SYNTHESE

Accident vasculaire cérébral de l'adulte : les points critiques du parcours

Adoptée par le Collège le 23 octobre 2025

Pour les professionnels

À chaque étape du parcours, une attention est portée sur l'alliance thérapeutique et la facilitation de l'engagement et du maintien du patient dans son parcours de santé.

Établissements participant à la filière AVC

- La filière accident vasculaire cérébral (AVC) est ouverte 24 h/24, 7 j/7 et permet une expertise neurovasculaire dès l'arrivée du patient dans l'établissement de santé.
- Quatre types d'établissement admettent les patients dans la filière :
  - centre de recours de mention B disposant d'une unité neurovasculaire (UNV) de recours qui peut réaliser l'ensemble de la prise en charge thérapeutique des AVC, en disposant d'un accès sur site à une unité de neuroradiologie interventionnelle (NRI) effectuant tous les actes thérapeutiques, et à une unité de neurochirurgie ;
  - centre de recours de mention A disposant d'une UNV de recours associée à une unité de NRI seulement dédiée à la thrombectomie mécanique et aux actes diagnostiques associés dans le cadre de l'AVC ischémique aigu ;
  - centre disposant d'une UNV de territoire. Ces centres permettent un traitement optimal du patient ayant un AVC, incluant la thrombolyse intraveineuse. Les indications de thrombectomie mécanique (TM) ou d'intervention de neurochirurgie sont posées en urgence avec le centre de recours le plus proche (en termes de délai de transport), grâce aux outils de télé-AVC, afin d'organiser un transfert immédiat ;
  - centre ne disposant pas d'une UNV mais d'un service d'accueil des urgences. Ces établissements collaborent avec une UNV référente (de territoire ou de recours) via le télé-AVC, pour obtenir une expertise neurovasculaire immédiate. Ils peuvent réaliser une thrombolyse intraveineuse en urgence. Le patient est proposé à l'UNV référente adaptée (la plus proche en termes de délai de transport) pour la suite de la prise en charge.
- Les patients présentant un accident ischémique transitoire (AIT) sont orientés vers une clinique de l'AIT lorsque le territoire en dispose, à défaut vers l'un des quatre centres de la filière AVC.

Sensibiliser et former aux signes d'appel d'AVC ou d'AIT

Objectif

- Informer et éduquer sur les symptômes d'AVC et la conduite à tenir en leur présence.

Moyens

- Messages à dispenser de manière récurrente à la population pour faciliter la mémorisation des informations suivantes.
  - Un AVC peut toucher les personnes de tous âges, y compris les enfants.
  - Les principaux facteurs de risque d'AVC sont : l'hypertension artérielle, le tabac, la dyslipidémie, le diabète, l'alcool, les cardiopathies emboligènes.
  - L'apparition brutale d'au moins un des 5 symptômes suivants est évocatrice d'un AVC ou d'un accident ischémique transitoire (AIT) :
    - paralysie faciale ;
    - paralysie d'un bras et/ou d'une jambe ;
    - trouble de la parole ou du langage ;
    - perte de la vue d'un œil, d'un côté du champ visuel ou vision double ;
    - trouble de l'équilibre ou de la marche.
  - La prise en charge et les traitements sont nécessaires en extrême urgence (car plus ils sont débutés précocement, plus ils sont efficaces).
  - L'appel immédiat du 15 est indispensable, même en cas de régression des symptômes. Le 114 est à contacter pour les personnes sourdes, sourdaveugles, malentendantes ou aphasiques, si elles sont seules lors de l'évènement.
- Sensibilisation des professionnels travaillant dans le champ de l'aide à la personne et/ou en contact avec des patients ayant des pathologies chroniques.
- Sensibilisation des secouristes (ambulanciers, pompiers, etc.).
- Formation approfondie des professionnels de santé.
- Sensibilisation des patients et de leur entourage (avec l'accord du patient) aux symptômes d'AVC et aux réactions adaptées, lors de tout contact avec un professionnel de santé.

