



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA FONCTION PUBLIQUE
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE

Plan d'actions national
« accidents vasculaires cérébraux 2010-2014 »

Avril 2010

Plan d'actions national AVC 2010-2014

Préambule

La démarche suivie pour l'élaboration du « plan d'actions national AVC 2010-2014 » peut être qualifiée de novatrice, en ce qu'elle s'attache à respecter la méthodologie d'élaboration, de suivi et d'évaluation des plans nationaux de santé proposée par la Direction générale de la santé dans un document de recommandations daté de novembre 2009, issu de l'expérience et de l'analyse de la constitution et de l'implémentation des plans de santé publique en cours ou passés. Premier plan de santé publique bâti selon ces modalités, le « plan AVC » comprend trois volets :

1. un document stratégique « **Stratégie AVC 2010-2014** » dont les éléments de contexte sont fournis par l'état des lieux du [rapport sur la prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France](#), remis en octobre 2009 à la ministre de la santé et des sports ; il présente les objectifs stratégiques du plan, qu'ils soient généraux (partagés notamment avec d'autres plans) ou spécifiques à ce plan ;
2. un programme d'actions opérationnelles « **Programme d'actions nationales et régionales** », dont les actions relèvent soit de l'échelon national (Etat, agences, institutions nationales), soit des agences régionales de santé. Ces actions, au nombre de dix sept (dont onze comprennent 31 sous actions), sont véritablement concrètes ;
3. une « **boîte à outils** » comprenant des éléments de méthodes pour les acteurs (réglementation le cas échéant, référentiels de bonne pratique, guides, etc.), éléments qui existent ou dont la création peut être le résultat d'une action spécifique du plan. Les dispositions de gouvernance, de suivi et d'évaluation du plan y sont incluses. A noter que les indicateurs (de suivi ou d'évaluation) peuvent être différents selon le niveau, leurs destinataires et l'utilisation attendue de leurs résultats.

La coordination de l'élaboration du « plan AVC » a été confiée par la ministre de la santé et des sports à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), devenue direction générale de l'offre de soins (DGOS), en lien avec la direction générale de la santé (DGS) ; les directions des ministères concernés, les institutions et l'ensemble des acteurs, déjà membres du Comité de pilotage AVC, ont contribué à son écriture – c'est à dire à la traduction opérationnelle des propositions du Comité de pilotage qui concernaient la prévention, l'information, l'organisation, la formation et la recherche relatives à l'accident vasculaire cérébral. Le principe directeur est de donner une impulsion nationale et un cadre général à l'ensemble des partenaires associés dans sa mise en œuvre. Il tient compte des réalités régionales qui nécessitent souplesse et pragmatisme pour atteindre les objectifs de cette priorité de santé publique : réduire la fréquence et la gravité des séquelles liées aux accidents vasculaires cérébraux.

Sommaire

POURQUOI UN « PLAN D' ACTIONS NATIONAL ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX 2010-2014 » ?	7
LA « STRATEGIE AVC 2010-2014 »	9
I. Principes d'action	9
II. Objectifs généraux	10
III. Objectifs spécifiques	10
IV. Acteurs et partenaires	11
PROGRAMME D' ACTIONS NATIONALES ET REGIONALES	13
AXE 1 : AMELIORER LA PREVENTION ET L'INFORMATION DE LA POPULATION AVANT, PENDANT ET APRES L'AVC	15
Action 1 : Développer la prévention de l'accident vasculaire cérébral	16
Sous action 1.1. Déployer des actions de dépistage et de prévention du risque cardio-neuro-vasculaire chez les personnes à haut risque.	16
Sous action 1.2. Poursuivre les actions de prévention primaire du risque cardio-neuro-vasculaire pour toute la population	16
Sous action 1.3. Mettre en œuvre un programme pluriannuel de prévention cardio-vasculaire en direction des assurés sociaux	17
Action 2 : Informer la population sur l'AVC, depuis les signes d'alerte jusqu'à l'accompagnement du handicap	19
Sous action 2.1. Concevoir et diffuser des campagnes d'affichage et radiodiffusées sur la reconnaissance des signes de l'AVC et la conduite à tenir	19
Sous action 2.2. Former les collégiens et lycéens à la reconnaissance des premiers signes d'un AVC et à la conduite à tenir	20
Sous action 2.3. Diffuser aux patients et à leurs aidants des documents d'information sur l'AVC et sur l'accompagnement du handicap.	20
Sous action 2.4. Former les aidants familiaux sur l'AVC et à l'accompagnement du handicap	21
Action 3 : Développer l'éducation thérapeutique du patient (ETP)	22
Sous action 3.1. Développer l'éducation thérapeutique pour les patients à risque d'AVC.	22

Sous action 3.2. Développer l'éducation thérapeutique pour les patients victimes d'AVC.....	23
Action 4 : Poursuite de la participation des ministères et des agences régionales de santé à des actions de sensibilisation du public, en lien avec les associations de patients.....	24
AXE 2 : METTRE EN ŒUVRE DES FILIERES DE PRISE EN CHARGE ET LES SYSTEMES D'INFORMATION ADAPTES.....	25
Action 5 : Placer l'AVC comme priorité du projet régional de santé ; la mettre en œuvre à travers les schémas régionaux de prévention, d'organisation des soins (volets hospitalier et ambulatoire) et d'organisation médico-sociale.....	25
Action 6 : Définir le contenu d'une consultation « bilan » post AVC, l'expérimenter et la mettre en œuvre.....	27
Action 7 : Organiser la prise en charge des AVC de l'enfant.....	29
Action 8 : Déployer et utiliser un système d'information adapté aux enjeux.....	30
Sous action 8.1. Développer les outils « système d'information » de la prise en charge des AVC dans le système d'information de santé, intégrant la télémédecine.....	30
Sous action 8.2. Contribuer à l'amélioration des informations relatives aux déficiences dans les systèmes d'information médico-sociaux.....	35
Sous action 8.3. Définir des règles de description des séjours hospitaliers pour AVC (règles de codage PMSI MCO et SSR) et les diffuser aux professionnels.....	35
Sous action 8.4. Stabiliser à l'échelon national les descriptions des pathologies cardio-neuro-vasculaires dans les bases d'activité médicales ou médico-économiques utilisées en santé.....	35
Sous action 8.5. Exploiter les données médico-économiques de la base du SNIIR-AM d'une cohorte de patients victimes d'AVC.....	36
Action 9 : Faire évoluer les outils techniques et réglementaires.....	36
Sous action 9.1. Faire évoluer l'autorisation de mise sur le marché du médicament thrombolytique ; diffuser les règles de bonne pratique permettant l'organisation régionale des soins.....	36
Sous action 9.2. Faire évoluer les nomenclatures pour permettre une meilleure description des prises en charge et des patients ; former à leur utilisation.....	37
Sous action 9.3. Etudier et adapter la description et la valorisation des prises en charge de l'AVC.....	38
Action 10 : Conduire des projets pilotes et des expérimentations organisationnelles ; permettre leur analyse et leur mutualisation.....	39
Sous action 10.1. Expérimentations d'actions favorisant les synergies entre acteurs.....	39

Sous action 10.2. Publication par l'ANAP des « retours d'expérience » du chantier pilote de la MeaH « prise en charge des accidents vasculaires cérébraux ».	41
Sous action 10.3. Intégration du thème « AVC » dans les travaux du projet « parcours de personnes et territoires » de l'ANAP.	41
AXE 3 : ASSURER L'INFORMATION, LA FORMATION ET LA REFLEXION DES PROFESSIONNELS	43
Action 11 : Développer les formations relatives à l'AVC pour faire évoluer les compétences des professionnels de santé.	43
Sous action 11.1. Faire évoluer les formations médicales et paramédicales, ainsi que la reconnaissance des compétences acquises dans la prise en charge des AVC.	43
Sous action 11.2. Développer des programmes de formation des professionnels à l'éducation thérapeutique concernant les maladies cardio-neuro-vasculaires, dont l'AVC.	45
Sous action 11.3. Insérer le thème des pathologies cardio-neuro-vasculaires dans le cursus de formation des cadres de santé publique.	45
Action 12 : Poursuivre l'élaboration de protocoles opérationnels, de recommandations de pratiques professionnelles, de référentiels nationaux de prise en charge de l'AVC.	46
Sous action 12.1. Préciser certains protocoles opérationnels en cas d'AVC ou de suspicion d'AVC.	46
Sous action 12.2. Elaborer des recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge en rééducation, d'abord au cours des 6 premiers mois post-AVC puis au-delà.	47
Sous action 12.3. Etablir des recommandations concernant le suivi de l'AVC pour les médecins traitants	47
Sous action 12.4. Informer les professionnels sur les dispositifs mobilisables pour l'accompagnement des personnes atteintes de handicaps post AVC.	48
Action 13 : Améliorer les pratiques des professionnels de santé.	48
Sous action 13.1. Poursuivre le programme pluriannuel de prévention cardio-vasculaire de l'assurance maladie – action en direction des médecins.	48
Sous action 13.2. Poursuivre le programme pilote de la Haute autorité de santé d'amélioration des pratiques professionnelles dans la prise en charge de l'AVC.	49
Sous action 13.3. Assurer la sensibilisation des médecins traitants aux recommandations de la HAS pour améliorer le suivi de l'AVC par les médecins libéraux.	50
Sous action 13.4. Organiser la veille sur l'état de l'art.	51

Action 14 : Développer la réflexion éthique pluriprofessionnelle des acteurs de l'AVC.....	52
AXE 4 : PROMOUVOIR LA RECHERCHE ET VEILLER AUX EQUILIBRES DEMOGRAPHIQUES.....	53
Action 15 : Soutenir le développement coordonné de plusieurs registres populationnels des AVC.....	53
Action 16 : Soutenir et valoriser le développement de la recherche sur l'accident vasculaire cérébral.	53
Action 17 : Contribuer à réguler la démographie des professions de santé.	57
TABLEAU RECAPITULATIF DES ACTIONS ET DE LEUR NIVEAU DE PILOTAGE	59
DES OUTILS POUR AGIR	63
I. La gouvernance du plan : mise en œuvre, suivi, évaluation.....	63
II. Documents réglementaires et de référence	67
III. Documents de méthode	68
INDICATEURS DE SUIVI DES ACTIONS DU PLAN.....	69
DISPOSITIONS FINANCIERES PREVISIONNELLES.....	73

Pourquoi un « plan d'actions national accidents vasculaires cérébraux 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 ;
- 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

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.

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.

La « stratégie AVC 2010-2014 »

I. Principes d'action

Les actions qui seront mises en œuvre pour améliorer la prévention et la prise en charge des AVC dans le cadre du « plan d'actions national accidents vasculaires cérébraux 2010 – 2014 » (PAN AVC 2010-2014) s'appuient sur l'état des lieux dressé dans son rapport par le Comité de pilotage *ad hoc* installé par la ministre de la santé et des sports le 28 novembre 2008, et sur les propositions qu'il formule⁴.

Elles visent à répondre à des **objectifs généraux et spécifiques**. Dans le premier cas, il s'agit de sujets qui sont également visés par d'autres programmes de santé publique, ou peuvent s'y insérer. Il est en effet important de veiller à la globalité des démarches, ce qui nécessite une étroite coordination entre équipes et acteurs concernés ; c'est par exemple le cas des actions de prévention de l'ensemble des maladies cardio-neuro-vasculaires : la lutte contre le tabagisme ou contre l'hypertension artérielle permet de réduire à la fois la fréquence de l'infarctus du myocarde et celle de l'AVC. Dès lors qu'elles s'inscrivent dans d'autres plans, ces actions ne nécessitent pas de financement supplémentaire dans le cadre du PAN AVC 2010 – 2014.

Dans le second cas, les actions concernent uniquement l'accident vasculaire cérébral et n'ont pas d'influence notable sur d'autres pathologies : ainsi en est-il par exemple des efforts à faire, sur le court terme, pour améliorer le taux de thrombolyse chez les patients éligibles, ou mieux prendre en charge les accidents vasculaires cérébraux de l'enfant ou encore le handicap post-AVC.

Ces actions sont **d'ordre national ou régional** : elles relèvent soit de l'échelon national (Etat, agences, institutions nationales), soit des agences régionales de santé ; les indicateurs de suivi et d'évaluation peuvent être différents selon le niveau, leurs destinataires et l'utilisation attendue de leurs résultats.

L'ensemble des facteurs concourant à la qualité globale de la prise en charge des AVC est visé, de la formation des acteurs à l'organisation des filières. A l'instar des propositions du Comité de pilotage, les actions retenues sont **souples et pragmatiques**, pour être pleinement opérationnelles en s'adaptant aux contextes géographique, démographique et organisationnel régionaux.

La conception du plan d'actions national AVC 2010 – 2014 permet à ce dernier de s'inscrire dans la nouvelle gouvernance du système de santé impulsée par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative à la santé, aux patients et aux territoires (loi HPST). En particulier, il fixe des objectifs aux Agences régionales de santé, leur propose des outils en tant que de besoin. Pour être applicable, il laisse la plus grande place à l'adaptation territoriale en vertu du principe de subsidiarité.

Le rôle de l'échelon national (Etat, agences, institutions nationales) est de prendre les mesures relevant de sa compétence (tarifs, formations et passerelles, modalités

⁴ Se reporter au rapport, disponible [sur le site du ministère de la santé et des sports](#) et [sur celui de la Documentation française](#).

d'intervention des libéraux en établissements, ...); d'organiser la mutualisation, d'être un interlocuteur des régions; d'appuyer les travaux du comité national de suivi qui est mis en place.

Les agences régionales de santé sont des catalyseurs des dynamiques régionales et veillent à la complémentarité et à la cohérence des actions, avec le souci de réduire les inégalités d'accès aux soins à travers une action volontariste sur la répartition territoriale de l'offre, et de faciliter le parcours des patients.

L'accent porté sur l'accident vasculaire cérébral vise directement à la prévention et à la prise en charge de cette pathologie; ces efforts seront utiles, indirectement, d'une part à l'ensemble des patients cérébro-lésés, d'autre part à l'organisation d'autres filières de soins, moins longues ou moins complexes. C'est dire l'enjeu qu'il représente à l'échelon tant national que régional.

II. Objectifs généraux

L'objectif principal figure dans le rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique: «réduire la fréquence et la gravité des séquelles liées aux AVC» (objectif n°72); il sera atteint par la mise en œuvre d'une politique de qualité globale de la prise en charge des AVC:

- Développer la prévention et l'information pour prévenir les AVC et en limiter les séquelles;
- Améliorer l'organisation de la prise en charge des AVC, de l'urgence au retour à domicile ou au secteur médico-social;
- Améliorer (adapter et valoriser) l'offre de rééducation, réadaptation et réinsertion;
- Mettre en œuvre une politique de recherche dans le domaine de l'AVC;
- Développer la réflexion éthique;
- Faciliter l'accompagnement des malades et l'action des associations de patients;
- Contribuer à faire changer le regard social sur le handicap.

III. Objectifs spécifiques

- Prendre en charge tout patient victime ou suspect d'AVC dans une filière organisée et territorialement définie;
- Réduire les délais entre les premiers symptômes et la prise en charge adaptée, reposant sur un diagnostic positif documenté;
- Augmenter le taux de thrombolyse chez les patients éligibles;
- Mieux coordonner l'intervention des professionnels aux interfaces entre établissements de soins et ville, domicile ou secteur médico-social;
- Définir une organisation spécifique pour la prise en charge des AVC de l'enfant;
- Améliorer les pratiques professionnelles;
- Améliorer l'information et la formation des professionnels;
- Augmenter les efforts de recherche sur l'AVC à la hauteur de son poids social;
- Contribuer à la formation et au soutien des aidants.

IV. Acteurs et partenaires

La stratégie AVC 2010-2014 traduit une politique de santé publique portée par l'Etat, les agences régionales de santé, l'assurance maladie, la Haute autorité de santé, associés dès l'origine de la réflexion aux professionnels de santé et aux représentants des patients. Le [rapport sur la prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France](#) traduisait un constat et des préoccupations partagés par l'ensemble des membres du Comité de pilotage ; il formulait des préconisations consensuelles portant sur (i) la prévention et l'information, (ii) la prise en charge des patients sous ses aspects organisationnels et de pratiques professionnelles, (iii) la formation et la recherche, (iv) le pilotage, le suivi et l'évaluation du dispositif à mettre en place.

Le programme d'actions opérationnelles présenté dans le cadre du plan AVC 2010-2014 a fait l'objet d'une concertation élargie – et notamment d'un examen par le Haut Conseil de la santé publique, la Conférence nationale de santé et le comité national de santé publique. Il regroupe d'une part des projets nouveaux, d'autre part des démarches déjà engagées – en particulier par l'assurance maladie et la Haute autorité de santé – dont l'efficience et la synergie découleront de leurs articulation et coordination sous l'égide d'un Comité de suivi national dont le secrétariat est assuré par le ministère de la santé et des sports.

Les actions proposées portent sur la prévention, la formation des professionnels, l'organisation de véritables filières territoriales dans lesquelles l'accent doit être mis sur la coordination, l'impulsion d'une politique de recherche. Le suivi et l'évaluation du plan lui sont consubstantiels ; c'est pourquoi leur organisation sera décrite au titre des outils et non des actions.

Programme d'actions nationales et régionales

Axe 1 : améliorer la prévention et l'information de la population avant, pendant et après l'AVC

La prévention des accidents vasculaires cérébraux repose d'une part sur la **promotion des facteurs de protection** (alimentation équilibrée, pratique d'une activité physique régulière) dans l'ensemble de la population, d'autre part sur le **contrôle des facteurs de risque** (hypertension artérielle, diabète, tabac, alimentation, sédentarité) chez les personnes concernées, qu'il convient d'identifier.

L'hypertension artérielle, facteur de risque essentiel de l'AVC, ne fait actuellement pas en France l'objet d'une politique de santé bien identifiée, que ce soit en prévention primaire ou secondaire.

La prévention des récurrences est un point essentiel à prendre en compte : après un premier AVC, le risque de récurrence est estimé entre 30 et 43 % à cinq ans. La précocité et la qualité de la prise en charge et l'éducation thérapeutique du patient⁵ et de son entourage permettent de limiter les séquelles et de prévenir les récurrences.

Les personnes « à risque » comprennent les patients présentant une pathologie artérielle symptomatique ou non, des facteurs de risque vasculaire (en particulier les patients porteurs d'une fibrillation auriculaire ou polyartériels) ou une pathologie à risque (insuffisance rénale chronique, diabète, ...) et les personnes qui ont des antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire ou de diabète.

Les actions de prévention et d'information relatives à l'AVC qui seront menées sont pour une part de nature générale, concernant l'ensemble des pathologies du domaine cardio-neuro-vasculaire, et pour partie spécifiques à l'AVC. Elles visent à faire évoluer les connaissances et les comportements de l'ensemble de la population, et notamment des personnes à risques d'AVC. Elles sont conduites à l'échelon national et régional, les départements de prévention des ARS étant associés à la définition des volets nationaux et ayant la maîtrise d'actions régionales.

Elles s'inscrivent notamment dans les suites des Etats généraux de la prévention, le cadre du plan national nutrition santé (PNNS 2), le plan national d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, la loi HPST, le programme de prévention de l'assurance maladie.

