairement des objectifs et des axes d'action, l'implication et la coordination de l'ensemble des acteurs se sont progressivement essoufflées,

conduisant à des résultats en deçà des objectifs initiaux. De nouvelles difficultés sont apparues dans le temps, qui appellent des décisions. Une remobilisation de l'ensemble des acteurs nationaux et locaux est indispensable pour relancer une politique publique essentielle pour la santé des Français.

Ce constat a conduit la Cour à formuler une dernière recommandation :

- élaborer un nouveau plan AVC permettant un pilotage efficient de l'organisation des parcours de soins des patients.

Recommandations

1. Élaborer un plan d'action visant à améliorer le dépistage et la prise en charge de l'hypertension artérielle (*ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, Cnam*).

2. Définir une stratégie nationale de communication sur la connaissance de l'AVC par la population et sur l'importance d'appeler le 15 en urgence (*ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, Cnam*).

3. Développer le recours au télé-AVC entre les UNV et les établissements de proximité pour compléter le maillage territorial et diffuser l'expertise neuro-vasculaire (*ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées*).

4. Élaborer un plan de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences pour la filière neuro-vasculaire (*ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées*).

5. Actualiser la circulaire ministérielle du 6 mars 2012 relative aux filières de prise en charge des patients victimes d'AVC, pour promouvoir des organisations territoriales plus mutualisées et des parcours de soins associant davantage les établissements de proximité (*ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées*).

6. Déployer le programme d'amélioration du retour à domicile en sortie d'hospitalisation (Prado) pour les victimes d'AVC dans tous

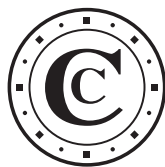
les établissements de santé disposant d'une unité neuro-vasculaire (*ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, Cnam*).

7. Assurer aux victimes d'AVC l'accès à un médecin traitant par la mobilisation de la caisse primaire d'assurance-maladie et de la communauté professionnelle territoriale de santé compétentes (*ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, Cnam*).

8. Impliquer les associations de victimes d'AVC et de leurs aidants dans les instances de concertation et de pilotage national des politiques de santé, du handicap et de la perte d'autonomie (*ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées*).

9. Dans le cadre d'un avenant aux schémas régionaux de santé, articuler plus efficacement la filière aiguë de prise en charge des AVC avec les structures d'aval (SMR, HAD, médecine de ville, médico-social), afin d'assurer aux victimes d'AVC un accueil rapide et adapté (*ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées*).

10. Définir un nouveau plan AVC permettant un pilotage efficient de l'organisation des parcours de soins des victimes d'AVC (*ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles*).



La présente synthèse ainsi que l'intégralité du rapport
*« Prévention et prise en charge
des accidents vasculaires cérébraux »*
sont disponibles sur le site internet de la Cour des comptes :
www.ccomptes.fr

Le rapport est diffusé par la Documentation française :
Tél. : 01 40 15 70 10
www.vie-publique.fr