Phase préhospitalière : faciliter une prise en charge en urgence

Objectifs

- Alerter en urgence devant tout symptôme évocateur d'AVC ou d'AIT.
- Favoriser la coordination et la transmission des informations concernant le patient entre le lieu de prise en charge et le lieu d'accueil dans l'établissement de santé.
- Faciliter une prise en charge fluide et rapide dans la filière intrahospitalière.

Moyens

- Appel systématique du 15 (ou du 114 pour les personnes sourdes, sourdaveugles, malentendantes ou aphasiques, si elles sont seules lors de l'évènement) devant tout symptôme évocateur d'AVC ou d'AIT.
- Régulation par le SAMU – Centre 15 de tous les patients présentant des symptômes évocateurs d'AVC ou d'AIT, si nécessaire par visiorégulation.
- Mise en place de formations et procédures pour la prise en charge préhospitalière des patients ayant un AVC ou un AIT :
  - connaissance en temps réel des fermetures des structures des urgences ou de l'indisponibilité de l'imagerie ou des outils de télé-AVC ;
  - formation des assistants de régulation médicale (ARM) à la reconnaissance des symptômes évocateurs d'AVC et à l'utilisation de questionnaires ciblés et standardisés ;
  - connaissance des critères d'éligibilité du patient à un traitement de reperfusion et de son lieu de prise en charge, de préférence avec l'aide du médecin neurovasculaire de l'UNV du territoire ou en s'appuyant sur des algorithmes préétablis.
- En cas de suspicion d'AVC, décision par le médecin régulateur du SAMU – Centre 15 de l'engagement immédiat d'un moyen de transport, et choix de l'orientation du patient la plus adaptée, si besoin avec l'avis du médecin neurovasculaire de l'UNV du territoire :
  - par défaut, acheminement du patient vers l'établissement de la filière AVC le plus proche ;
  - choix privilégié des moyens de transport disposant d'outils numériques embarqués (géolocalisation, visiorégulation, etc.) ;
  - les UNV mobiles sont en cours d'expérimentation en France.
- Prise en charge sur les lieux de l'AVC par les professionnels qui transportent le patient (pompiers, ambulanciers, médecins ou infirmiers du SAMU – Centre 15) :
  - rapidité de la prise en charge sur le lieu de l'évènement (< 20 minutes dans l'idéal) ;
  - recueil auprès du patient et de son entourage (avec, quand cela est possible, l'accord du patient) du maximum d'informations, concernant les signes cliniques, l'heure de début ou de découverte des symptômes, la dernière fois que le patient a été vu bien, les antécédents notables – notamment les facteurs de risque neuro-cardiovasculaire, les traitements suivis et particulièrement les anticoagulants, les éventuelles directives anticipées, l'état d'autonomie ;
  - mesure d'une glycémie capillaire ;
  - récupération des documents administratifs et des ordonnances du patient avant le départ.
- Transmission systématique des informations concernant le patient par le médecin régulateur du SAMU – Centre 15 aux professionnels de santé de la filière hospitalière :
  - développement d'outils numériques pour transmettre, vers l'établissement d'accueil, les informations recueillies au cours de la phase préhospitalière ;
  - transmission numérique des données administratives du patient pour renseigner en amont les documents d'admission ;
  - en cas de troubles de la vigilance avec pronostic vital engagé, information du service d'accueil du patient et du service de réanimation de l'établissement.
- En cas de transport médicalisé ou paramédicalisé, pose d'une voie veineuse périphérique, réalisation de prélèvements sanguins veineux, d'une glycémie capillaire, d'un électrocardiogramme (ECG), et prise des constantes, sans perdre de temps pour le transport.

- Information par le transporteur de l'ensemble des intervenants de la filière AVC et préparation de l'admission, si possible à l'aide d'outils de partage d'information en temps réel.