⁵ L'éducation thérapeutique du patient (ETP) s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en lui permettant de mieux gérer sa maladie et son traitement, de prévenir les complications évitables et de s'adapter à toute évolution de la maladie. Cette éducation doit contribuer à améliorer sa qualité de vie.

Action 1 : Développer la prévention de l'accident vasculaire cérébral.

Le risque neurologique vasculaire est moins connu que le risque vasculaire cardiaque, tant par les patients que par de nombreux professionnels. La communauté des facteurs de risque conduit à préconiser le **remplacement du terme « cardio-vasculaire » par « cardio-neuro-vasculaire »**, dans toutes ses utilisations et notamment dans les programmes de prévention et leurs outils (brochures, sites internet, etc.).

Sous action 1.1. Déployer des actions de dépistage et de prévention du risque cardio-neuro-vasculaire chez les personnes à haut risque.

Ces actions viennent en complément du programme national nutrition santé (PNNS).

Elles portent notamment sur :

- la prévention, le dépistage et la prise en charge de l'hypertension artérielle (HTA), facteur de risque majeur de l'AVC ;
- le renforcement du dépistage du diabète et de sa prise en charge ;
- l'aide à l'arrêt du tabac chez les personnes classées en affection de longue durée (ALD) : il s'agit de mieux faire connaître ce dispositif.

Elles s'adressent notamment à la fratrie des personnes à risque ou victimes d'AVC.

Certaines viseront plus particulièrement les catégories sociales défavorisées⁶.

Pilote : Ministère de la santé et des sports (DGS et DGOS)

Partenaires : assurance maladie, DICOM, Inpes, ministère de l'éducation nationale, ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, sociétés savantes, associations de patients, ARS, CNP, Pôle emploi

Calendrier : 2010 : établir la liste des actions
2011-2013 : mise en œuvre et suivi
2014 : évaluation

Financement : DICOM, assurance maladie, Inpes (communication sur le soutien à l'arrêt du tabac)

Indicateurs : Nombre et nature des actions mises en œuvre

Sous action 1.2. Poursuivre les actions de prévention primaire du risque cardio-neuro-vasculaire pour toute la population.

La lutte contre le tabagisme, facteur de risque d'AVC important qu'il soit actif ou passif, comprend notamment les actions prévues dans le cadre du plan cancer 2009-2013, et des actions spécifiques, comme des campagnes d'incitation à l'arrêt du tabac et au respect des mesures d'interdiction de fumer. La prévention s'appuiera sur les lignes directrices de la convention-cadre de lutte anti-tabac (CCLAT) de l'OMS, en

⁶ Par exemple, les agences du Pôle emploi diffuseront sur leurs panneaux lumineux des messages de prévention et d'incitation à l'arrêt du tabac.

particulier ses articles 4 et 5, notamment en ce qui concerne le thème de la dénormalisation du tabac, dont le potentiel préventif est avéré.

Les actions portant sur la nutrition (alimentation et activité physique) sont prévues par le programme national nutrition santé (PNNS) et seront renforcées et développées dans le cadre du PNNS3 prévu fin 2010. Elles visent notamment à :

- Augmenter l'activité physique aux différents âges de la vie, tant par des stratégies d'information et d'éducation que par une amélioration de l'offre d'activité physique par l'action sur l'environnement, en particulier avec le réseau des villes actives du PNNS ;
- Limiter la consommation en sel, par les actions d'éducation destinées à la population et les interventions visant à améliorer la qualité de l'offre alimentaire (poursuite des signatures de chartes d'engagements volontaires de progrès nutritionnel par les exploitants du secteur alimentaire qui, depuis 2007 ont déjà permis de réduire de 10 à plus de 25% la teneur en sel de nombreux produits de consommation courante ; action en restauration collective notamment scolaire pour rendre plus difficile l'accès au sel ; actions avec la profession de la boulangerie pour parvenir à l'objectif de 18g de sel par kg de farine dans le pain). Un canevas d'actions est présenté dans les outils du plan ;
- Un observatoire de la qualité de l'alimentation a été mis en place en 2008. Son objet est de suivre l'évolution de la qualité de l'offre alimentaire sur le plan nutritionnel (composition nutritionnelle, taille des portions...) ainsi que sur le plan socio-économique (prix, segments de marché...). Cet observatoire permet également d'effectuer la surveillance des engagements nutritionnels cités ci-dessus des acteurs économiques ;
- De plus, diverses stratégies et actions développées dans le cadre du PNNS contribuent à la prévention de l'hypertension artérielle. Cela concerne la prévention, le dépistage et la prise en charge de l'obésité chez l'adulte et l'enfant, la promotion de la consommation de fruits et légumes par l'éducation, la communication et l'action sur l'accessibilité de l'offre pour les diverses catégories de population.

Pilote : Ministère de la santé et des sports (DGS)

Partenaires : Inpes, Ministère de l'agriculture, de l'alimentation et de la pêche, Ministère de l'éducation nationale, sociétés savantes, industries alimentaires, associations de patients, ARS, CNP

Calendrier : Cf. PNNS

Financement : Cf. PNNS

Indicateurs : Nombre et nature des actions mises en œuvre

Sous action 1.3. Mettre en œuvre un programme pluriannuel de prévention cardio-vasculaire en direction des assurés sociaux.

En 2009, la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) a débuté auprès des médecins une campagne de communication et d'information (cf. axe 3) ; en 2010, elle déploie un volet concernant directement les assurés sociaux.

L'objectif est d'améliorer les comportements des assurés sociaux dans le domaine de la prévention des maladies cardiovasculaires, de les aider à mieux prendre en charge leur santé avec le soutien de leur médecin.

La stratégie retenue repose sur les recommandations de l'OMS, qui préconisent la combinaison d'actions d'éducation à la prévention d'une large population et d'actions spécifiques vis à vis des patients à haut risque cardiovasculaire⁷.

1. Vis à vis d'une population large : évaluer le risque cardio-neuro-vasculaire (en particulier l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie et le diabète) et promouvoir les mesures hygiéno-diététiques (arrêt du tabac, activité physique et nutrition) tous les 5 ans auprès d'une population large : entre 35 et 45 ans pour les hommes et entre 45 et 55 ans pour les femmes.
2. Pour les patients à risque : sensibiliser les hommes entre 50 et 65 ans et les femmes entre 60 et 75 ans sur les risques cardiovasculaires à l'occasion du remboursement du dosage d'un bilan lipidique pour faciliter le dialogue avec leur médecin traitant lors de l'évaluation de leur risque cardio-neuro-vasculaire global.

Ces deux populations représentent environ 2 300 000 assurés. Cette campagne est destinée à être évaluée et renouvelée tous les ans.

Pilote : Assurance maladie
Partenaires : Inpes, médecins libéraux, ARS
Calendrier : A partir d'avril 2010
Financement : Financée dans le budget de l'assurance maladie
Indicateurs : enquête téléphonique de comportements ;
suivi des consommations de soins et médicamenteuses de la population cible et d'un groupe témoin

Le public cible est actuellement celui du seul régime général ; les autres régimes d'assurance maladie y seront associés.

Le Régime social des indépendants (RSI) expérimente déjà un programme pilote dans ce domaine : le ***Programme pluriannuel de prévention pour les ressortissants du RSI présentant des facteurs de risque cardio-neuro-vasculaire***.

Conformément aux orientations définies dans sa convention d'objectifs et de gestion (COG) 2007 -2011, le RSI a inscrit un bilan de prévention dans son plan stratégique de prévention (cf. Lettre Réseau 2008-97).

Le bilan de prévention du RSI est une consultation dédiée à la prévention et à l'évaluation des facteurs de risques pour la santé. Il est réalisé par le médecin traitant et est proposé aux ressortissants du RSI à 4 reprises au cours de leur vie (une fois au cours des tranches d'âges suivantes : 15-25 ans, 26-40 ans, 41-55 ans et 56-70 ans). Depuis le lancement de ce programme en 2007, ce sont près de 600.000 assurés du RSI qui se sont vus proposer un bilan de prévention.

⁷ Le programme est actuellement « cardio-vasculaire » ; son titre devrait évoluer et tenir compte de l'aspect global « cardio-neuro-vasculaire » (dates et modalités d'intégration à préciser avec l'assurance maladie).

Ce bilan de prévention est axé, pour les tranches d'âge de 25 à 70 ans, sur le risque cardio-vasculaire et le dépistage des cancers.

Le projet du RSI pour 2010 « RSI-Cardio » propose une offre de prévention complémentaire à des populations sélectionnées à partir d'éléments individuels de santé recueillis par le médecin traitant lors du Bilan de Prévention du RSI. Cette offre de prévention cardio-neuro-vasculaire sera expérimenté en 2010 par les Caisses RSI des régions Centre et Languedoc Roussillon. Son extension à d'autres régions en 2011 sera envisagée au vu de l'évaluation de la campagne 2010

Pilote :	RSI
Partenaires :	Médecins traitants, structures d'éducation thérapeutique cardio-vasculaire, ARS
Calendrier :	A partir d'avril 2010
Financement :	aucun coût supplémentaire (financée dans le budget de prévention du RSI)
Indicateurs :	A préciser

<p>Action 2 : Informer la population sur l'AVC, depuis les signes d'alerte jusqu'à l'accompagnement du handicap.</p>

Sous action 2.1. Concevoir et diffuser des campagnes d'affichage et radiodiffusées sur la reconnaissance des signes de l'AVC et la conduite à tenir.

L'accident vasculaire cérébral nécessite une prise en charge en urgence, mais les signes avant coureurs et ses symptômes sont souvent méconnus du public et des professionnels. Seuls 50% des patients suspects d'AVC ont recours au Centre 15, le mieux à même de les orienter de façon optimale.

Il faut que le public puisse reconnaître au moins deux signes de l'AVC (faiblesse d'un membre ou d'une moitié du corps, trouble de la parole trouble de la vision, ...) et sache appeler, en urgence, les secours appropriés.

Les campagnes d'affichage avertissant le public des signes d'alertes de l'AVC et l'orientant en urgence vers le Centre 15, initiées par la Société française neurovasculaire soutenue par l'Inpes, seront régulièrement rééditées et diffusées auprès des médecins (particulièrement les médecins généralistes), pharmaciens, paramédicaux. L'association des collectivités territoriales à cette campagne de diffusion sera recherchée.

Une campagne radiodiffusée sera conçue et répétée régulièrement pendant toute la durée du plan.

Pilote :	Ministère de la santé et des sports (DGS)
Opérateurs :	Inpes et délégation à l'information et à la communication des ministères chargés des affaires sociales (DICOM)
Partenaires :	Sociétés savantes, associations de patients (France AVC, FNAF), Croix Rouge, Samu, SFMU, Aphasia, ARS, CNP, Ordres professionnels

Calendrier : Octobre/novembre 2010 et années suivantes à l'occasion de la journée mondiale de l'AVC le 29 octobre pour les campagnes d'affichage ;
Campagne radiodiffusée à partir de 2011

Financement : Budget de l'Inpes

Indicateurs : Nombre et date des campagnes organisées

Sous action 2.2. Former les collégiens et lycéens à la reconnaissance des premiers signes d'un AVC et à la conduite à tenir.

Cette formation est à inscrire dans les formations aux gestes d'urgence et aux premiers secours dispensées dans le cadre scolaire ou extrascolaire.

Pilote : Ministère de l'éducation nationale (DGESCO) et ministère de la santé et des sports (DGS)

Partenaires : Ministère de l'intérieur, Inpes, sociétés savantes, associations de parents d'élèves, ARS, CNP

Calendrier : 2010-2011 : Inventaire des initiatives existantes – Préparation des documents écrits ou audiovisuels de référence
2011-2013 : diffusion des documents et mise en œuvre
2014 : évaluation de l'impact

Financement : Délégation à l'information et à la communication des ministères chargés des affaires sociales (DICOM) pour les actions de rédaction, réalisation et diffusion de documents écrits et audiovisuels

Indicateurs : Production du matériel pédagogique ; nature et nombre d'actions

Sous action 2.3. Diffuser aux patients et à leurs aidants des documents d'information sur l'AVC et sur l'accompagnement du handicap.

- L'objectif est d'une part de diffuser des documents rédigés par des associations ou des professionnels, destinés à aider les patients ayant présenté un AVC et leur entourage, afin d'améliorer la qualité de la rééducation, réadaptation, réinsertion et la prévention des complications. D'ores et déjà, le CNOMK, la FNAF et les sociétés savantes ont initié des projets traitant de la rééducation et du handicap.

Pilote : Ministère de la santé et des sports (DGS) en lien avec le comité de suivi du plan d'actions national AVC 2010-2014

Opérateurs : opérateurs institutionnels publics ou privés le cas échéant

Partenaires : Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), Haute autorité de santé (HAS), assurance maladie, sociétés savantes, associations, Inpes, référent du Comité de pilotage du Plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), partenaires institutionnels publics ou privés le cas échéant

Calendrier : Examen du soutien à donner aux initiatives spontanées : pendant toute la durée du plan ;

Projet DGS :
2010-2011 : Inventaire des initiatives existantes – Préparation des brochures
2011-2013 : diffusion et mise en œuvre
2014 : évaluation de l'impact (à construire)

Financement : DICOM

Indicateurs : Nature et nombre de documents produits et diffusés

- D'autre part, il s'agit de rédiger et diffuser une brochure présentant les différents dispositifs médico-sociaux accompagnant les personnes atteintes de handicaps post AVC : dispositifs d'accueil, d'informations et d'évaluations, prestations, établissements et services médico-sociaux et autres modalités de compensation⁸.

Le volet national sera complété par un annuaire régional.

La création ou l'enrichissement d'un site internet est à finaliser.

Pilote : DGCS en lien avec le comité de suivi du plan d'actions national AVC 2010-2014

Partenaires : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), ANESM⁹, DGOS, MDPH, ARS, CNP, ...

Calendrier : 2010-2011 : Inventaire des initiatives existantes – Préparation des brochures
2011-2013 : diffusion et mise en œuvre
2014 : évaluation (à construire)

Financement : Cf. action 2.2

Indicateurs : Publication de la brochure ; mise à jour du site internet

Sous action 2.4. Former les aidants familiaux sur l'AVC et à l'accompagnement du handicap.

Il s'agit de soutenir les aidants familiaux d'une personne victime d'AVC et présentant des séquelles nécessitant la présence d'un tiers, en particulier dès le retour à domicile pour les aider à comprendre les besoins du patient et à s'organiser pour se préserver.

Pilote : DGCS et CNSA, en lien avec le comité de suivi du plan d'actions national AVC 2010-2014

Partenaires : HAS, ANESM, assurance maladie, sociétés savantes, associations, référent du Comité de pilotage du Plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, ARS, CNP, MDPH, partenaires institutionnels publics ou privés le cas échéant,

Calendrier : A préciser

Financement : Titre IV du budget de la CNSA

Indicateurs : Nature et nombre des formations réalisées, nombre de personnes formées

⁸ Cette brochure sera articulée avec celle déjà diffusée par Orphanet sur les aides et prestations pour les personnes atteintes de maladies rares, qui peut être utilisée pour toute autre maladie chronique.

⁹ Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Action 3 : Développer l'éducation thérapeutique du patient (ETP).

Dans le cadre de la loi HPST et du Plan national d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (2007-2011), plusieurs mesures concernent le développement de l'éducation thérapeutique du patient.

L'AVC fait partie des maladies chroniques pouvant bénéficier d'une telle démarche, avec deux objectifs : (i) améliorer la santé et la qualité de vie des personnes (à risque ou ayant présenté un AVC) et (ii) prévenir la récurrence de l'AVC.

Les outils « transversaux » existant ou en cours de mise en place pour développer l'éducation thérapeutique, notamment en ambulatoire, seront utilisés pour ce faire, notamment :

- le guide méthodologique HAS-Inpes « [Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques](#) » (ETP) publié en 2007 ;
- le décret relatif aux modalités d'autorisation des programmes d'ETP en région (assorti d'un arrêté sur la composition du dossier de demande d'autorisation) publié prochainement ;
- l'arrêté relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique, publié prochainement ; le décret et l'arrêté relatifs aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient (et le référentiel de compétences, en cours de mise à jour par l'Inpes) ;
- les formations diplômantes en ETP, en cours de développement (voir liste accessible [sur le site de l'Inpes](#)¹⁰) et les formations non diplômantes, qui permettent aux professionnels d'intégrer cette approche éducative au sein de leur pratique quotidienne.

Une approche spécifique d'ETP concernant les facteurs de risques vasculaires et le handicap neurovasculaire (motricité, communication, insertion sociale, dépression et autres complications post AVC) sera étudiée, en tenant compte notamment des résultats de l'évaluation des programmes d'ETP autorisés qui sera mise en place par la HAS.

Sous action 3.1. Développer l'éducation thérapeutique pour les patients à risque d'AVC.

Il s'agit de renforcer l'éducation thérapeutique relative à leur maladie pour les patients à risque (notamment hypertendus et diabétiques).

Ce développement sera conduit dans le cadre du plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, selon les dispositions réglementaires en cours d'élaboration. La démarche transversale adoptée dans ce cadre vise l'« amélioration de la santé et de la qualité de la vie » et la « prévention du risque vasculaire ».

Pilote : Ministère de la santé et des sports (DGS)

¹⁰ <http://www.inpes.sante.fr/index2.asp?page=FormationsEpS/index.asp>

Opérateur :	Inpes
Partenaires :	Assurance maladie, Agences régionales de santé (ARS) et Conseil national de pilotage des ARS (CNP), HAS, sociétés savantes, associations de patients, référent du Comité de pilotage du Plan national d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques
Calendrier :	2009-2010 : publication des textes réglementaires ; 2010-2011 : élaboration des recommandations et validation des programmes ; 2012-2013 : mise en œuvre ; 2014 : évaluation.
Financement :	cf. celui de l'éducation thérapeutique du patient (ETP)
Indicateurs :	cf. le suivi de la mise en place des mesures relatives à l'ETP inscrites dans le Plan national d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (rapport annuel du comité de suivi du Plan).

Sous action 3.2. Développer l'éducation thérapeutique pour les patients victimes d'AVC.

En complément de l'approche de l'ETP transversale aux maladies chroniques actuellement mise en œuvre¹¹, la prise en charge éducative du handicap cardio-neuro-vasculaire fera l'objet d'un travail de réflexion spécifique (connaissance des facteurs de risque pour prévenir la récurrence, et des conséquences de la maladie), permettant l'élaboration d'un cahier des charges à visée cardio-neuro-vasculaire bâti sur le modèle du cahier des charges commun des maladies chroniques.

Les programmes d'ETP pour les pathologies cardio-neuro-vasculaires conformes au cahier des charges national (prévu par la loi HPST) seront autorisés par les agences régionales de santé (ARS) afin de garantir une offre d'ETP de qualité et de permettre le maillage du territoire. Les ARS pourront contribuer au financement de ces programmes.

D'ores et déjà, des programmes d'ETP relatifs aux maladies chroniques sont financés dans le cadre des fonds de prévention des différents régimes d'Assurance maladie obligatoire, ou peuvent l'être sur le risque maladie dans le cadre des expérimentations de l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 qui instaure de nouveaux modes de rémunération pour l'éducation thérapeutique du patient. Ces expérimentations se déploient actuellement dans six régions et leur extension à d'autres régions est en cours. Les programmes pour les pathologies cardio-neuro-vasculaires développés dans ce cadre seront évalués comme les autres programmes pour concevoir les modalités de leur généralisation.

