

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS
Sous direction de la régulation de l'offre de soins

Equipe de suivi AVC

Paris, le 15 avril 2010

Dr. Pascale Dhôte-Burger
Bureau des prises en charge post aiguës,
pathologies chroniques et santé mentale (R4)
Tél. : 01 40 56 48 42 – Mél : pascale.dhote-burger@sante.gouv.fr

Dr Louis Lebrun
Bureau des prises en charge post aiguës,
pathologies chroniques et santé mentale (R4)
Tél. : 01 40 56 61 83 – Mél : louis.lebrun@sante.gouv.fr

Mme Josée Leroyer
Bureau des plateaux techniques
et prise en charge hospitalière aiguë (R3)
Tél : 01 40 56 53 65 – Mél : josee.leroyer@sante.gouv.fr

**Pourquoi un « plan d'actions national AVC 2010-2014 » ?
(extrait du plan d'actions national AVC 2010-2014)**

Pourquoi faire des accidents vasculaires cérébraux une priorité nationale de santé publique ?

- Comme l'a montré le [rapport sur la prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France](#), cette question est un problème de santé important : l'accident vasculaire cérébral (AVC) touche 400 000 personnes en France ; il y représente la troisième cause de mortalité chez l'homme et la deuxième chez la femme, la première cause de handicap acquis de l'adulte ; la tendance naturelle est à l'augmentation en raison du vieillissement de la population ; le risque de mortalité par AVC est majoré pour des populations ou des personnes défavorisées matériellement ou socialement¹ ;
- Le sujet est méconnu et mésestimé, alors qu'il est une part importante du domaine « cardio-vasculaire » qui fait déjà par ailleurs l'objet d'actions de santé publique cependant dispersées et insuffisamment coordonnées ;
- Son poids financier est considérable : les dépenses sanitaires et médico-sociales annuelles sont estimées à 8,4 milliards d'euros ;
- L'AVC est accessible à la prévention ; maîtriser les facteurs de risque permet de diminuer la mortalité et la morbidité évitables, et en particulier chez les personnes de moins de 65 ans qui constituent 25 % des patients ;
- Il survient brutalement, nécessitant des soins en urgence ; ses séquelles sont d'autant plus limitées que les patients sont pris en charge très rapidement par des structures permettant le diagnostic et les soins précoces ;
- Il fait intervenir pour sa prise en charge de nombreuses spécialités médicales et professions paramédicales ou sociales, insuffisamment coordonnées ;
- 20 % seulement de l'ensemble des patients victimes d'AVC sont actuellement hospitalisés en unités neurovasculaires (UNV). Ce pourcentage varie entre 8 et 33 % selon les régions², dénotant une importante inégalité régionale. Il existe donc un problème important d'accès de la majorité des patients à ces soins de qualité, qui s'ajoute aux inégalités sociales en santé ;

¹ Cf. http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcc/24-2/b_f.html, consulté le 17 février 2010.

² Hors Corse et Guadeloupe, qui ne disposent pas d'UNV.

- Seuls 1 % des patients bénéficient actuellement d'une thrombolyse. Ce traitement est trop rare en France, principalement par dépassement des délais en raison d'une mauvaise information des patients et d'une mauvaise organisation de la filière.

Or, **l'AVC n'est plus une fatalité**. Cette information doit être portée vers les patients et les professionnels de santé. Des actions de prévention de l'AVC doivent être développées, au sein du risque cardio-vasculaire. L'organisation du système de soins et l'accompagnement médico-social des patients victimes d'AVC doivent être impulsés ; les initiatives régionales en ce domaine sont à encourager. Enfin, la recherche sur l'AVC, qui n'est pas à l'heure actuelle à la hauteur du poids social de cette pathologie, doit être développée.

En présentant le [rapport sur la prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France](#), madame Bachelot-Narquin a souhaité « *que la prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux soit une thématique nationale pour les années 2010 à 2014* », et précisé que « *l'organisation de « filières AVC », dans chaque territoire de santé, permettant une réduction de la mortalité et de la morbidité liées aux AVC est un défi pour les futures ARS, et elle sera un indicateur de leur fonctionnement.* »³

Pour la ministre de la santé et des sports, il convient « *de traduire [les actions du rapport] en plan d'actions opérationnelles et de les hiérarchiser en une véritable « stratégie AVC d'actions concertées intégrées », puis de faire vivre cette dernière* » en mettant en œuvre un « **plan national d'actions AVC 2010 – 2014** ». La ministre « *souhaite par ailleurs qu'un comité national de suivi, composé à l'image du comité de pilotage, puisse piloter la mise en œuvre de cette stratégie, tout au long des prochaines années.* ».

³ Poitiers, le 9 octobre 2009 – cf. le [dossier AVC](#) du site internet du ministère de la santé et des sports.