Pilote :	Ministère de la santé et des sports (DSS, DGS) ; agences régionales de santé expérimentales et Conseil national de pilotage des ARS
Partenaires :	HAS, Inpes, Assurance maladie, sociétés savantes, associations de patients, ARS, CNP

¹¹ Cf. le [guide méthodologique pour la structuration des programmes d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques](#), HAS-INPES, juin 2007.

- Calendrier : A partir de 2011
- Financement : S'inscrit dans le budget de l'action 3.1
- Indicateurs : Nombre et nature des programmes d'ETP concernant les pathologies cardio-neuro-vasculaires ;
nombre de patients ayant bénéficié chaque année d'un programme concernant les pathologies cardio-neuro-vasculaires

Action 4 : Poursuite de la participation des ministères et des agences régionales de santé à des actions de sensibilisation du public, en lien avec les associations de patients.

Notamment :

- Manifestation à l'occasion de la journée mondiale de l'AVC le 29 octobre¹² ;
- Participation à la semaine nationale de l'aphasie du 7 au 12 juin 2010 ;
- Mise à jour périodique du dossier « AVC » sur le site internet du ministère ;
- A l'échelon régional : actions d'information et de communication orientées sur les modalités régionales d'organisation et l'insertion de la thématique « AVC » dans le projet régional de santé. L'information sur ces manifestations sera relayée par les outils nationaux.

- Pilote : Ministère de la santé et des sports (DGOS) ; agences régionales de santé en lien avec le Conseil national de pilotage des ARS
- Partenaires : DGS, Inpes, Assurance maladie, sociétés savantes, associations de patients et de familles, Ordres professionnels (médecins, pharmaciens, chirurgiens dentistes, sages-femmes, infirmiers, kinésithérapeutes)
- Calendrier : A partir de 2010
- Financement : Budgets de communication et de prévention du ministère de la santé et des sports et des agences régionales de santé
- Indicateurs : Nombre et nature des manifestations

¹² Pour la première année du plan d'actions national AVC 2010-2014, un colloque est prévu le 27 octobre 2010 sous l'égide du ministère de la santé et des sports, en partenariat avec les associations de patients (notamment la fédération nationale France AVC).

Axe 2 : mettre en œuvre des filières de prise en charge et les systèmes d'information adaptés

La prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux sont une thématique de santé nationale pour les années 2010 à 2014 ; cette priorité nationale se retrouvera dans les projets régionaux de santé et leurs déclinaisons (PRSP, SROS, plans d'actions).

L'amélioration de la prise en charge des AVC passe par l'organisation régionale, en fonction des besoins et des ressources, de filières territorialement définies intégrant prévention, soins aigus, réadaptation, soutien médico-social coordonnées par les agences régionales de santé (ARS). L'optique est d'améliorer la santé des populations, de réduire les inégalités de santé, de faciliter les parcours des patients en accroissant l'efficacité du système de santé.

Les objectifs nationaux du plan d'actions AVC 2010-2014 seront traduits au mieux en actions régionales pour ce qui est de l'organisation et des expérimentations, et en actions nationales pour la définition d'outils communs et la mutualisation des expériences (rôle du comité de suivi national).

Les systèmes d'information sont au cœur du dispositif, afin de permettre d'une part un partage de données entre professionnels pour optimiser les trajectoires des patients, d'autre part l'analyse régionale ou nationale d'indicateurs permettant un pilotage efficient.

Action 5 : Placer l'AVC comme priorité du projet régional de santé ; la mettre en œuvre à travers les schémas régionaux de prévention, d'organisation des soins (volets hospitalier et ambulatoire) et d'organisation médico-sociale.

Afin d'atteindre les objectifs du plan, il convient que tout patient, quels que soient sa localisation géographique et son âge, soit pris en charge dans une filière de soins coordonnée et identifiée dans son territoire, allant de la phase aiguë jusqu'au retour à domicile.

L'organisation de la prise en charge des AVC est actuellement variable d'une région à l'autre, selon le degré de construction des filières autour des UNV actuelles. Il s'agira pour les ARS¹³ de :

- **Mettre en place des actions d'information et de prévention (cf. axe 1) ;**
- **Mailler les territoires en organisant des filières de prise en charge** pour les accidents vasculaires cérébraux (dont les AIT – accidents ischémiques transitoires). Chaque filière peut se déployer sur un ou plusieurs territoire(s) de santé en fonction de la population concernée. Chaque filière intègre une unité neurovasculaire (UNV, au sens de la circulaire du 22 mars 2007) et les structures MCO, SSR, USLD, hôpitaux locaux, médico-sociales et de retour à domicile nécessaires à la prise en charge des patients, dont les capacités

¹³ Le détail des réflexions du comité de pilotage pour la prévention et la prise en charge des AVC en France sur l'organisation territoriale figure dans *les outils du plan*.

d'accueil sont adaptées au bassin de population concerné (des outils d'aide au dimensionnement sont à disposition des ARS et des établissements). Ces structures constitutives de la filière sont identifiées par l'ARS et concluent entre elles autant que de besoin des conventions de partenariat. Ce maillage doit se faire en fonction des particularités de la région et des temps de transport en son sein pour les urgences en amont (30 mn à titre indicatif) et pour le rapprochement du domicile en aval.

- **Poursuivre la montée en charge des UNV** : créer ou reconnaître les unités neurovasculaires ayant un dimensionnement approprié (>300 AVC/an) et répondant aux principes d'organisation régionale. La cible nationale est de 140 UNV ; 87 existent actuellement, 30 nouvelles UNV sont prévues en 2010 et 25 en 2011.
- **Définir l'organisation à mettre en œuvre** au travers du schéma régional d'organisation des soins.

Quatre situations sont exposées dans *les outils du plan* pour guider la montée en charge des UNV.

Chaque région distingue au moins une **structure de recours régional** qui intègre à la fois une UNV, la neurochirurgie, la neuroradiologie interventionnelle, la chirurgie vasculaire, la médecine physique et de réadaptation, éventuellement la pédiatrie (cf. action 7 « AVC de l'enfant »), afin d'assurer dans le cadre de protocoles régionaux les actes diagnostiques, thérapeutiques et les activités de télémédecine de recours.

Ce dispositif doit être visible et lisible par les professionnels de la santé hospitaliers et libéraux, les patients et leur entourage ainsi que les associations d'usagers, à travers l'inscription des structures de prise en charge aigüe dans le répertoire opérationnel des ressources (ROR) régional et la réalisation d'une cartographie concernant l'ensemble des ressources, notamment d'aval du MCO et des SSR. Parmi *les outils du plan* figurent pour information les réflexions du Comité de pilotage national sur ces organisations.

Un accent particulier doit être mis sur l'accès en urgence à l'imagerie.

- **Déployer les systèmes de télémédecine relatifs à l'AVC**, dans le cadre d'un schéma directeur organisationnel régional de télémédecine (cf. action « systèmes d'information ») qui répond aux objectifs d'organisation des soins.
- **Organiser les relations ville-hôpital** : veiller à l'amélioration de la coordination entre les professionnels hospitaliers médicaux et para médicaux, les intervenants de soins et de rééducation à domicile et le médecin traitant.
- **Favoriser l'identification et si besoin la création de lits ou de secteurs AVC ou cérébro-lésés en SSR.**

La réflexion sur le dimensionnement et les modalités de prise en charge en SSR des patients victimes d'AVC s'insèrera dans les travaux de l'ARS sur la mise en œuvre des décrets d'avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation, en lien avec l'organisation des soins aux patients cérébro-lésés. Chaque région veillera en particulier aux besoins de prise en charge des patients lourds de post-réanimation ou pauci-relationnels, avec accès à un plateau technique.

- **Fluidifier le retour des patients au domicile ou en institution.** Pour ce faire, plusieurs pistes sont à explorer :
 - Promouvoir auprès des professionnels de santé l'anticipation de la préparation à la sortie du monde hospitalier des personnes atteintes de handicaps post AVC.
 - Mettre en place des capacités d'HAD pour la rééducation et la réinsertion de patients AVC pris en charge sur leur lieu de vie par un personnel de rééducation, durant une période très brève (1 à 3 mois), pour consolider les acquis et poursuivre la rééducation.
 - Renforcer l'articulation entre les établissements MCO ou SSR et les structures chargées de l'évaluation et de l'accès aux droits des personnes handicapées (MDPH) et des personnes âgées dépendantes
 - Développer des places pour accompagner les personnes tout au long de leur vie, y compris des places de SSIAD, de SAMSAH et de SESSAD, visant notamment à soutenir les familles.
- **Conduire des expérimentations organisationnelles (cf. action 10.1)**

L'ARS organise avec pragmatisme la coordination régionale du projet AVC et l'animation de chacune des filières territoriales. L'objectif est de développer au sein des filières des procédures de travail et d'évaluation partagées entre les professionnels. Le point particulièrement sensible de cette animation est l'articulation entre les secteurs sanitaire et médico-social au plus près du patient.

Lien avec d'autres plans de santé publique : il sera intéressant de suivre et d'analyser l'expérimentation de « coordinateurs » ou « gestionnaires de cas » développée dans le cadre du Plan « Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 » (mesures 5 et 20), pour l'adapter le cas échéant aux AVC.

Pilote :	agences régionales de santé
Partenaires :	professionnels de santé, associations de patients et d'usagers, représentants des collectivités, ANESM, HAS, CNP, DGOS
Calendrier :	celui des projets régionaux de santé (conception 2010-2011)
Financement :	ONDAM sanitaire et médico – social
Indicateurs :	délais de prise en charge en urgence, proportion des patients admis en UNV (et les âges moyen et médian de cette population, comparés à ceux des patients non admis en UNV), proportion des patients du territoire non admis dans la filière

Action 6 : Définir le contenu d'une consultation « bilan » post AVC, l'expérimenter et la mettre en œuvre.

La nature de la consultation « bilan » proposée dans le cadre du plan d'actions national AVC 2010-2014 est à préciser : à visée non seulement médicale mais également rééducative, psychologique, neuropsychologique et sociale, elle est au mieux pluridisciplinaire et associe médecins et professionnels paramédicaux et médico-sociaux.

Elle vise, notamment par l'emploi de grilles de dépistage, à explorer les dimensions physique (aspects moteur, sensitif, sensoriel), cognitive, viscérale (déglutition, sphère uro-génitale, désadaptation), psychologique du patient et de son entourage. Elle est une étape dans l'éducation thérapeutique, l'information et le contrôle des facteurs de risques. Elle est intégrée dans le dossier médical personnel de chaque patient (DMP).

Cette consultation a comme double objectif :

- d'adapter le suivi de chaque personne à sa situation, en l'orientant s'il y a lieu vers les professionnels adéquats, de contribuer à sa réinsertion sociale et socioprofessionnelle¹⁴ ;
- de produire des indicateurs relatifs à l'état de santé permettant de mesurer l'évolution de la fréquence de la gravité des séquelles liées à l'AVC au niveau national.

Elle est réalisée entre deux et six mois après l'AVC et s'adresse à tous les patients, afin justement de repérer des déficiences passées jusqu'alors inaperçues, mais sources de handicaps et d'une désadaptation sociale secondaires ou supplémentaires.

Le cahier des charges envisagera l'intérêt d'une structure d'accueil des patients, lisible pour la filière, rassemblant les compétences professionnelles nécessaires aux consultations, et les associations des patients, en étudiant les structures développés par d'autres plans. Cette démarche peut être l'occasion d'associer d'avantage les professionnels libéraux, en particulier les neurologues, à la prise en charge des patients. Différents modèles sont possibles.

Actions :

- définir le cahier des charges de la consultation « bilan » post AVC ;
- expérimenter les modèles dans trois à cinq régions volontaires ;
- évaluer puis adapter le dispositif.

Les travaux pour la mettre en œuvre s'appuieront notamment sur les exemples des consultations « mémoire » et celles du plan « solidarité grand âge ». Un point particulier est celui du recueil et du circuit des données utiles en termes épidémiologiques et d'aide à la décision.

Pilote : Ministère de la santé et des sports (DGOS) et ARS, CNP

Partenaires : professionnels de santé, associations de patients et d'usagers, HAS, assurance maladie

Opérateurs : Médecins des filières AVC

Calendrier : 2010 : définition du contenu ; travaux sur le système d'information
2011 : déploiement de l'expérimentation
2012 : premier bilan et adaptation du dispositif

Financement : ONDAM (FIQCS et MIG). La définition d'une valorisation particulière est à prendre en compte dans un cadre expérimental, ou dans le cadre de la mise en place d'une nomenclature des actes cliniques

¹⁴ En particulier, une évaluation médico-psychologique sera proposée à tous les patients « légers », qui sortent plus que d'autre de la filière en n'ayant plus de suivi, mais dont les séquelles psychologiques rendent plus difficiles la réadaptation à la vie quotidienne.

Indicateurs : dans un premier temps : proportion de patients victimes d'AVC, non décédés au sixième mois, ayant bénéficié de cette consultation ;
dans un deuxième temps : évolution des scores de gravité et orientation des patients

Action 7 : Organiser la prise en charge des AVC de l'enfant.

On estime entre 300 et 500 le nombre d'enfants ayant un infarctus cérébral ou une hémorragie cérébrale sur malformation artérioveineuse chaque année en France. Environ 3000 enfants sont classés en affection de longue durée « accident vasculaire cérébral invalidant ». Une organisation spécifique est rendue nécessaire en raison de la rareté de la pathologie, de la spécialisation et de la pluridisciplinarité nécessaires à sa prise en charge : recherche de l'étiologie de l'AVC pour une prise en charge immédiate et un suivi adapté, conduite de la réinsertion des enfants car les troubles cognitifs sont souvent majeurs. La lisibilité de ces compétences sur le territoire français, actuellement insuffisante, en sera ainsi améliorée.

L'objectif est double :

- Assurer à tous les enfants victimes d'AVC un diagnostic précoce et une prise en charge dans un centre de compétences ou de référence ;
- Améliorer les connaissances épidémiologiques sur les causes et le pronostic des AVC de l'enfant.

Il s'agit d'élaborer un cahier des charges et d'organiser un appel d'offres national afin de désigner un centre de référence national (éventuellement multipolaire, ou plusieurs centres) ; et d'organiser un maillage en centres de compétences régionaux ou interrégionaux en collaboration avec les ARS.

- **Un comité « AVC de l'enfant »** sera en charge de la rédaction du cahier des charges et de la sélection du ou des centres de référence national, du cadre de définition des centres de compétence régionaux et de l'identification d'éventuels besoins en lits MCO et SSR à visée pédiatrique, d'équipes mobiles à compétence pédiatrique, de capacité d'HAD ; il associera des professionnels de santé experts dans la prise en charge de l'AVC chez l'enfant, des représentants des associations des malades, des représentants du Comité d'Orientation de Suivi et de Labellisation du plan national maladies rares 2010-2014 (pour l'appui méthodologique) et des institutions nommées par la ministre de la santé et des sports.
- **Un appel à projet** sera lancé pour l'obtention du label « centres de référence » en tenant compte de l'évaluation des besoins. Des rapprochements interrégionaux devraient permettre la création de 2 ou 3 centres de référence en France.

Le modèle de labellisation du ou des centre(s) de référence AVC s'inspire de la méthodologie mise en œuvre dans le cadre du Plan national maladies rares 2004-2008 pour la labellisation des centres de référence.

Par ailleurs, il convient de mener une étude sur l'adéquation entre les besoins de prise en charge au long cours des enfants présentant un handicap post-AVC et l'offre d'hébergement en établissements pour polyhandicapés ou déficients intellectuels, ou déficients moteurs (ex annexes 24 du CASF – art. D312-59-1 et suivants).

Pilote :	Ministère de la santé et des sports (DGOS) – Agences régionales de santé, CNP
Partenaires :	professionnels de santé, associations de patients et d'usagers, assurance maladie, DGCS, CNSA
Calendrier :	Création d'un comité « référence AVC de l'enfant » : 4 mois (septembre 2010) ; 1er semestre 2011 : Elaboration et validation des cahiers des charges des centres de référence et des centres de compétences : 3 mois (décembre 2010) ; Publication et réponse à l'appel à projets : 6 mois (juin 2011) ; Sélection du ou des centres de référence : 1 mois (juillet 2011) ; Proposition à la DGOS par le ou les centres de référence retenus d'une liste de centres de compétences, soumis pour avis au comité « AVC de l'enfant » : 6 mois (janvier 2012) ; Désignation des centres de compétences par les ARS : 6 mois (juillet 2012)
Financement :	A intégrer dans le plan maladies rares
Indicateurs de suivi et d'évaluation :	Ce suivi et cette évaluation pourront utilement se calquer sur le modèle des maladies rares à savoir une auto-évaluation de ces centres à 3 ans au regard de leurs missions spécifiques définies dans leur cahier des charges et une évaluation externe à 5 ans en vue du renouvellement ou non de leur label

Action 8 : Déployer et utiliser un système d'information adapté aux enjeux.
--

Sous action 8.1. Développer les outils « système d'information » de la prise en charge des AVC dans le système d'information de santé, intégrant la télémédecine.

Le dispositif à mettre en œuvre vise :

- à recueillir des informations standardisées dès le premier contact des patients avec le système de santé, à chaque étape de leur parcours tout au long de la filière AVC, y compris lors de leur suivi périodique. Ce « volet AVC » du dossier patient, très opérationnel, a vocation à s'intégrer au dossier médical personnel (DMP) en cours de conception et de déploiement¹⁵ ;
- à mettre en place les outils faisant appel aux technologies de l'information et de la communication (TIC) pour permettre l'application des protocoles de prise en charge faisant intervenir des professionnels distants du patient qui auront été définis au sein de chaque région (télémédecine).

L'objectif est (i) d'améliorer la qualité des prestations des professionnels intervenant auprès des malades ; (ii) d'assurer par la transmission automatisée de certaines données, qui seront analysées aux échelons régional ou national, le suivi et l'évaluation de l'organisation et de la qualité des prises en charge et du

¹⁵ L'objectif n'est pas de fabriquer un SI spécifique à la prise des patients atteints d'un AVC, mais de constituer un dossier de spécialité AVC intégré au dossier médical commun et au dossier de soins des établissements de santé.

retentissement fonctionnel du handicap ; (iii) de participer à l'amélioration des connaissances épidémiologiques relatives à l'AVC.

1. Le premier niveau est de doter les professionnels de santé des outils utiles à la coordination de la prise en charge des patients tout au long des filières AVC

- Du SAMU/Centre 15 vers une structure des urgences ou une unité neuro-vasculaire (UNV) ;
- D'une structure des urgences vers une UNV ;
- D'une UNV vers une structure de soins de suites et réadaptation (SSR) ;
- Des SSR vers le lieu de vie du patient et les professionnels de santé.

En particulier, il s'agit de mettre en œuvre :

- **les outils nécessaires à la télémedecine** qui doivent permettre d'avoir accès en urgence ou non à une expertise radiologique ou neurologique à distance, et de disposer de cette expertise tout au long de la prise en charge du patient (notamment pour la thrombolyse).
- Une aide aux « transitions » qui surviennent durant le processus de prise en charge et qui induisent un relai d'une équipe à une autre au sein de la filière territoriale : l'outil SI pourra également être utilisé pour établir des synthèses, des programmes de soins ou des comptes-rendus médicaux, produire des échelles de gravité de l'état du patient, aider à l'inclure dans des protocoles de recherche, ...
- les services utiles à l'organisation de réunions de concertation pluri professionnelle (RCP).

2. Le deuxième aspect du système d'information (SI) est d'aider à la régulation de l'offre de soins mobilisée pour la prise en charge de l'AVC.

Les données recueillies permettent à l'échelon régional l'objectivation des circuits du parcours des patients, un calcul des délais des différentes étapes du processus, une aide à la décision, etc. Les données d'activité du système d'information AVC alimenteront le système décisionnel d'aide au calibrage et au pilotage de l'offre de soins.

Les informations recueillies aux fins d'alimentation du SI de régulation ainsi que les modalités de cette alimentation devront être standardisées (identifiant national de santé, carte GPS, respect des référentiels nationaux).

3. Le troisième niveau porte d'une part sur la transmission d'informations pour les besoins de la veille sanitaire (épidémiologie) et de la recherche, d'autre part sur l'évaluation du plan AVC.

Il s'agit en particulier d'alimenter les indicateurs qui permettront d'évaluer la performance du système de santé et celle du plan. Cette fonction sera assurée chronologiquement au décours des précédentes.

Actions :

1. Définition d'un programme national de mise en place du système d'information relatif à la prise en charge de l'AVC

- Expression des besoins, par les professionnels concernés ;
- Synthèse des besoins ; spécifications fonctionnelles et spécifications d'architecture.

Il s'agit de compléter les besoins que les acteurs de santé ont déjà exprimés à l'occasion des travaux du Comité de pilotage¹⁶ de manière à bâtir l'architecture du système d'information. A partir des processus métiers cible, il s'agit d'identifier les activités, les acteurs, les informations métiers utiles, les interfaces entre systèmes... et d'inventorier les logiciels, les services et interfaces à spécifier.

Une synthèse des besoins exprimés sur chacun des trois axes (prise en charge, régulation, évaluation) sera effectuée, ainsi qu'un travail de priorisation et de mise en perspective. Ceci afin de donner à la fois une vision claire de la cible à atteindre, et des jalons intermédiaires, et de permettre une construction progressive et phasée.

En parallèle seront identifiés les dispositifs et projets en cours, nationaux, régionaux et locaux (système d'information AVC, télémedecine, référentiels nationaux, etc.) en lien avec l'architecture proposée, de manière à capitaliser sur ces projets et à s'assurer de leur mise en cohérence.

Livrables

- Urbanisation du système d'information AVC : périmètre fonctionnel du système d'information AVC, périmètre fonctionnel du système d'information décisionnel (SID) et/ou identification des interfaces entre systèmes avec lesquels il devra interagir ;
- Périmètre du volet sémantique du cadre d'interopérabilité adapté à la filière AVC ;
- Inventaire des moyens organisationnels et techniques à mettre en œuvre ;
- Définition des indicateurs de pilotage (couverture de l'objectif 2 de l'action, évaluation des mesures du plan) ;
- Définition d'un budget global pour le projet ;
- Définition d'un planning de réalisation.

Délai de réalisation : 6 mois.

Un appui externe, complémentaire des ressources de la DGOS, de la MISS ou des opérateurs, est nécessaire, notamment pour animer les groupes de travail des phases d'expression de besoins et de synthèse.

¹⁶ Rapport remis en octobre 2009 à Madame la Ministre de la santé et des sports, « la prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France »

2. Définition du contenu et lancement de projets pilotes régionaux

La maîtrise d'ouvrage de projets pilotes de conception et de mise en œuvre opérationnelle de solutions sera déléguée à des maîtrises d'ouvrage territoriales reconnues par les ARS.

Dans ce but, les projets pilotes doivent être préalablement définis : objectifs, périmètres fonctionnel et technique, démarche, livrables attendus, critères d'évaluation, moyens alloués.

Un premier ajustement des objectifs et budgets disponibles sera opéré au cours de cette étape.

En première approche, le contenu des projets portera sur :

- Le socle commun de télémédecine autour du partage d'images¹⁷ ;
- L'échange et le partage de données de santé essentielles à la coordination des acteurs et la fluidité des transitions, pour l'amélioration de la prise en charge des AVC ;
- Le développement des interfaces normalisées avec les registres et les bases épidémiologiques ;
- L'intégration des référentiels AVC dans les solutions métier existantes ;
- Le suivi et l'évaluation de l'organisation des filières territoriales AVC à des fins de régulation de l'offre de soins.

Livrables

- Définition des projets pilotes ;
- Cahier des charges d'appel à candidatures à destination des maîtrises d'ouvrage territoriales ;
- Modèle de cahier des charges qui sera adapté par les maîtrises d'ouvrage territoriales retenues pour la conception et la mise en œuvre de solutions et des organisations idoines. Contractualisation de celles-ci avec les établissements de santé partenaires et les entreprises prestataires.

Délai de réalisation : 8 mois.

3. Réalisation

Il s'agit pour les maîtrises d'ouvrage territoriales retenues :

- de concevoir et mettre en œuvre les organisations et outils conformes à la cible ;
- de faire l'évaluation de ces dispositifs en termes d'efficience et de coûts ;
- de modéliser le dispositif optimisé (organisation, système d'information, matériel nécessaire) en vue de la généralisation.

Livrables :

¹⁷ Remarque : les infrastructures de télémédecine ne peuvent pas être dédiées à la prise en charge de l'AVC.

- Outils opérationnels et industriels ;
- Mise en œuvre opérationnelle ;
- Evaluation ;
- Description du modèle à généraliser.

Délai de réalisation : 14 mois

4. Généralisation

Cette phase comprend la standardisation des modèles et outils issus de l'étape précédente, la définition de la stratégie de déploiement et sa mise en œuvre.

Délai de réalisation : 18 mois

Gouvernance

Le pilotage stratégique de ce projet est assuré par la DGOS, avec l'appui du bureau des systèmes d'information. Il comprend en particulier l'identification des financements et leur allocation.

L'ASIP Santé est responsable de la conception et de la mise en œuvre du volet système d'information qui lui est confié dans le cadre du plan AVC.

L'ASIP Santé participe au comité de suivi du plan AVC de manière à coordonner son action avec les autres acteurs du plan et à rendre compte de celle-ci.

L'ASIP santé constituera un comité de pilotage spécifique à ce projet sur la mise en place d'un SI. Il comprendra au moins des représentants des professionnels de santé impliqués, des représentants des établissements de soins (conférence des DSI de CHU et de CH), un représentant du comité de suivi, de l'équipe projet AVC, de la DGOS, de l'ANAP, de l'Atih, de l'InVS.

Le comité de suivi AVC sélectionne les sites pilotes afin de mieux coordonner la mise en œuvre des actions de toutes natures contenues dans le plan.

- Pilote : Ministère de la santé (DGOS – MISS)
- Opérateurs : Agence des systèmes d'information partagés de santé (Asip santé),
Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih)
- Partenaires : Sociétés savantes, ARS, CNP, prestataires informatiques
- Calendrier : un premier projet pilote pourra être mis en place en 2011 avec un déploiement généralisé à partir de 2013.
- Financement : dotation spécifique Asip santé en coordination avec le Plan hôpital 2012 (FMESPP) – MIGAC
- Indicateurs : Mise en œuvre de solutions opérationnelles

NB : L'Asip santé a déjà fait un recensement des « expérimentations » de téléradiologie qui existent déjà. Sa proposition est de lancer des projets pilotes dans le cadre proposé par le groupe de travail DGOS « déploiement de la télémédecine ». A coordonner avec le plan Hôpital 2012.

Sous action 8.2. Contribuer à l'amélioration des informations relatives aux déficiences dans les systèmes d'information médico-sociaux.

L'objectif est d'améliorer la prise en compte dans les systèmes d'informations médico-sociaux des connaissances relatives aux caractéristiques des personnes handicapées, à la nature de leurs déficiences, à leurs besoins de compensation de la perte d'autonomie et aux réponses apportées à ces besoins. Ces informations permettront à terme de préciser les besoins en matière d'établissements et services médico-sociaux.

Pilote : DGCS
Opérateur : CNSA
Partenaires : ANESM, MDPH, ARS, Asip santé, Ministère de la santé et des sports
Calendrier : A préciser avec la DGCS et la CNSA
Financement : Pas de financement spécifique nécessaire
Indicateurs : Présence d'informations spécifiques dans les SI médico-sociaux

Sous action 8.3. Définir des règles de description des séjours hospitaliers pour AVC (règles de codage PMSI MCO et SSR) et les diffuser aux professionnels.

Validation par l'Atih d'un document de référence, à partir des travaux du Comité de pilotage sur la prévention et la prise en charges des AVC en France.

Pilote : Ministère de la santé (DGOS)
Partenaires : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih), Sociétés savantes
Calendrier : Deuxième semestre 2010
Financement : Pas de financement spécifique nécessaire
Indicateurs : Publication d'un document de référence

Indépendamment de ce calendrier, pour le Haut conseil de la santé publique le codage systématique (à l'aide d'outils normalisés) de la dépendance en sortie de MCO est à mettre en œuvre rapidement afin de contribuer à la mesure de l'objectif 72 de la loi de santé publique.

Sous action 8.4. Stabiliser à l'échelon national les descriptions des pathologies cardio-neuro-vasculaires dans les bases d'activité médicales ou médico-économiques utilisées en santé.

En lien avec le Comité cardio-neuro-vasculaire des producteurs d'informations en santé présidé par l'InVS, utile notamment pour le baromètre Score-Santé élaboré par la FNORS.

Pilote : Ministère de la santé (DGS et DREES)
Partenaires : InVS, FNORS, INSERM, Atih, Comité cardio-neuro-vasculaire des producteurs d'informations en santé

Calendrier : Dès à présent, pour une finalisation avant fin 2010

Financement : Pas de financement spécifique nécessaire

Indicateurs : Publication d'un document de référence

Sous action 8.5. Exploiter les données médico-économiques de la base du SNIIR-AM d'une cohorte de patients victimes d'AVC.

L'objectif est d'améliorer, à travers la mesure et l'analyse de leurs consommations de soins et de leurs caractéristiques, la connaissance relative aux patients victimes d'AVC, avant et après leur AVC, pour orienter les politiques de prévention et de prise en charge.

Pilote : Assurance maladie (CNAMTS - OSES)

Partenaires : Ministère de la santé et des sports (DGOS), Comité de suivi du plan, experts, ARS

Calendrier : Dès 2010

Financement : Interne à l'assurance maladie

Indicateurs : Publications d'un document de référence

Action 9 : Faire évoluer les outils techniques et réglementaires.

L'objectif est de s'assurer de la sécurité juridique et financière des professionnels et la fiabilité des informations recueillies.

Sous action 9.1. Faire évoluer l'autorisation de mise sur le marché du médicament thrombolytique ; diffuser les règles de bonne pratique permettant l'organisation régionale des soins.

Le résumé des caractéristiques du produit (RCP) qui figure à l'annexe 1 de l'AMM d'actilyse®, le médicament concerné, est actuellement ambigu quant à la nature des médecins habilités à prescrire et à utiliser ce médicament.

Les conclusions de la **commission de la transparence (HAS) en 2003** ouvrent l'utilisation d'actilyse® à des médecins non spécialistes en neurologie : « Le traitement par actilyse® nécessite une prise en charge par des médecins expérimentés et formés à l'utilisation des agents thrombolytiques et disposant des moyens de surveillance adéquats. L'utilisation de ce médicament devrait être limitée aux seules UNV. »

Les conclusions du **Comité de pilotage AVC en janvier 2009 et l'avis du 27 mai 2009 du Collège de la Haute autorité de santé** recommandent que la thrombolyse soit effectuée par un neurologue, par un médecin titulaire d'un DIU neurovasculaire, ou par un médecin sur avis par télé-médecine d'un spécialiste neurovasculaire.

L'Afssaps a été associée à ces réflexions ; sa légitimité lui permettra d'intervenir dans le cadre des procédures européennes déposées par le laboratoire titulaire de l'AMM afin de proposer à nouveau à ses partenaires européens une formulation qui

lève l'ambiguïté actuelle sur l'utilisation d'actilyse® (cf. rubriques 4.2 et 4.4 de l'AMM).

L'Afssaps interviendra dans le cadre d'une première procédure (en cours depuis le 3 février 2010) qui vise à permettre dans le cadre de l'AMM une administration d'Actilyse® de 0 à 4,5 heures après l'apparition des premiers symptômes (au lieu de 0 à 3 heures). Cette procédure devrait être finalisée au plus tard fin juillet 2010. Elle pourra aussi intervenir au renouvellement quinquennal de l'autorisation, finalisé au plus tard fin 2010.

Compte tenu de la longueur des procédures européennes d'AMM, l'Afssaps propose de mettre en avant dès à présent les règles faisant l'objet du consensus français qui ne sont pas en réelle contradiction avec la rubrique 4.4 de l'AMM (« médecins formés et expérimentés en neurologie »).

Pilote :	Ministère de la santé (DGS)
Opérateurs :	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps), Commission de la transparence de la Haute autorité de santé (HAS)
Calendrier :	Diffusion des règles de consensus français : dès à présent ; révision de l'AMM : cf. calendrier européen (nouvelle demande de l'AFSSAPS février 2010 ; finalisation prévue au plus tôt fin juillet 2010, et au plus tard décembre 2010)
Financement :	Aucun financement spécifique nécessaire
Indicateurs :	Règles diffusées (modalités à préciser) ; publication d'un rectificatif d'AMM.

Sous action 9.2. Faire évoluer les nomenclatures pour permettre une meilleure description des prises en charge et des patients ; former à leur utilisation.

– Création d'un acte de thrombolyse intraveineuse.

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et les nomenclatures utilisées dans ce cadre visent à permettre à la fois la description de l'activité des établissements et la valorisation de cette dernière. Il convient de trouver les modalités d'un repérage aisé de la thrombolyse intraveineuse. Un groupe de travail ad hoc proposera des solutions qui permettent à l'UNCAM (Union nationale des caisses d'assurance maladie) de prendre une décision positive après avis de la HAS et de l'UNOCAM (Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie).

Pilote :	Ministère de la santé et des sports (DGOS) et Union nationale des caisses d'assurance maladie
Partenaires :	Atih, HAS, UNOCAM, Sociétés savantes
Calendrier :	Deuxième semestre 2010
Financement :	Pas de financement spécifique nécessaire
Indicateurs :	Création de cet acte

- **Réalisation d'un document de synthèse des scores d'évaluation de la dépendance et de la gravité des patients aux différentes phases de leur prise en charge.**

Il existe en effet de nombreuses grilles d'analyse de l'état des patients et de leur dépendance, qui sont utilisées ou utilisables dans le cas de personnes victimes d'AVC, à différents stades de leur évolution : par exemple indice de Barthel, NiHSS, score de Rankin ou de Rankin modifié, MIF, grille nationale AGGIR, GEVA, ...

L'objectif est d'en établir le recensement et d'élaborer ou de colliger leur description et leur analyse, afin que l'ensemble des professionnels disposent d'un document de référence comprenant l'ensemble de ces outils et les conditions de leur utilisation, validées par consensus professionnel ; ce document, unique pour les secteurs sanitaire et médico-social, favorisera les collaborations.

Un tel document favorisera l'harmonisation du codage des scores de dépendance utilisés dans la construction de certains indicateurs du plan.

Pilote : Ministère de la santé et des sports (DGOS), DGCS
Partenaires : Sociétés savantes, HAS, ANESM, structures de Formation continue (EHESP et autres), Atih, Assurance maladie, CNSA
Calendrier : 2010-2011
Financement : Pas de financement spécifique nécessaire
Indicateurs : parution du document de synthèse

Sous action 9.3. Etudier et adapter la description et la valorisation des prises en charge de l'AVC.

- Tarification à l'activité en court séjour MCO notamment dans le cadre de l'HAD : **participation d'établissements disposant d'une UNV à l'étude nationale de coûts commune** ; travaux de modélisation financière de cette activité.
- Etude sur les coûts de la prise en charge des AVC dans les EHPAD, les USLD ; les MAS et les FAM– et plus généralement **sur le financement des prises en charge sanitaires et médico-sociales des personnes conservant une incapacité à la sortie d'hospitalisation.**
- Travaux **sur l'organisation et le financement des coopérations et de la coordination** entre professionnels de santé (mise en œuvre des dispositions des articles L.4011-1 et suivants du Code de la santé publique relatives à la coopération entre professionnels, introduites par la loi HPST).
- Travaux **sur la nature et la valorisation des actes de neurologie libérale et de rééducation** (orthophonie, ergothérapie, kinésithérapie, psychologue pour le patient et son entourage) : il est souhaitable que les travaux issus du plan AVC sur la spécificité de la prise en charge de ces patients alimentent les négociations globales relatives à l'évolution de l'activité et de la rémunération de ces professionnels de santé.
- Des travaux descriptifs et analytiques **de la prise en charge en soins de suite et réadaptation** (SSR) des patients présentant des séquelles d'AVC sont à conduire

pour préciser les types de patients et de prises en charge réalisées en SSR à la suite d'un AVC.

Il convient dans un premier temps, par l'analyse des données d'activité SSR de l'année 2009, de conduire un état des lieux visant à caractériser ces prises en charge en termes de diagnostics, de dépendance initiale et à la sortie et de soins prodigués, selon le type de structure d'hébergement et la nature du plateau technique mobilisé.

Ces éléments viendront nourrir l'élaboration de référentiels de bonnes pratiques de rééducation et d'orientation des patients¹⁸, et la réflexion sur le modèle cible de classification et de financement du SSR.

Pilote :	Ministère de la santé et des sports (DGOS)
Opérateur :	Atih
Partenaires :	HAS, assurance maladie, DSS, InVS, sociétés savantes
Calendrier :	dès le 2 ^{ème} semestre 2010
Financement :	Ces travaux en eux-mêmes ne nécessitent aucun financement spécifique. Les revalorisations tarifaires éventuelles se feront dans le cadre de l'ONDAM sanitaire et médico-social ¹⁹
Indicateurs :	suivi analytique des dépenses relatives à l'AVC

Action 10 : Conduire des projets pilotes et des expérimentations organisationnelles ; permettre leur analyse et leur mutualisation.

Le Comité de suivi du plan d'actions national AVC 2010-2014 a pour mission de favoriser l'analyse et la mutualisation des expériences régionales et de soutenir les projets d'envergure nationale dans les domaines de la prévention et de la prise en charge des AVC. Il s'appuiera sur les institutions existantes, en particulier sur les ARS et l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP). Trois premiers sujets ont déjà été identifiés :

Sous action 10.1. Expérimentations d'actions favorisant les synergies entre acteurs.

– Prise en charge en MAS et FAM des adultes les plus jeunes victimes d'AVC et en perte d'autonomie

Intégrer dans l'évaluation des besoins de création de places réalisées dans le cadre des schémas d'organisation médico-sociale, et dans la mise en œuvre de ces derniers,

¹⁸ Ces travaux à mener compléteront les recommandations de pratiques professionnelles rédigées au décours de la Conférence d'experts d'octobre 2008 de la SOFMER, la SFNV et la SFGG sur l'orientation (à partir des structures de soins aigus) des patients atteints d'AVC.

¹⁹ A noter que l'objectif d'une prise en charge adéquate en SSR des patients victimes d'AVC a été pris en compte dans l'enveloppe financière d'accompagnement de la mise en œuvre des décrets de 2008 de la campagne financière 2010, qui inclut également l'AVC au titre des « tarifs repères » pour le MCO et prévoit une aide à la contractualisation afin de favoriser la montée en charge des UNV.

les besoins (en termes de places et d'accompagnement) des personnes ayant un handicap acquis à l'âge adulte, à la suite notamment d'un AVC.

– **Favoriser l'articulation entre structures sanitaires, médico-sociales et sociales et faciliter le retour précoce à domicile des patients déficitaires**

Initier des appels à projets innovants régionaux, visant à favoriser l'articulation des différents acteurs impliqués dans la prise en charge des victimes d'AVC, pour faciliter la fluidité entre les secteurs sanitaire et médico-social et soutenir le retour à domicile. L'objectif est d'assurer la complémentarité, la coordination et le relai entre l'ensemble des intervenants, soignants ou soutiens de vies difficiles.

Dans ce cadre :

- Encourager, notamment par la **création de groupements de coopération sociale et médico-sociale** (GCSMS), l'association d'établissements de santé, d'établissements et services médico-sociaux, de professionnels libéraux, pour la mise en place d'équipes mobiles de coordination et d'intervention pour la prise en charge des victimes d'AVC en aval de l'hospitalisation ; ces groupements auront vocation à assurer un soutien aux patients et aux familles dans les cas de retour à domicile, ainsi qu'aux professionnels non spécialisés des établissements et services médico-sociaux qui accueillent des patients victimes d'AVC²⁰ ;
- Expérimenter la mise en place d'« early supported discharge » (ESD) à partir d'un cadre dont les modalités (équipes mobiles extra hospitalières, HAD, SAMSAH, ... en lien avec le médecin traitant) seront définies par les ARS, avec les professionnels concernés²¹. Des financements au titre d'appels à projets innovants ou expérimentaux (12° du I de l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles), peuvent être mobilisés pour ce faire autant que de besoin. L'intervention de professionnels libéraux est possible, en s'appuyant par exemple sur les articles L.6146-2 ou L.6161-5-1 du code de la santé publique, créés par la loi HPST.

Plus généralement, toute initiative visant à **l'optimisation des prises en charge dans un continuum sanitaire – médico-social – social** pouvant passer par la création de « plate formes UNV-SSR-HAD-HDJ-SSIAD-SAMSAD », pourra s'inscrire dans ce cadre ; les initiatives régionales sur ce sujet seront analysées par l'équipe projet AVC et le Comité de suivi pour mutualisation.

Des projets visant à apporter un **soutien aux familles et aux aidants** qui s'occupent à domicile de patients victimes d'AVC, pourront être déposés. Ce soutien passe par exemple par le développement de places d'**accueil de jour et d'hébergement temporaire médicalisés** pour des périodes de répit ; des expérimentations sont à développer pour valider leur faisabilité et leur cahier des charges, en lien avec le

²⁰ La création de ces groupements passe par l'identification prioritaire par les ARS des établissements et services qui, sans accueillir exclusivement des patients victimes d'AVC, sont particulièrement formés aux problématiques spécifiques liées à cette pathologie, et au renforcement éventuels de ceux-ci par d'autres structures, via des appels à projet.

²¹ En particulier, des **équipes mobiles « hors les murs »** proposées dans le rapport, à l'interface entre les secteurs sanitaire et médico-social et combinant les compétences des professionnels de ces domaines, pourront faciliter la coordination et le retour à domicile.

« Programme pluriannuel de création de places en établissements et services pour un accompagnement adapté du handicap tout au long de la vie 2008-2012 » mis en œuvre par la CNSA.

Pilote : ARS

Partenaires : DGCS, CNSA, DGOS, MDPH, établissements, associations de patients et d'usagers, ANESM

Calendrier : A partir de 2011 et en fonction des plans régionaux de santé

Financement : ONDAM sanitaire et médico-social, à préciser régionalement en fonction des études et expérimentations ;
GCSMS : mutualisation de moyens existants par les membres constitutifs ;
MAS et FAM: priorisation par les ARS au sein des enveloppes régionales déléguées par la CNSA

Indicateurs : Nombre de groupements de coopération créés ; nombre de patients pris en charge

Sous action 10.2. Publication par l'ANAP des « retours d'expérience » du chantier pilote de la MeaH « prise en charge des accidents vasculaires cérébraux ».

La Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MeaH) a conduit en 2008 et 2009 l'accompagnement de six établissements de santé de court séjour désireux d'améliorer leurs pratiques et leurs organisations relatives à la prise en charge des AVC. La publication du rapport final de ce chantier pilote permettra d'enrichir la boîte à outils du plan d'actions national AVC 2010-2014.

Pilote : ANAP

Calendrier : 2010

Financement : Inclus dans le budget de l'ANAP

Indicateurs : production d'un rapport d'expériences et d'outils d'aide à la décision.

Sous action 10.3. Intégration du thème « AVC » dans les travaux du projet « parcours de personnes et territoires » de l'ANAP.

Parmi les thèmes du programme 2010 de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux figure « les parcours de soins des personnes au sein d'un territoire ». En particulier se pose celui des personnes âgées et de l'accès à l'imagerie ; l'AVC, pathologie de la personne âgée nécessitant un accès en urgence à l'imagerie médicale (IRM ou scanner) est une composante importante de ces problématiques. Un volet de ce projet sera développé autour du dimensionnement et de la performance des structures de soins de suite et de réadaptation, qui concerne notamment les SSR spécialisées en neurologie, en coordination avec le Comité de suivi du plan d'actions national AVC 2010-2014.

Pilote : ANAP et ministère de la santé et des sports (DGOS)

Partenaires : DGS, DSS, DGCS, ARS, établissements de santé, sociétés savantes, associations de patients

Calendrier : à préciser, à partir du 2^{ème} semestre 2010

Financement : Inclus dans le budget de l'ANAP

Indicateurs : A préciser

Axe 3 : assurer l'information, la formation et la réflexion des professionnels

La promotion de la santé et des soins cardio-neuro-vasculaires par le transfert du savoir (notamment l'état de l'art), la diffusion des résultats de la recherche, l'incitation aux meilleures pratiques, l'accompagnement des professionnels dans le domaine des maladies cardio-neuro-vasculaires sont à améliorer.

Action 11 : Développer les formations relatives à l'AVC pour faire évoluer les compétences des professionnels de santé.

Sous action 11.1. Faire évoluer les formations médicales et paramédicales, ainsi que la reconnaissance des compétences acquises dans la prise en charge des AVC.

En ce qui concerne la formation initiale des neurologues, différentes pistes de travail sont proposées par les professionnels :

- allonger la durée du DES de neurologie de 4 à 5 ans, conformément aux recommandations formulées par l'Union Européenne des Médecins Spécialistes, soit de créer une année de post-internat pour tous les internes de neurologie. Dans ce cadre, l'ensemble des neurologues pourront bénéficier d'une formation approfondie en pathologie neurovasculaire, tant théorique que pratique ;
- créer un DESC de pathologie neurovasculaire.

La formation des neurologues dans le cadre de l'internat ou du post internat pourrait comprendre un stage obligatoire en UNV ou dans un service de soins de suite et de réadaptation spécialisé en neurologie, un stage au choix en unité de neuro-imagerie ou d'explorations fonctionnelles du système nerveux, et une incitation forte à un stage en cardiologie ou en réanimation médicale pour les futurs neurologues vasculaires.

Un groupe de travail étudiera les trois problématiques que sont l'augmentation de la durée de formation de 4 à 5 ans après validation de l'examen national classant, la modification de la maquette du DES en conséquence, le statut de l'étudiant en 5ème année de formation en neurologie.

Pilote : Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche (DGESIP) et ministère de la santé et des sports (DGOS) ; Commission nationale de l'internat et du post-internat (CNIPI)

Partenaires : Sociétés savantes, conseil national des universités, collège des enseignants de neurologie, conseil national de l'ordre des médecins (commissions de qualification)

Calendrier : Réflexion à débiter dès 2010

Financement : A préciser (financement d'une promotion d'interne supplémentaire ou équivalent)

Indicateurs : Evolution des textes réglementaires

En ce qui concerne la formation continue des professions médicales, il est proposé :

- de permettre au plus grand nombre de médecins de faire reconnaître les compétences qu'ils ont acquises par leur formation continue et leur pratique.

L'objectif est d'ouvrir le champ des AVC aux non neurologues dans un cadre sécurisé de compétence : introduire de la flexibilité sous forme de passerelles entre la neurologie et la médecine vasculaire, cardiologie, médecine interne ou gériatrie par exemple.

Un groupe de travail pluripartenarial *ad hoc* aura pour mission de proposer un cadre d'encadrement de l'extension du champ de compétences initial reconnu pour ces professionnels.

En ce qui concerne les professions paramédicales :

- Participer aux travaux sur l'évolution des formations avec le développement d'une filière universitaire (master2) ;
- Création d'un diplôme de prévention du risque vasculaire ;
- Définir les conditions de validation au titre de la VAE (validation des acquis de l'expérience) d'une formation ou d'un stage au sein de la filière sur la prise en charge des AVC.

Pour l'ensemble des professionnels de santé des secteurs sanitaire et médico-social concernés par l'AVC :

Le Comité de suivi du plan s'attachera à mesurer l'amélioration des formations, par exemple dans les domaines suivants :

- communication entre patients – soignants – aidants, destiné à tous ;
- pratique neurovasculaire ;
- prise en compte du thème « pathologies cardio-neuro-vasculaires » dans les thèmes nationaux de formation continue, abordant les dimensions de la prévention, de l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique, des soins et de la rééducation – réadaptation – réinsertion. Un point particulier portera sur les inégalités sociales de santé et sur l'attention spécifique envers les personnes défavorisées, afin notamment d'améliorer leur adhésion aux démarches préventives et curatives.

Pilote :	Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche (DGESIP) et ministère de la santé et des sports (DGOS)
Partenaires :	Universités (CPU), instituts de formation, instances de formation continue, sociétés savantes
Calendrier :	Réflexion à débiter dès 2010
Financement :	A préciser
Indicateurs :	Enrichissement du « catalogue » de ces formations

Sous action 11.2. Développer des programmes de formation des professionnels à l'éducation thérapeutique concernant les maladies cardio-neuro-vasculaires, dont l'AVC.

Les compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient sont déterminées par un décret qui précise quelles sont les personnes compétentes pour intervenir dans une démarche d'ETP, fixe les grands domaines de compétences nécessaires pour la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique et renvoie à un arrêté la détermination d'un référentiel de compétences en éducation thérapeutique s'appuyant sur les recommandations de l'OMS.

Le public visé comprend l'ensemble des professionnels de santé, notamment les infirmières. Les étapes à suivre sont les suivantes :

- Elaborer le cahier des charges de la formation (formation conventionnelle, ANFH) ;
- Elaborer les fiches alimentation et maladies cardio-neuro-vasculaires en lien avec le comité Guérard de la DGS ;
- Elaborer un référentiel « activité physique adaptée et maladies cardio-neuro-vasculaires » (sociétés savantes, labellisé par la HAS) ;
- Colliger les recommandations de bonnes pratiques sur :
 - La prescription et les conseils en matière d'alimentation et d'activité physique,
 - La prescription des hypolipémiants et des statines,
 - La prise en charge de l'HTA,

La prévention de l'infarctus cérébral (traitement antithrombotique) chez les patients présentant une fibrillation atriale, facteur de risque spécifique de l'AVC parmi les cardiopathies.

Pilote :	Ministère de la santé et des sports (DGOS) et ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche (DGESIP)
Partenaires :	Inpes, DSS, Sociétés savantes, Associations : Comité Guérard, Comité français de lutte contre l'HTA (CFLHTA) – HAS
Calendrier :	2009-2010 : Conception d'un programme d'amélioration des pratiques professionnelles ; 2010-2014 : mise en œuvre ; 2014 : évaluation.
Financement :	S'inscrit dans le budget de l'action 3.1
Indicateurs :	Nombre et nature de programmes développés.

Sous action 11.3. Insérer le thème des pathologies cardio-neuro-vasculaires dans le cursus de formation des cadres de santé publique.

Il s'agit de sensibiliser lors de leur cursus initial ou de formation continue les cadres de santé publique, soignants et administratifs, à la prise en charge des pathologies cardio-neuro-vasculaires.

Cette sensibilisation portera sur les aspects de prévention, d'éducation, de soins, de rééducation, réadaptation et réinsertion, dans leur dimensions individuelle et collective de dispensation et d'organisation.

L'objectif est de contribuer à la qualité des filières de prise en charge, par l'amélioration de la formation des personnels d'encadrement ou de tutelle.

- Pilote : Ministère de la santé et des sports (DGOS/RH-DGS-DRH), en lien avec le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche (DGSIP)
- Partenaires : EHESP, universités, instituts de formation, instances de formation continue, sociétés savantes
- Calendrier : Début des travaux dès le deuxième semestre 2010 pour une finalisation à la rentrée 2011
- Financement : Pas de financement spécifique (hormis ceux liés à la constitution d'un groupe de travail)
- Indicateurs : Publics formés, élaboration de cas pratiques

Action 12 : Poursuivre l'élaboration de protocoles opérationnels, de recommandations de pratiques professionnelles, de référentiels nationaux de prise en charge de l'AVC.

Sous action 12.1. Préciser certains protocoles opérationnels en cas d'AVC ou de suspicion d'AVC.

L'objectif est de rédiger et de diffuser des « protocoles » sur les phases les plus sensibles du parcours du patient. Il peut s'agir soit de documents nationaux qui s'appliquent partout sans problème (notamment s'ils décrivent des « opérations élémentaires ») ou qui nécessitent des déclinaisons régionales (processus organisationnels à adapter aux réalités régionales par exemple), soit de documents régionaux ou locaux répondant à des situations pratiques. Par exemple :

- Définir des protocoles de réponse et d'orientation pour les permanenciers d'accueil et de régulation médicale et les médecins du SAMU – Centre 15, sur la base d'une évaluation de l'existant ;
- Définir des protocoles opérationnels au cours de la phase aiguë (et notamment relatifs à l'accès à l'IRM comme examen de première intention) ;
- Définir des recommandations de bonne pratique pour l'orientation d'un patient victime d'AVC en structure de soins de suite et de réinsertion (dans la suite des travaux de la SOFMER, de la SFNV et de la SFGG) ;
- Définir des protocoles de réponse, d'orientation et de prise en charge des AVC en structures médico-sociales ;
- Prise en charge des AVC des patients polyopathologiques ;
- Outils d'évaluation de l'environnement ;
- Concernant la prise en charge de l'accident ischémique transitoire (AIT) : la HAS a publié en mai 2009 des recommandations de bonnes pratiques sur la prise en

charge précoce d'un AVC ; elle considère la prise en charge de l'AIT comme étant « superposable à celle de l'AVC ». Cependant il semble utile de poursuivre à terme la réflexion sur la conduite à tenir en cas de suspicion d'AIT, après analyse approfondie de l'évolution des pratiques observées et des organisations.

- Pilote : Ministère de la santé et des sports (DGOS) en lien avec le Comité de suivi du plan d'actions national AVC 2010-2014 ; agences régionales de santé
- Partenaires : Haute autorité de santé, ANESM, DGCS, sociétés savantes, associations, médecins libéraux, DSS, assurance maladie, MDPH
- Calendrier : A partir de 2010, sur toute la durée du plan
- Financement : Pas de financement spécifique hormis ceux liés à la réunion de groupes de travail – à intégrer au budget des institutions concernées
- Indicateurs : Production des documents

Sous action 12.2. Elaborer des recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge en rééducation, d'abord au cours des 6 premiers mois post-AVC puis au-delà.

La prise en charge post-AVC a bénéficié, ces dernières années, de nombreuses évolutions nécessitant l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques afin de favoriser une prise en charge adaptée de l'ensemble des patients.

Toutes les composantes de la rééducation – réadaptation – réinsertion doivent être prises en compte, de la préparation du retour à domicile à l'articulation entre domaines sanitaire et médico-social pour des patients nécessitant des soins de longue durée notamment en rééducation (kinésithérapie, orthophonie, ergothérapie, psychologie).

Cette recommandation articulée avec le programme pilote de la HAS « Ensemble améliorons la prise en charge des AVC » permettra de formaliser des protocoles pluridisciplinaires, d'alimenter le dossier AVC et d'élaborer des indicateurs de pratique clinique.

- Pilote : HAS et ANESM
- Partenaires : Sociétés savantes (groupe de travail représentant les professionnels impliqués dans cette prise en charge en lien avec l'ensemble du groupe de coopération « Ensemble améliorons la prise en charge des AVC »)
- Calendrier : 2011-2012
- Financement : HAS et ANESM
- Indicateurs : Production des recommandations dans le respect du calendrier

Sous action 12.3. Etablir des recommandations concernant le suivi de l'AVC pour les médecins traitants

La place et les modalités d'intervention du médecin traitant dans le suivi d'un AVC, notamment pour la prévention des récurrences, la prise en compte des facteurs de risque ou des complications post AVC et la prise en charge du handicap sont à préciser. En particulier, un travail portera sur le rôle du médecin coordonnateur en EHPAD.

Pilote : HAS
Partenaires : Sociétés savantes (groupe de travail représentant les professionnels impliqués dans cette prise en charge en lien avec l'ensemble du groupe de coopération « Ensemble améliorons la prise en charge des AVC »), ANESM
Calendrier : A préciser avec la HAS ; 2012 ?
Financement : HAS
Indicateurs : Production des recommandations dans le respect du calendrier

Sous action 12.4. Informer les professionnels sur les dispositifs mobilisables pour l'accompagnement des personnes atteintes de handicaps post AVC.

Cette action vis-à-vis des professionnels est le pendant de la Sous action 2.3 concernant les patients et leur entourage.

Rédiger et diffuser une brochure d'information sur les différents dispositifs mobilisables pour accompagner les personnes atteintes de handicaps post AVC : dispositifs d'accueil, d'informations et d'évaluations, prestations, établissements et services médico-sociaux et autres modalités de compensation.

La création ou l'enrichissement d'un site internet est à finaliser.

Pilote : DGCS
Partenaires : CNSA, ANESM, DICOM, ...
Calendrier : 2010-2011 : Inventaire des initiatives existantes – Préparation des brochures ;
2011-2013 : diffusion et mise en œuvre ;
2014 : évaluation
Financement : S'inscrit dans le financement de l'action 2.2
Indicateurs : Production du document.

Action 13 : Améliorer les pratiques des professionnels de santé.

Sous action 13.1. Poursuivre le programme pluriannuel de prévention cardiovasculaire de l'assurance maladie – action en direction des médecins.

Cette action est complémentaire de la Sous action 1.2 vers les assurés.

Depuis 2009, l'Assurance Maladie met en place auprès des assurés sociaux (cf. axe 1) et des médecins une campagne de communication et d'information, visant à développer la prévention des maladies cardiovasculaires.

Cette action s'inscrit dans le cadre des actions de prévention sur « les risques cardiovasculaires, en premier lieu le diabète », prévues par la Convention Médicale dans les avenants 12 et 23. Elle a pour objectifs d'améliorer les pratiques médicales dans le domaine de la prévention des maladies cardiovasculaires.

La stratégie retenue repose sur les recommandations de l'OMS, qui préconisent la combinaison d'actions d'éducation à la prévention d'une large population et d'actions spécifiques vis à vis des patients à haut risque cardiovasculaire.

Actions en direction des médecins traitants :

Accompagnement de l'ensemble des médecins généralistes et cardiologues libéraux par échanges confraternels avec les médecins conseils et visites des délégués de l'assurance maladie (DAM).

Il s'agit de favoriser :

- La promotion des recommandations des autorités sanitaires (mémo, outil d'évaluation du risque cardiovasculaire)
- La mise à disposition des outils pédagogiques utiles à leurs patients et élaborés par l'INPES.

Les messages portés par l'Assurance Maladie auprès des médecins généralistes et cardiologues libéraux sont les suivants :

1. Évaluation du risque cardiovasculaire global dans leur patientèle
2. Identification et prise en charge des patients à haut risque cardiovasculaire
3. Promotion des mesures hygiéno-diététiques auprès de leurs patients

Calendrier de l'action :

- Novembre 2009 à Janvier 2010 : Echanges confraternels
- Février 2010 à Avril 2010 : Visites délégués de l'Assurance Maladie
- A partir d'Avril 2010 : Déploiement auprès des assurés

Cette campagne est destinée à être évaluée et renouvelée tous les ans. Elle évoluera en s'enrichissant progressivement de nouveaux services destinés aux assurés.

Pilote : Assurance maladie

Partenaires : Inpes, médecins libéraux, ARS

Calendrier : A partir d'avril 2010

Financement : aucun coût supplémentaire hormis les coûts de logistique (déjà financée dans le budget de prévention de l'assurance maladie)

Indicateurs : Nombre d'échanges confraternels et de visites de DAM ;
Mesure de l'impact de cette action par la mise en place et l'analyse d'indicateurs de suivi dans la base de données du SNIIR-AM.

Sous action 13.2. Poursuivre le programme pilote de la Haute autorité de santé d'amélioration des pratiques professionnelles dans la prise en charge de l'AVC.

Le programme pilote conduit par la HAS avec l'ensemble des professions de santé intervenant dans la prise en charge de l'AVC a pour objectif la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration de la qualité des pratiques sur l'ensemble de la filière (formelle ou informelle) de prise en charge des AVC depuis les premiers symptômes jusqu'à la première année post-AVC.

Le programme pilote AVC est développé afin de :

- définir les priorités d'amélioration des pratiques professionnelles pour l'ensemble des phases de la prise en charge ;
- identifier et/ou élaborer les outils d'amélioration et d'évaluation des pratiques (recommandations, protocoles, indicateurs de pratique clinique) ;
- engager les professionnels dans la mise en œuvre des outils ;
- mesurer la qualité des pratiques et analyser les résultats pour conforter et redéfinir le cas échéant les priorités d'amélioration des pratiques.

Pilote : HAS

Partenaires : sociétés savantes (groupe de coopération « Ensemble améliorons la prise en charge des AVC »)

Calendrier :

2010 :	Finalisation des indicateurs de pratique clinique Recommandations disponibles / Protocoles actualisés disponibles Elaboration protocole / outil d'aide à la décision en EHPAD face à une suspicion d'AVC Elaboration protocole Prise en charge d'un AVC au Service des Urgences
2011 :	Mise à disposition du chemin clinique 1ere partie pour le dossier AVC : pré-hospitalier / hospitalier phase aiguë Recommandations de bonnes pratiques - Prise en charge en Rééducation au cours des 6 premiers mois post-AVC Elaboration d'un outil d'évaluation du patient post-AVC
2012 :	Elaboration de protocoles de prise en charge en rééducation post-AVC ; Finalisation de l'outil d'évaluation du patient post-AVC et développement du volet spécifique : AVC peu sévère chez patients de moins de 65 ans
2013 :	Mise à disposition du chemin clinique 2nde partie pour le dossier AVC : rééducation et prise en charge ambulatoire
2014 :	Mise en œuvre avec les professionnels de santé ; Premiers résultats des indicateurs de pratique clinique (Chiffres & Repères)

Financement : HAS

Indicateurs : Respect du calendrier de production
Cartographie des programmes professionnels sur le thème (nombre de programmes / nombre de professionnels impliqués
Publication d'un document « Chiffres et repères »

Sous action 13.3. Assurer la sensibilisation des médecins traitants aux recommandations de la HAS pour améliorer le suivi de l'AVC par les médecins libéraux.

L'objectif est d'améliorer les pratiques professionnelles des médecins libéraux en matière de suivi des patients victimes d'AVC, en particulier pour la prévention des

récidives d'AVC, en y incluant notamment la prise en compte des facteurs de risque, des complications post AVC et du handicap.

Les outils à utiliser pour ce faire seront déterminés le moment venu.

Pilote :	Assurance maladie (UNCAM)
Partenaires :	Ministère de la santé (DGOS), Haute autorité de santé, sociétés savantes, associations, médecins libéraux, DSS
Calendrier :	En fonction de la date de publication des recommandations de la HAS
Financement :	Programme assurance maladie
Indicateurs :	A préciser (moyens et résultats)

Sous action 13.4. Organiser la veille sur l'état de l'art.

Mise en place d'un circuit de veille et de coopération entre sociétés savantes et institutions concernées permettant l'adaptation rapide des messages d'information et des protocoles de prise en charge préventive et thérapeutique de l'AVC et de ses facteurs de risques, notamment cardiologiques, fondée sur des données probantes cliniques et épidémiologiques.

Ces éléments alimenteront l'équipe projet AVC et le Comité de suivi du plan pour nourrir ses propositions d'évolution du plan. Notamment :

- Place de la neuroradiologie interventionnelle (thrombolyse intra-artérielle) ; études sur les nouvelles stratégies médicamenteuses préventives ou thérapeutiques ; ...
- Analyse du document « [How can we avoid a stroke crisis – Working Group Report: Stroke Prevention in Patients with Atrial Fibrillation](#) », traduction et adaptation de ce document aux données françaises en faisant intervenir en particulier les données du registre dijonnais sur les AVC (l'objectif étant que les médecins français aient à disposition les données et informations intéressant le territoire français et non une extrapolation obtenue à partir de chiffres américains ou européens)²².

Pilote :	L'équipe projet AVC
Partenaires :	Afssaps, HAS, sociétés savantes, Assurance maladie, Inpes – Ministère de la santé et des sports (DGOS)
Calendrier :	Dès 2010
Financement :	Sans surcoût
Indicateurs :	Efficacité mesurée à l'aune de la réaction effective aux sollicitations.

²² La mise à jour dans le courant de l'année 2010 des recommandations euro-américaines relatives à la fibrillation atriale (au moins en ce qui concerne la partie européenne) offre l'opportunité de les adapter en français. Cette année 2010 coïncidera d'ailleurs avec la publication des essais thérapeutiques qui proposent une alternative aux anticoagulants oraux, ces derniers étant selon les experts le traitement le plus efficace de prévention des accidents vasculaires cérébraux sur fibrillation atriale.

Action 14 : Développer la réflexion éthique pluriprofessionnelle des acteurs de l'AVC.

Cette réflexion a été amorcée par un groupe de travail du Comité de pilotage sur la prévention et la prise en charge des AVC en France. Elle a permis de dégager des pistes qui méritent un approfondissement pour les acteurs confrontés à la prise en charge d'AVC lourds, souvent écartés des recommandations et des réflexions.

Cette démarche est pluriprofessionnelle et ne saurait être limitée aux seuls médecins.

Il convient de poursuivre cette démarche, dans l'optique de diffuser une réflexion étayée sur les questions abordées (cf. point IV de l'axe 3 des propositions du [rapport sur la prévention et la prise en charge des AVC en France](#)). Ce travail est à mener en lien avec la recherche en cours sur la démarche palliative à la phase aigüe des AVC graves, financée dans le cadre du programme hospitalier de recherche clinique (PHRC et PHRQ) 2008.

- Pilote : Le Comité de suivi du plan d'actions national AVC
- Acteurs : Le groupe de travail constitué lors des travaux du Comité de pilotage, le cas échéant élargi (notamment à l'ANESM et à la HAS)
- Calendrier : Durée d'un an environ
- Financement : Aucun financement spécifique nécessaire (hormis le remboursement des frais de déplacement pour les membres de province)
- Indicateurs : Production d'un document de synthèse de la réflexion

Axe 4 : promouvoir la recherche et veiller aux équilibres démographiques

Action 15 : Soutenir le développement coordonné de plusieurs registres populationnels des AVC.

L'InVS et l'Inserm financent le registre populationnel des AVC de la ville de Dijon (qui existe depuis vingt-cinq ans). Par ailleurs, l'InVS soutient actuellement deux études de faisabilité de nouveaux registres des AVC, à Lille et à Brest, dans la perspective d'une qualification par le Comité national des registres (CNR). Les ARS, qui développent des équipes d'information médicale, peuvent être impliquées.

En effet, un seul registre ne peut suffire compte tenu des disparités géographiques ; s'il n'est pas envisageable de généraliser les registres à l'ensemble du territoire, plusieurs registres de localisations contrastées sont néanmoins nécessaires pour établir les principaux indicateurs épidémiologiques de cette pathologie fréquente et grave.

Ces équipes doivent être soutenues et coordonnées. Les données d'incidence, de létalité et de morbidité produites dans ce cadre alimenteront les travaux du Comité de suivi du plan.

Pilote : Institut de veille sanitaire (département des maladies chroniques et des traumatismes) et Conseil national des registres (CNR)

Partenaires : INSERM, registres des AVC, ARS

Calendrier : dès 2010, sur toute la durée du plan

Financement : InVS et INSERM

Indicateurs : Nombre de registres des AVC qualifiés par le CNR.

Action 16 : Soutenir et valoriser le développement de la recherche sur l'accident vasculaire cérébral.

Le développement de la recherche s'entend sous ses aspects fondamentaux, épidémiologiques, préventifs, thérapeutiques et sociaux.

Le rapport du comité de pilotage national sur la prévention et la prise en charge des AVC en France a mis en évidence que l'effort français de recherche en AVC est en deçà du poids social de cette pathologie.

La recherche française sur l'AVC est essentiellement clinique. La recherche fondamentale sur l'AVC, concernant tant ses causes que ses effets, n'est en France

pas suffisamment développée et coordonnée pour soutenir les comparaisons internationales²³. L'effort de recherche fondamentale doit être amplifié.

Cette recherche est de plus très insuffisamment articulée, d'une part avec les autres domaines des sciences de la vie et de la santé (neurosciences, maladies cardiovasculaires, mais aussi les 12 autres spécialités médicales impliquées dans la filière de soins), ce qui suggère une faible transversalité des collaborations scientifiques dans le domaine de l'AVC, et d'autre part avec les domaines à distance du champ médical (particulièrement mathématiques appliquées, sociologie, économie).

L'apport des sciences humaines et sociales, comme par exemple la neuropsychologie, ou les recherches fondamentales relevant de la psychologie cognitive, permettra de mieux prendre en compte les différents aspects de l'AVC et d'améliorer les prises en charge. Les sciences sociales disposent d'analyses sur les systèmes de santé, les solidarités familiales ou la perception des maladies qui peuvent être mobilisées et adaptées aux spécificités de l'AVC. Ce domaine de recherche est aujourd'hui trop peu développé en France, et doit être abordé dans le cadre d'une approche globale de la maladie, dans l'interdisciplinarité.

L'objectif est de se donner les moyens d'**établir une vraie politique de recherche dans l'AVC**.

La création d'un groupe de travail, co-piloté par les ministères de tutelle chargés de la santé et de la recherche et comportant entre autres les financeurs (Agence nationale de la recherche, assurance maladie, ...) et les opérateurs de la recherche, assurera la continuité entre recherche fondamentale, translationnelle, clinique, épidémiologique ou en sciences humaines et sociales permettant de développer la connaissance au profit de la diffusion de l'innovation afin d'améliorer la prise en charge et le traitement.

Les mesures de soutien viseront à améliorer la formation et à développer des synergies entre les différentes formes de recherche. Elles permettront en partenariat avec les industriels de la santé d'amplifier les efforts de recherche sur cette thématique.

Les missions de ce groupe *ad hoc* seront :

- D'établir un état des lieux des travaux de recherche sur les AVC réalisés ou en cours de réalisation par les équipes françaises, et des moyens mobilisés ;
- D'identifier les axes scientifiques prioritaires à partir de l'analyse des besoins, en vue d'orienter les projets sur les domaines déficitaires ;
- De renforcer le potentiel de *recherche fondamentale* sur l'AVC des établissements publics à caractère scientifique et technologiques (EPST) et à caractère industriel et commercial (ESPIC). Le champ des projets concernant les AVC est large : épidémiologie et facteurs de prévention, génétique,

²³ Sans doute le positionnement de cette pathologie à l'interface entre les maladies neurologiques (essentiellement dégénératives : maladie d'Alzheimer, de Parkinson, ...) et les maladies cardiovasculaires (paroi vasculaire, thrombose) joue-t-il un rôle dans cette situation.

athérosclérose, troubles lipidiques, mécanismes de la thrombose, plasticité et réparation neuronale, interface cerveau machine, ... Le groupe de travail favorisera le développement de projets multidisciplinaires ;

- De favoriser les *structures d'interface* entre la recherche et la clinique comme les Centres d'Investigation Clinique (CIC), notamment au travers du programme de recherche translationnelle commun à la DGOS et à l'INSERM ou à l'AVIESAN ;
- De renforcer, sur la thématique, le potentiel de recherche des *équipes hospitalières* intéressés par l'AVC et le potentiel de recherche en santé publique ;

En particulier, des **besoins de recherche en santé publique** ont été mis en évidence dans le cadre de la préparation de ce plan, concernant :

- l'impact de l'image de la maladie sur la nature de l'investissement des patients et de leur entourage dans des associations d'utilisateurs ;
 - les facteurs et les actions pouvant améliorer la participation des populations socialement défavorisées, à risque élevé d'AVC, aux actions de promotion de la santé et de prévention de l'AVC ;
 - le déploiement d'indicateurs sociaux.
- De réfléchir, en lien avec l'InVS et les registres des AVC (cf. action 15), à l'intérêt de mettre en œuvre :
 - Une cohorte en population générale de taille suffisante (à l'image de la cohorte des trois cités), qui pourrait permettre de préciser l'incidence et d'étudier les facteurs de risque de la maladie, notamment l'impact des facteurs génétiques, vasculaires, nutritionnels, d'activité physique et intellectuelle, environnementaux, ... ;
 - Une cohorte de patients, pouvant être recrutés à partir des registres, afin d'étudier l'histoire naturelle de la maladie à partir des premiers signes cliniques et d'évaluer l'apport des marqueurs biologiques et de l'imagerie cérébrale ;
 - Des enquêtes transversales répétées à intervalle régulier pour estimer la prévalence de la maladie à domicile et contribuer au recueil d'indicateurs de suivi du plan, en complément du suivi de la cohorte réalisée par l'assurance maladie (cf. Sous action 8.5).

Les projets de recherche clinique promus par les établissements de santé et médico-sociaux et présentés par leurs équipes pourront porter notamment sur l'adaptation des stratégies diagnostiques et de soins dans le traitement de cette maladie, sur la qualité des soins et la qualité de vie des malades et de leur entourage, et sur la prise en charge du handicap.

La DGOS et la HAS sont d'ores et déjà associées dans le financement d'un projet de recherche sur les indicateurs de qualité des prises en charge au sein de filières AVC (projet COMPAQ-HPST).

La promotion de la recherche reposera sur différents outils existant ou à développer :

- Appels à projets hospitaliers financés par les programmes lancés chaque année par la DGOS²⁴ ;
- Appels à projets à visée de recherche fondamentale (comme ceux de l'ANR) ;
- Renforcement du personnel impliqué dans la thématique :
 - Par la valorisation du parcours de chefs de clinique assistants (CCA) ou d'assistants hospitalo-universitaires (AHU), intéressés par l'AVC, dans le domaine de la gériatrie, la neurologie, la médecine interne, la cardiologie ou la radiologie par exemple ;
 - Par le financement de postes de recherche, post-doctorants, doctorants, ... sur les programmes de recherche. Concernant les doctorants, des allocations pourront être attribuées sur le contingent ministériel dédié à des thèmes prioritaires.

Pilote : Ministère de la Santé et des Sports (DGOS/PF4, DGS/MASPRAS) et ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche (DGRI), avec l'appui de l'Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé (AVIESAN)

Partenaires : Autres membres du Comité ministériel d'orientation de la recherche biomédicale et de la santé (COMIOR) : directeurs de la DSS, DREES, DGCS, CNAMTS) ; instituts thématiques multi-organismes (ITMO) concernés²⁵, ANR, HAS, ANESM, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), chercheurs consensuels du domaine étendu aux 12 spécialités médicales et paramédicales, professionnels de santé concernés, LEEM Recherche

Calendrier : A partir du second semestre 2010

Financement : Etat (budgets des ITMO) – Assurance maladie

Indicateurs : A préciser (groupe de travail ad hoc) ; sont proposés :
Ratio de projets de recherche fondamentale déposés/retenus 2010-2014
Ratio de projets de recherche clinique déposés/retenus 2010-2014
Ratio annuel d'inclusions de patients réalisées/attendues dans les projets de recherche clinique concernant l'AVC
Nombre de projets en cours à promotion institutionnelle, industrielle ou académique, et nombre d'inclusions de l'année validées par SIGREC
Nombre de publications issues de ces programmes validées par SIGAPS
Nombre de publications et de citations des équipes ayant bénéficié de renforcement CCA et AHU
Nombre d'appels à projets en sciences humaines et sociales sur la thématique AVC

²⁴ Programme de soutien aux techniques innovantes et coûteuses (PSTIC), programme hospitalier de recherche clinique (PHRC), programme de recherche en qualité hospitalière (PREQHOS), programme hospitalier de recherche infirmière (PHRI).

²⁵ En particulier les ITMO « Neurosciences, sciences cognitives, neurologie et psychiatrie », « Circulation, métabolisme, nutrition », « Santé publique ».

Action 17 : Contribuer à réguler la démographie des professions de santé.
--

Chaque étape de la prise en charge d'un patient victime d'AVC fait appel à l'intervention de nombreux professionnels de santé, médecins et non médecins. Leur démographie est variable selon les professions ; les démographies les plus fragiles sont déterminantes de la qualité de l'offre de soins et du fonctionnement des filières AVC.

Quatre aspects sont à prendre en compte :

- Les tendances démographiques à moyen ou long terme de chaque profession²⁶ ;
- La disponibilité en effectif de l'ensemble des professionnels assurant la prise en charge des patients à différentes étapes de leur parcours de soins ;
- Les inégalités géographiques liées à une attractivité territoriale variable ;
- Les différences « statutaires » cantonnant respectivement les professionnels hospitaliers publics et les professionnels libéraux dans des créneaux d'activité ne permettant pas une prise en charge adéquate des patients.

C'est pourquoi :

- Dans chaque région, le coordonnateur AVC de l'agence régionale de santé veillera à **identifier les professionnels impliqués dans la prise en charge de l'AVC** afin de mesurer, en fonction du rôle de chacun, les besoins en professionnels et de déterminer les enjeux en termes de formation initiale et continue.²⁷
- Ce bilan sera présenté chaque année aux **comités régionaux de l'observatoire national des professions de santé** (ONDPS) pour alimenter les propositions chiffrées faites par ce dernier sur des objectifs de formation pour les professions de santé :
 - Médecins : régulation fine des flux de formation par spécialité et par région à partir de juin 2010. Les besoins sont évalués par l'ONDPS qui propose une prévision sur 5 ans des étudiants formés ;
 - Infirmier(e)s : pas d'augmentation des quotas au vu de l'augmentation démographique mais une meilleure répartition des flux de formation dans les territoires et entre les spécialités ;
 - Envisager avec les professionnels et l'université l'extension du DIU de médecine de réadaptation et le suivi des flux de médecins formés dans ce dispositif.
- **La création des filières AVC** doit permettre sous l'impulsion de l'ARS les mutualisations entre équipes, au sein des établissements de soins comme en extra-hospitalier (équipes de rééducation-réadaptation-réinsertion, équipes médicales de taille suffisante).

²⁶ Les projections de la DREES à l'horizon 2030 montrent par exemple une augmentation de 47,4 % des neurologues et une diminution de 47,1 % pour les médecins de rééducation et réadaptation fonctionnelle.

²⁷ Cette identification s'appuiera sur des indicateurs communs définis en lien avec l'observatoire national des professions de santé, afin de pouvoir comparer les différentes situations régionales.

- Pour les **professionnels libéraux**, en particulier neurologues, kinésithérapeutes, orthophonistes, l'exercice à temps partagé au sein d'une filière AVC et notamment dans les établissements de santé sera attractif par la possibilité de participer à des sessions d'échanges et de formation, à des travaux de recherche et d'enseignement, à une vision globale de la prise en charge globale des patients tout au long de la filière. Les dispositions de la loi HPST relatives à leurs conditions d'exercice²⁸ seront à utiliser par les établissements et les agences régionales de santé dès la parution des décrets ; leur suivi régulier permettra de proposer, le cas échéant, les adaptations utiles à leur amélioration.
- **L'ONDPS sera chargé d'une mission de diagnostic et de propositions sur l'avenir des professions de rééducation, réadaptation et réinsertion.** Se posent en effet des questions cruciales de démographie, de répartition sur le territoire, de nature de l'exercice, de coopérations, de modalités d'organisation, de modes de rémunération pour l'ensemble de ces professionnels, médecins et non médecins.
- Le Comité de suivi du plan d'actions national AVC 2010-2014 sera un interlocuteur des administrations en charge des questions de démographie et d'exercice professionnel ; le domaine de **la prise en charge des AVC est un champ possible d'expérimentations nationales ou régionales** de nouveaux modes de régulation des exercices professionnels, qu'il s'agisse d'incitations à exercer en certains lieux ou de prendre en charge certains types de patients à des conditions de rémunération expérimentales, ou de nouvelles coopérations professionnelles.

Pilote : Ministère de la santé (DGOS)

Opérateur : ARS – Comités régionaux de l'ONDPS et ONDPS

Partenaires : Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, ARS, CNIPI, sociétés savantes et représentants des professions médicales et paramédicales (CNPS), assurance maladie, DSS

Calendrier : Dès 2010 pour le suivi ; mission ONDPS en 2011

Financement : Besoins spécifiques éventuels à déterminer en fonction du suivi des dispositions de la loi HPST

Indicateurs : A préciser (un indicateur tenant compte de la satisfaction des professionnels au regard de leurs conditions de travail est à envisager)

²⁸ Articles 1 (XI) et 13 (II et V) de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, modifiant ou créant les articles L.6146-2, L.6161-5-1 et L.6161-9 du code de la santé publique.

Tableau récapitulatif des actions et de leur niveau de pilotage

Actions	Echelon	
	National	Régional
Axe 1 : améliorer la prévention et l'information de la population avant, pendant et après l'AVC		
Action 1 : Développer la prévention de l'accident vasculaire cérébral.	N	R
Sous action 1.1. : Déployer des actions de dépistage et de prévention du risque cardio-neuro-vasculaire chez les personnes à haut risque.	N	R
Sous action 1.2. : Poursuivre les actions de prévention primaire du risque cardio-neuro-vasculaire pour toute la population.	N	R
Sous action 1.3. : Mettre en œuvre un programme pluriannuel de prévention cardio-vasculaire en direction des assurés sociaux.	N	R
Action 2 : Informer la population sur l'AVC, depuis les signes d'alerte jusqu'à l'accompagnement du handicap.	N	R
Sous action 2.1. : Concevoir et diffuser des campagnes d'affichage et radiodiffusées sur la reconnaissance des signes de l'AVC et la conduite à tenir.	N	R
Sous action 2.2. : Former les collégiens et lycéens à la reconnaissance des premiers signes d'un AVC et à la conduite à tenir.	N	R
Sous action 2.3. : Diffuser aux patients et à leurs aidants des documents d'information sur l'AVC et sur l'accompagnement du handicap.	N	R
Sous action 2.4. : Former les aidants familiaux sur l'AVC et à l'accompagnement du handicap.	N	R
Action 3 : Développer l'éducation thérapeutique du patient (ETP)	N	R
Sous action 3.1. : Développer l'éducation thérapeutique pour les patients à risque d'AVC.	N	R
Sous action 3.2. : Développer l'éducation thérapeutique pour les patients victimes d'AVC.	N	R
Action 4 : Poursuite de la participation des ministères et des agences régionales de santé à des actions de sensibilisation du public, en lien avec les associations de patients.	N	R
Axe 2 : mettre en œuvre des filières de prise en charge et les systèmes d'information adaptés		
Action 5 : Placer l'AVC comme priorité du projet régional de santé ; la mettre en œuvre à travers les schémas régionaux de prévention, d'organisation des soins (volets hospitalier et ambulatoire) et d'organisation médico-sociale.		R
Action 6 : Définir le contenu d'une consultation « bilan » post AVC, l'expérimenter et la mettre en œuvre.	N	R
Action 7 : Organiser la prise en charge des AVC de l'enfant.	N	R
Action 8 : Déployer et utiliser un système d'information adapté aux enjeux.	N	R
Sous action 8.1. : Développer les outils « système d'information » de la prise en charge des AVC dans le système d'information de santé, intégrant la télémédecine.	N	R
Sous action 8.2. : Contribuer à l'amélioration des informations relatives aux déficiences dans les systèmes d'information médico-sociaux.	N	R

Actions	Echelon	
	National	Régional
Sous action 8.3. : Définir des règles de description des séjours hospitaliers pour AVC (règles de codage PMSI MCO et SSR) et les diffuser aux professionnels.	N	
Sous action 8.4. : Stabiliser à l'échelon national les descriptions des pathologies cardio-neuro-vasculaires dans les bases d'activité médicales ou médico-économiques utilisées en santé.	N	
Sous action 8.5. : Exploiter les données médico-économiques de la base du SNIIR-AM d'une cohorte de patients victimes d'AVC.	N	
Action 9 : Faire évoluer les outils techniques et réglementaires.	N	
Sous action 9.1. : Faire évoluer l'autorisation de mise sur le marché du médicament thrombolytique ; diffuser les règles de bonne pratique permettant l'organisation régionale des soins.	N	
Sous action 9.2. : Faire évoluer les nomenclatures pour permettre une meilleure description des prises en charge et des patients ; former à leur utilisation.	N	
Sous action 9.3. : Adapter la description et la valorisation des prises en charge de l'AVC.	N	
Action 10 : Conduire des projets pilotes et des expérimentations organisationnelles ; permettre leur analyse et leur mutualisation.	N	R
Sous action 10.1. : Expérimentations d'actions favorisant les synergies entre acteurs.		R
Sous action 10.2. : Publication par l'ANAP des « retours d'expérience » du chantier pilote de la MeaH « prise en charge des accidents vasculaires cérébraux ».	N	R
Sous action 10.3. : Intégration du thème « AVC » dans les travaux du projet « parcours de personnes et territoires » de l'ANAP.	N	R
Axe 3 : assurer l'information, la formation et la réflexion des professionnels		
Action 11 : Développer les formations relatives à l'AVC pour faire évoluer les compétences des professionnels de santé.	N	
Sous action 11.1. : Faire évoluer les formations médicales et paramédicales, ainsi que la reconnaissance des compétences acquises dans la prise en charge des AVC.	N	
Sous action 11.2. : Développer des programmes de formation des professionnels à l'éducation thérapeutique concernant les maladies cardio-neuro-vasculaires, dont l'AVC.		R
Sous action 11.3. : Insérer le thème des pathologies cardio-neuro-vasculaires dans le cursus de formation des cadres de santé publique.	N	
Action 12 : Poursuivre l'élaboration de protocoles opérationnels, de recommandations de pratiques professionnelles, de référentiels nationaux de prise en charge de l'AVC.	N	R
Sous action 12.1. : Préciser certains protocoles opérationnels en cas d'AVC ou de suspicion d'AVC.	N	R
Sous action 12.2. : Elaborer des recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge en rééducation, d'abord au cours des 6 premiers mois post-AVC puis au-delà.	N	
Sous action 12.3. : Etablir des recommandations concernant l'AVC pour les médecins traitants	N	
Sous action 12.4. : Informer les professionnels sur les dispositifs mobilisables pour l'accompagnement des personnes atteintes de handicaps post AVC.	N	R
Action 13 : Améliorer les pratiques des professionnels de santé.	N	R
Sous action 13.1. : Poursuivre le programme pluriannuel de prévention cardio-vasculaire de l'assurance maladie – action en direction des médecins.	N	R
Sous action 13.2. : Poursuivre le programme pilote de la Haute autorité de santé d'amélioration des pratiques professionnelles dans la prise en charge de l'AVC.	N	R

Actions	Echelon	
	National	Régional
Sous action 13.3. : Assurer la sensibilisation des médecins traitants aux recommandations de la HAS pour améliorer le suivi de l'AVC par les médecins libéraux.	N	R
Sous action 13.4. : Organiser la veille sur l'état de l'art.	N	
Action 14 : Développer la réflexion éthique pluriprofessionnelle des acteurs de l'AVC.	N	R
Axe 4 : promouvoir la recherche et veiller aux équilibres démographiques		
Action 15 : Soutenir le développement coordonné de plusieurs registres populationnels des AVC.	N	R
Action 16 : Soutenir et valoriser le développement de la recherche sur l'accident vasculaire cérébral.	N	
Action 17 : Contribuer aux travaux sur la régulation de la démographie des professions de santé.	N	R

Des outils pour agir

I. La gouvernance du plan : mise en œuvre, suivi, évaluation

La mise en œuvre du « plan d'actions national accidents vasculaires cérébraux 2010-2014 » correspond à la réalisation des diverses actions et sous actions prévues. Elle repose sur de nombreux opérateurs autres que les ministères en charge de la santé, de la solidarité, de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur, en particulier les agences régionales de santé, l'assurance maladie, la Haute autorité de santé, l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, L'Institut de veille sanitaire, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, l'Agence des systèmes d'information partagés de santé, l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux. Elle mobilise en première ligne les acteurs que sont les professionnels de santé (médicaux et non médicaux, du soin, de rééducation, réadaptation et réinsertion, sanitaires, sociaux et médico-sociaux) en y associant usagers, patients et élus.

Le suivi de la mise en œuvre comprend :

- l'« orchestration » des actions du plan ;
- la mesure de leur réalisation ;
- le suivi financier du plan ;
- l'analyse des difficultés éventuellement rencontrées, et la formulation de propositions d'infléchissement du plan si nécessaire.

I.1. Organisation régionale

La thématique nationale « prévention et prise en charge des accidents vasculaires cérébraux » est inscrite dans le projet régional de santé et déclinée dans les schémas régionaux de prévention, d'organisation des soins et d'organisation médico-sociale.

Un correspondant AVC régional est identifié au sein de chaque agence régionale de santé. Il anime et coordonne, en lien avec les filières territoriales et la Conférence régionale de santé, la mise en œuvre des orientations régionales, selon des modalités et une organisation définies au sein de chaque agence. Il assure, sous la responsabilité du directeur d'ARS, l'interface entre les échelons régional et national. Il veille au recours à l'expertise des agences et opérateurs nationaux adéquats (selon le cas : HAS, ANESM, ANAP, Inpes, ...) lors de la rédaction des projets.

L'ARS assure notamment le pilotage des actions de nature logistique, comme le déploiement des systèmes d'information.

I.2. Instances nationales

Afin d'assurer le suivi de la mise en œuvre du plan d'actions national AVC 2010-2014, **une équipe projet fonctionnelle « AVC » interministérielle** est définie, pilotée par la Direction générale de l'offre de soins ; elle rend compte périodiquement au Comité de suivi des plans d'actions transverses (COPAT) de la DGOS de l'état d'avancement du dossier, en particulier des éventuels points de blocage afin qu'ils puissent être traités autant que de besoin par le Comité des directeurs. Elle est en lien avec le Comité national de pilotage des agences régionales de santé.

L'équipe projet anime le réseau des correspondants AVC des agences régionales de santé, faisant en particulier remonter à fin de mutualisation les expériences de chaque région (dont celles des usagers) et rediffusant les informations colligées au niveau national ; elle s'assure du bon fonctionnement des groupes de travail, analyse les indicateurs de suivi annuel, prépare les éléments nécessaires à l'évaluation du plan. Avec l'appui des institutions partenaires et des sociétés savantes, elle assure une veille bibliographique sur les données nationales et internationales les plus probantes publiées pendant la période du plan et qui pourraient infléchir certaines de ses actions.

Un Comité de suivi, comprenant l'ensemble des partenaires institutionnels et associatifs concernés déjà impliqués dans le Comité de pilotage du rapport sur la prévention et la prise en charge des AVC en France, accompagne les services du ministère dans la déclinaison et le suivi du plan AVC. Créé par décret pour la durée du plan, il se réunit au moins deux fois par an en séance plénière afin de permettre un échange pluri-partenarial ; des groupes de travail peuvent être constitués. L'équipe projet AVC assure son secrétariat. A partir de ses travaux, il propose aux ministères, à l'assurance maladie et à la Haute autorité de santé d'éventuelles évolutions ou réorientations du plan.

La réunion périodique d'**un groupe de coordination inter-plans de santé publique** et la participation réciproque des équipes projets et de membres des comités de suivi de chaque plan à certaines réunions des autres plans faciliteront la mise en œuvre et le suivi des mesures transversales ou communes.

Instance de démocratie sanitaire, **la Conférence nationale de santé**²⁹ est associée aux travaux du Comité de suivi du plan.

I.3. Modalités et indicateurs de pilotage, de suivi et d'évaluation

Le suivi et l'amélioration attendue des organisations reposeront principalement sur les retours d'expériences et les échanges organisés d'une part en région par les

²⁹ La formation plénière délibérative de la CNS compte 113 membres répartis en six collèges représentant les **malades et usagers** du système de santé ; les **professionnels de santé**, établissements de santé ou autres structures de soins et de prévention ; les **collectivités territoriales** et **l'assurance maladie** ; les **conférences régionales de santé** ; les **organismes de recherche** et des personnalités qualifiées ; les **acteurs économiques**.

coordonnateurs AVC des ARS, d'autre part à l'échelon national par l'équipe projet AVC et le Comité de suivi.

Il est important qu'une partie de l'évaluation par l'équipe projet soit réalisée par des déplacements dans chaque région afin de dialoguer avec ses instances sur la déclinaison régionale et territoriale des objectifs nationaux, les organisations mises en place, leurs résultats, les difficultés rencontrées, les initiatives intéressantes dont la transposabilité sera analysée et la diffusion assurée par le niveau national de suivi du plan.

Conformément à ses missions, le Haut conseil de la santé publique procédera à une évaluation externe du plan AVC en 2012 et à son échéance.

La question évaluative principale est celle de l'atteinte des objectifs généraux et spécifiques du plan AVC (cf. page 10), et de l'estimation du ratio coût-utilité (ou coûts-avantages) de sa mise en œuvre.

Les trois dimensions du « plan d'actions national AVC 2010-2014 » (la politique de santé concernant les AVC, les objectifs du plan, les actions mises en œuvre) sont suivies annuellement par des indicateurs ad hoc :

1. **La politique de santé concernant l'AVC** : son efficacité est jugée à l'échelon national par deux groupes d'indicateurs de résultats :
 - Pour l'efficacité de la prévention : baisse du taux standardisé de survenue d'un AVC (fixée à 1 % par an) ; recul de l'âge moyen de survenue des AVC ($T_0 = 73$ ans, cible = 77 ans soit 5 %) ; augmentation de l'âge médian de survenue d'un primo-AVC³⁰.
 - Pour l'efficacité des prises en charge : amélioration de l'état fonctionnel et évolution du nombre des patients survivants à trois mois après la survenue d'un AVC³¹.

Cependant, les effets de la prévention seront mesurables à moyen terme, au delà de la durée du plan ; par contre, l'amélioration des prises en charge se traduira plus rapidement en termes de diminution des séquelles. Dans l'attente de la montée en charge d'un système d'information permettant un recueil stable de ce paramètre, ce dernier sera estimé par l'analyse des consommations de soins (notamment de rééducation) et du nombre de patients classés en ALD n°1 « accident vasculaire cérébral invalidant ».

2. **Le suivi des objectifs spécifiques du plan** (décrits page 10) repose sur des indicateurs qui permettent une mesure ou une approche de leur atteinte³² :

La production de ces derniers doit découler de systèmes d'information de routine, reposant sur des données simples à produire, les plus fiables possibles.

³⁰ Source : données PMSI – croisement avec les certificats de décès (données par région). Cet indicateur est immédiatement disponible.

³¹ Indicateur à construire ; sa production sera facilitée par le développement d'un dossier informatisé commun (cf. Sous action 8.1)

³² Les objectifs généraux du plan AVC (cf. page 10) relevant de plusieurs plans ou politiques et non pas uniquement du plan d'actions national AVC 2010-2014, leur atteinte n'est pas mesurée dans ce cadre.

Les travaux du Comité de pilotage pour la prévention et la prise en charge des AVC ont abouti à la proposition d'indicateurs existants ou à créer ayant pour objet l'évaluation des pratiques, la comparaison entre établissements ou le pilotage régional. La commission « évaluation, stratégie et prospective » du Haut conseil de la santé publique a fait des propositions pour les améliorer. Par ailleurs, les indicateurs de pratique définis dans le cadre du « programme pilote AVC » de la Haute autorité de santé sont pour certains proches des ou identiques aux indicateurs précédents. Pour la HAS, certains peuvent « être rapprochés sous certaines conditions des indicateurs à développer et à tester dans le cadre du projet COMPAQH ».

L'ensemble de ces indicateurs figure dans *les outils du plan*. Ils seront utiles aux professionnels et aux régions pour explorer leurs démarches et leurs difficultés éventuelles, pouvant justifier un recueil ponctuel ou régulier selon le cas.

Les indicateurs permettant des comparaisons inter-régionales seront analysés annuellement par l'équipe projet, le Comité de suivi et les correspondants AVC régionaux.

Au préalable, un groupe de travail ad hoc, piloté par l'équipe projet, aura pour mission de proposer d'une part leur harmonisation, d'autre part les modalités de leur recueil (notamment la périodicité), qui doivent être les plus légères possibles, et leur niveau d'utilisation (de filière, régional, national). Il proposera le cas échéant des indicateurs complémentaires ou nouveaux.

Par ailleurs, en lien avec ces travaux, **des indicateurs évaluant la qualité de la prise en charge des filière AVC** seront développés dès 2010 dans le cadre du projet de recherche « Compaq – HPST » (Ministère de la santé-HAS), et expérimentés dans trois régions pilotes en 2011.

Dès à présent, une proposition d'indicateurs précis ou rapprochés (« proxis ») pour chaque objectif spécifique du plan, découlant des travaux cités ci-dessus, figure dans le tableau suivant :

Objectifs	Indicateurs ou « proxis » proposés ³³
Prendre en charge tout patient victime ou suspect d'AVC dans une filière organisée et territorialement définie	Proportion d'AVC admis dans un établissement de santé disposant d'une UNV ; proportion d'AVC admis en UNV (5, 6)
Réduire les délais entre les premiers symptômes et la prise en charge adaptée, reposant sur un diagnostic positif documenté	Délai d'appel au Centre 15 ; délai entre la survenue des symptômes et l'arrivée dans un établissement puis la réalisation d'une IRM ou d'un scanner cérébral (3b, 9)
Augmenter le taux de thrombolyse chez les patients éligibles	Nombre et taux de patients thrombolysés (11)
Mieux coordonner l'intervention des professionnels aux interfaces entre établissements de soins et ville, domicile ou secteur médico-social	Proportion de séjours SSR longs (plus de 90 jours) ; orientation après hospitalisation pour AVC à la sortie du MCO et du SSR (21, 22)
Définir une organisation spécifique pour la prise en charge des AVC de l'enfant	<i>Indicateur à construire, à partir des données qui seront colligées par le centre de référence national</i>

³³ Sont indiqués entre parenthèses les numéros des indicateurs du tableau de synthèse Comité de pilotage – HCSP – HAS qui figure dans *les outils du plan*.

Objectifs	Indicateurs ou « proxis » proposés ³³
Améliorer les pratiques professionnelles	Taux de réalisation d'une IRM ou d'un scanner ; prescriptions médicamenteuses après un infarctus cérébral conformes aux recommandations ; taux de réalisation d'une évaluation précoce des troubles moteurs, cognitifs, déficitaires (8, 14, 15, 16a, 16b, 16c)
Améliorer l'information et la formation des professionnels	<i>Indicateurs à construire</i>
Augmenter les efforts de recherche sur l'AVC à la hauteur de son poids social	<i>Indicateurs nationaux à proposer dans le cadre de l'action 17</i>
Contribuer à la formation et au soutien des aidants	Enquêtes de type « enquêtes de satisfaction » à mener auprès des patients et de leurs aidants (23)

3. **Les actions et sous actions du plan** sont suivies par des indicateurs spécifiques :

Cf. tableau page 69.

A noter que si le système d'information déployé dans le cadre du plan a vocation à permettre le recueil et la transmission des données nécessaires au calcul de nombre d'indicateurs de suivi des objectifs ou des actions du plan, il ne sera pas opérationnel immédiatement. C'est pourquoi, dans le cadre du plan le suivi et l'amélioration attendue des organisations reposeront principalement sur les retours d'expériences et les échanges organisés d'une part en région par les coordonnateurs AVC des ARS, d'autre part à l'échelon national par l'équipe projet AVC et le Comité de suivi, et sur les seuls indicateurs disponibles sans délai.

II. Documents réglementaires et de référence

- Circulaires de 2003 et 2007 ;
- Rapport sur la prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France (Elisabeth Fery-Lemonnier, pour le Comité de pilotage AVC, juin 2009) ;
- Annexes du rapport :
 - Avis de la commission de la transparence et recommandations de bonnes pratiques relatifs à la thrombolyse par Actilyse® ;
 - Travaux de la HAS pour l'amélioration des pratiques professionnelles dans la prise en charge de l'AVC ;
 - Le télé-AVC ;
 - L'équipe mobile de réadaptation et réinsertion à l'échelle d'un territoire de santé (équipe de support et coordination) ;

- Recommandations pour le codage des séjours MCO des accidents vasculaires cérébraux* ;
- Recommandations pour la sélection des données PMSI MCO concernant l'AVC* ;
- Fiche de synthèse des réflexions du comité de pilotage sur l'organisation territoriale ;
- ...

Ces éléments figurent en annexe.

III. Documents de méthode

- Définir et diffuser les procédures et outils d'amélioration des pratiques professionnelles (HAS) ;
- Principes d'actions relatifs à la prévention de l'hypertension artérielle dans le cadre du plan national nutrition santé ;
- Fiche de procédure pour le Samu (en attente de celle promise par Samu-Urgences de France) ;
- Fiche décrivant les ressources d'un établissement pour l'urgence (en attente de celle promise par Samu-Urgences de France) ;

* Versions futures, quand auront été validées officiellement par des groupes de travail dans le cadre des actions du plan.

Indicateurs de suivi des actions du plan

Actions	Indicateurs ou « proxis » proposés
Axe 1 : améliorer la prévention et l'information de la population avant, pendant et après l'AVC :	
Action 1 : Développer la prévention de l'accident vasculaire cérébral	
Sous action 1.1. : Déployer des actions de dépistage et de prévention du risque cardio-neuro-vasculaire chez les personnes à haut risque.	Nombre et nature des actions mises en œuvre
Sous action 1.2. Poursuivre les actions de prévention primaire du risque cardio-neuro-vasculaire pour toute la population.	Nombre et nature des actions mises en œuvre
Sous action 1.3. : Mettre en œuvre un programme pluriannuel de prévention cardio-vasculaire en direction des assurés sociaux.	enquête téléphonique de comportements ; suivi des consommations de soins et médicamenteuses de la population cible et d'un groupe témoin.
Action 2 : Informer la population sur l'AVC, depuis les signes d'alerte jusqu'à l'accompagnement du handicap.	évolution des connaissances de la population (grand public et populations spécifiques) sur les signes de l'AVC et la conduite à tenir (enquêtes nationales ou ciblées périodiques) évolution du nombre d'appels au Centre 15 pour suspicion d'AVC et délai d'appel après la survenue de l'AVC (suivi national, données par région) évolution de l'âge moyen et médian de survenue d'un primo-AVC (suivi national, données par région)
Sous action 2.1. : Concevoir et diffuser des campagnes d'affichage et radiodiffusées sur la reconnaissance des signes de l'AVC et la conduite à tenir.	Nature et nombre de campagnes
Sous action 2.2. : Former les collégiens et lycéens à la reconnaissance des premiers signes d'un AVC et à la conduite à tenir.	Nombre d'actions réalisées et de jeunes touchés
Sous action 2.3. : Diffuser aux patients et à leurs aidants des documents d'information sur l'AVC et sur l'accompagnement du handicap.	Nature et nombre de documents produits et diffusés
Sous action 2.4. : Former les aidants familiaux sur l'AVC et à l'accompagnement du handicap.	Nature et Nombre d'actions réalisées et nombre de personnes formées

Actions	Indicateurs ou « proxis » proposés
Action 3 : Développer l'éducation thérapeutique du patient (ETP)	
Sous action 3.1. : Développer l'éducation thérapeutique pour les patients à risque d'AVC.	cf. le suivi de la mise en place des mesures relatives à l'ETP inscrites dans le Plan national d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (rapport annuel du comité de suivi du Plan).
Sous action 3.2. : Développer l'éducation thérapeutique pour les patients victimes d'AVC.	Nombre et nature des actions d'ETP concernant les pathologies cardio-neuro-vasculaires.
Action 4 : Poursuite de la participation des ministères et des agences régionales de santé à des actions de sensibilisation du public, en lien avec les associations de patients.	Nombre de manifestations.
Axe 2 : mettre en œuvre des filières de prise en charge et les systèmes d'information adaptés	
Action 5 : Placer l'AVC comme priorité du projet régional de santé ; la mettre en œuvre à travers les schémas régionaux de prévention, d'organisation des soins (volets hospitalier et ambulatoire) et d'organisation médico-sociale.	délais de prise en charge en urgence, proportion des patients admis en UNV (et les âges moyen et médian de cette population, comparés à ceux des patients non admis en UNV), proportion des patients du territoire non admis dans la filière.
Action 6 : Définir le contenu d'une consultation « bilan » post AVC, l'expérimenter et la mettre en œuvre.	dans un premier temps : proportion de patients victimes d'AVC, non décédés au sixième mois, ayant bénéficié de cette consultation ; dans un deuxième temps : évolution des scores et orientation des patients.
Action 7 : Organiser la prise en charge des AVC de l'enfant.	Ce suivi et cette évaluation pourront utilement se calquer sur le modèle des maladies rares à savoir une auto-évaluation de ces centres à 3 ans au regard de leurs missions spécifiques définies dans leur cahier des charges et une évaluation externe à 5 ans en vue du renouvellement ou non de leur label.
Action 8 : Déployer et utiliser un système d'information adapté aux enjeux.	
Sous action 8.1. : Développer les outils « système d'information » de la prise en charge des AVC dans le système d'information de santé, intégrant la télémédecine.	Mise en œuvre de solutions opérationnelles.
Sous action 8.2. : Contribuer à l'amélioration des informations relatives aux déficiences dans les systèmes d'information médico-sociaux.	Présence d'informations spécifiques dans les SI médico-sociaux
Sous action 8.3. : Définir des règles de description des séjours hospitaliers pour AVC (règles de codage PMSI MCO et SSR) et les diffuser aux professionnels.	Publication d'un document de référence.

Actions	Indicateurs ou « proxis » proposés
Sous action 8.4. : Stabiliser à l'échelon national les descriptions des pathologies cardio-neuro-vasculaires dans les bases d'activité médicales ou médico-économiques utilisées en santé.	Publication d'un document de référence.
Sous action 8.5. : Exploiter les données médico-économiques de la base du SNIIR-AM d'une cohorte de patients victimes d'AVC.	Publications d'un document de référence.
Action 9 : Faire évoluer les outils techniques et réglementaires.	
Sous action 9.1. : Faire évoluer l'autorisation de mise sur le marché du médicament thrombolytique ; diffuser les règles de bonne pratique permettant l'organisation régionale des soins.	règles diffusées (modalités à préciser) ; publication d'un rectificatif d'AMM.
Sous action 9.2. : Faire évoluer les nomenclatures pour permettre une meilleure description des prises en charge et des patients ; former à leur utilisation.	Création de cet acte.
Sous action 9.3. : Adapter la description et la valorisation des prises en charge de l'AVC.	suivi analytique des dépenses relatives à l'AVC.
Action 10 : Conduire des projets pilotes et des expérimentations organisationnelles ; permettre leur analyse et leur mutualisation.	
Sous action 10.1. : Expérimentations d'actions favorisant les synergies entre acteurs.	A préciser.
Sous action 10.2. : Publication par l'ANAP des « retours d'expérience » du chantier pilote de la MeaH « prise en charge des accidents vasculaires cérébraux ».	production d'un rapport d'expériences et d'outils d'aide à la décision.
Sous action 10.3. : Intégration du thème « AVC » dans les travaux du projet « parcours de personnes et territoires » de l'ANAP.	A préciser.
Axe 3 : assurer l'information, la formation et la réflexion des professionnels	
Action 11 : Développer les formations dans le champ de l'AVC pour faire évoluer les compétences des professionnels de santé.	
Sous action 11.1. : Faire évoluer les formations médicales et paramédicales, ainsi que la reconnaissance des compétences acquises dans la prise en charge des AVC.	Enrichissement du « catalogue » de ces formations.
Sous action 11.2. : Développer des programmes de formation des professionnels à l'éducation thérapeutique concernant les maladies cardio-neuro-vasculaires, dont l'AVC.	Nombre et nature de programmes développés
Sous action 11.3. : Inscrire le thème des pathologies cardio-neuro-vasculaires dans le cursus de formation des cadres de santé publique.	Publics formés, élaboration de cas pratiques.
Action 12 : Poursuivre l'élaboration de protocoles opérationnels, de recommandations de pratiques professionnelles, de référentiels nationaux de prise en charge de l'AVC.	

Actions	Indicateurs ou « proxis » proposés
Sous action 12.1. : Préciser certains protocoles opérationnels en cas d'AVC ou de suspicion d'AVC.	Production des documents
Sous action 12.2. : Elaborer des recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge en rééducation, d'abord au cours des 6 premiers mois post-AVC puis au-delà.	Production des recommandations dans le respect du calendrier.
Sous action 12.3. : Etablir des recommandations concernant l'AVC pour les médecins traitants	Production des recommandations dans le respect du calendrier.
Sous action 12.4. : Informer les professionnels sur les dispositifs mobilisables pour l'accompagnement des personnes atteintes de handicaps post AVC.	Production du document.
Action 13 : Améliorer les pratiques des professionnels de santé.	
Sous action 13.1. : Poursuivre le programme pluriannuel de prévention cardio-vasculaire de l'assurance maladie – action en direction des médecins.	Nombre d'échanges confraternels et de visites de DAM ; Mesure de l'impact de cette action par la mise en place et l'analyse d'indicateurs de suivi dans la base de données du SNIIR-AM.
Sous action 13.2. : Poursuivre le programme pilote de la Haute autorité de santé d'amélioration des pratiques professionnelles dans la prise en charge de l'AVC.	Respect du calendrier de production ; Cartographie des programmes professionnels sur le thème (nombre de programmes / nombre de professionnels impliqués ; Publication d'un document « Chiffres et repères ».
Sous action 13.3. : Assurer la sensibilisation des médecins traitants aux recommandations de la HAS pour améliorer le suivi de l'AVC par les médecins libéraux.	A préciser (moyens et résultats).
Sous action 13.4. : Organiser la veille sur l'état de l'art.	Efficacité mesurée à l'aune de la réaction effective aux sollicitations.
Action 14 : Développer la réflexion éthique pluriprofessionnelle des acteurs de l'AVC.	Production d'un document de synthèse de la réflexion.
Axe 4 : promouvoir la recherche et veiller aux équilibres démographiques	
Action 15 : Soutenir le développement coordonné de plusieurs registres populationnels des AVC.	Nombre de registres des AVC qualifiés par le CNR.
Action 16 : Soutenir et valoriser le développement de la recherche sur l'accident vasculaire cérébral.	A préciser (groupe de travail ad hoc).
Action 17 : Contribuer aux travaux sur la régulation de la démographie des professions de santé.	A préciser (un indicateur tenant compte de la satisfaction des professionnels au regard de leurs conditions de travail est à envisager).

Dispositions financières prévisionnelles

Sur la période 2010-2014, le plan d'actions national AVC mobilise près de 134 millions d'euros (hors dépenses faites dans le cadre d'autres plans de santé publique, incluant celles figurant au titre du fonds de prévention de l'assurance maladie, du budget de la Haute autorité de santé, de l'Inpes ou de l'InVS).

Comme les AVC sont déjà source de dépenses sanitaires, médico-sociales et de prévention, les dépenses prévisionnelles ne comprennent pas les dépenses sanitaires et médico-sociales déjà engagées ou qui le seraient « toutes choses égales par ailleurs », mais uniquement les financements nouveaux. L'objectif de limiter le nombre et la gravité des séquelles liées aux AVC nécessite un « investissement » principalement dans le champ de la prévention, de la coordination, des systèmes d'information.

Les montants se répartissent ainsi pour la durée du plan :

Axe 1 : Améliorer la prévention et l'information de la population avant, pendant et après l'AVC : 31,8 M€;

Axe 2 : Mettre en œuvre des filières de prise en charge et les systèmes d'information adaptés : 97,87 M€;

Axe 3 : Assurer l'information, la formation et la réflexion des professionnels : 2,3 M€;

Axe 4 : Promouvoir la recherche et veiller aux équilibres démographiques : 2 M€

Certaines des dépenses (en particulier pour la recherche, et la mise en œuvre des systèmes d'information) nécessitent d'être affinées lors de la mise en œuvre des premières étapes du plan.

Dès 2010, les mesures prévues dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) visent à soutenir l'ouverture d'unités neuro-vasculaires au titre de l'aide à la contractualisation, de préserver les tarifs du mouvement mécanique général de baisse de la campagne 2010, de permettre l'amélioration des conditions de prise en charge en SSR. Des actions d'information sont financées au titre de la loi de finances (LF).

Plan d'actions AVC

Tableau de synthèse des financements par action (en M€)

Axe 1 : Améliorer la prévention et l'information de la population

Actions	Libellés des actions	Institutions pilotes ou opératrices	Nature des actions
action 1 -	développer la prévention de l'AVC	DGS / Inpes / DICOM / Assurance maladie	dépistage et prévention risque cardio-neuro-vasculaire chez personnes à risque prévention primaire risque cardio-neuro-vasculaire dans la population générale programme Assurance maladie
action 2	Informers la population sur l'AVC et accompagner le handicap	DGS / Inpes / DICOM / DGCS / CNSA	campagnes d'affichage campagnes radio brochures formation aidants familiaux
action 3	développer l'éducation thérapeutique du patient	DGS Plan QVPA Maladies Chroniques	cahier des charges cardio-neuro-vasculaire séances en groupe ou individuelles
action 4	journées nationales et actions régionales	DGS / DGOS DGCS ARS	Semaine de l'aphasie et journée mondiale de l'AVC site internet actions régionales
Total de l'axe 1			31,8 M€

Axe 2 : Mettre en œuvre des filières de prise en charge et les systèmes d'information adaptés

Actions	Libellés des actions	Institutions pilotes ou opératrices	Nature des actions
action 5	faciliter la mise en œuvre des schémas régionaux	DGOS / ARS	création de 52 UNV (27 en 2010 et 25 en 2011) Compensation de la baisse tarifaire brute de l'AVC en MCO SSR (adaptation des structures)
action 6	consultation bilan post AVC	DGOS	expérimentation sur 3 à 5 régions (20 000 patients) puis généralisation
action 7	organiser la prise en charge des AVC de l'enfant	DGOS	Selon cahier des charges
action 8	développer un système d'information AVC + télémédecine	DGOS / MISS / ARS / Asip santé	déploiement SI et télémédecine
action 9	faire évoluer les outils techniques et réglementaires	DGOS / DGS / Assurance maladie	évol AMM - nomenclatures – règles de codage
action 10	valoriser les expérimentations de terrain organisationnelles	DGOS / DGCS / CNSA / ANAP / ARS	structures d'interface (sanitaires et médico-sociales) pour retour à domicile ou vers structures médico-sociales ; coordination et animation régionales
Total de l'axe 2			97.87 M€

Axe 3 : Assurer l'information, la formation et la réflexion des professionnels

Actions	Libellés des actions	Institutions pilotes ou opératrices	Nature des actions
action 11	développer les formations pour faire évoluer les compétences	Min ESR / Min santé	formation continue personnel médical+ médicosocial
action 12	élaborer des protocoles, recommandations et référentiels nationaux	DGOS / HAS / DGCS	production de protocoles et documents recommandations HAS
action 13	améliorer les pratiques des professionnels de santé	HAS / Assurance maladie ministère de la santé	programmes assurance maladie programme pilote de la HAS
action 14	réflexion éthique	DGOS / CNSA / DGCS	Réflexion sur la prise en charge des AVC lourds
Total de l'axe 3			2,3 M€

Axe 4 : Promouvoir la recherche et veiller aux équilibres démographiques

Actions	Libellés des actions	Institutions pilotes ou opératrices	Nature des actions
action 15	soutenir le développement coordonné de plusieurs registres populationnels des AVC	InVS / CNR / INSERM	montée en charge des registres de population sur l'AVC
action 16	promouvoir la recherche sur l'AVC	Min ESR / Min santé	actions définies par le groupe ad hoc
action 17	contribuer à réguler la démographie des professions de santé	DGOS / ONDPS	Diagnostics régionaux harmonisés, audition des professionnels de santé concernés
Total de l'axe 4			2 M€
Total général du plan d'actions AVC 2010 - 2014			133.97 M€