Phase hospitalière initiale : favoriser le traitement adapté le plus précocement possible

Objectifs

- Obtenir une expertise neurovasculaire le plus rapidement possible (directement à l'UNV, par l'équipe neurovasculaire qui se déplace aux urgences, ou à défaut via le télé-AVC).
- Confirmer le diagnostic d'AVC par une imagerie cérébrale réalisée en urgence.
- Débuter le traitement adapté le plus rapidement possible.
- Réduire le délai de prise en charge le plus possible.

Moyens

- Identification de l'ensemble des professionnels impliqués dans la phase aiguë et formalisation d'une procédure connue de tous, incluant la procédure de télé-AVC (utilisation des moyens de télémédecine nécessaires au télé-AVC).
- Annonce, dès la phase préhospitalière, aux professionnels de santé de la filière hospitalière de l'arrivée d'un patient en alerte AVC (déficit neurologique brutal de moins de 24 h et délai de prise en charge compatible avec un traitement de reperfusion).
- Association du patient et de son entourage (avec l'accord du patient) à la prise en charge, dans la mesure du possible.
- Prise en charge par un médecin (ou une équipe) dédié(e) dès l'arrivée du patient.
- Remplissage d'une fiche standardisée de recueil des antécédents, des traitements en cours, de l'heure de début des symptômes et des éléments de gravité clinique évalués par l'échelle NIHSS, si cela n'a pas été fait en préhospitalier.
- Monitoring de la pression artérielle, du rythme cardiaque et de la saturation en oxygène, et surveillance de la température.
- Réalisation de prélèvements sanguins veineux, d'une glycémie capillaire et d'un ECG, si cela n'a pas été fait en préhospitalier.
- Confirmation et caractérisation de l'AVC par une imagerie cérébrale en urgence :
  - notification au service de radiologie, le plus tôt possible, de l'arrivée d'un patient en alerte AVC ;
  - accès prioritaire à l'imagerie, 24 h/24 et 7 j/7, des patients en alerte AVC ;
  - réalisation de l'imagerie cérébrale, selon un protocole détaillant les séquences d'imagerie, défini en amont. Ce protocole inclut une exploration du parenchyme cérébral et des artères intra- et extra-crâniennes jusqu'à la crosse aortique. L'IRM cérébrale est à privilégier.
- Information du patient et de son entourage (avec l'accord du patient) du diagnostic et du traitement indiqué, adaptée à son niveau de compréhension.
- Raccourcissement des délais de prise en charge de chaque patient, en visant des temps médians cibles de :
  - < 25 min entre l'arrivée dans l'établissement et l'imagerie ;

- < 60 min entre l'arrivée dans l'établissement et le traitement médical d'urgence (incluant la thrombolyse intraveineuse) ;
- < 90 min entre l'arrivée dans l'établissement de recours et la TM (organisation *mothership*) ;
- < 90 min entre l'arrivée dans l'établissement initial et le départ vers le centre de recours pour TM (organisation *drip and ship*) ;
- < 25 min entre l'arrivée dans le centre de recours (après transfert de l'établissement de proximité) et la TM (organisation *drip and ship*).

En cas d'AVC ischémique

Objectif

➔ Reperfuser la zone cérébrale ischémiée.

Moyens

➔ Réalisation de la thrombolyse intraveineuse (IV) le plus précocement possible pour les patients respectant les indications. La thrombolyse IV ne doit pas différer la TM si celle-ci est indiquée en association.

➔ Dans les établissements sans UNV, pose de l'indication de thrombolyse IV via le télé-AVC. Les outils de télémédecine sont opérationnels 24 h/24 et 7 j/7, et les professionnels de santé sont formés.

➔ Réalisation de la TM le plus précocement possible, si elle est indiquée. Si le patient doit être hospitalisé dans un établissement de recours, le transfert est réalisé dans les plus brefs délais.

- Partage de la décision thérapeutique de TM, entre le médecin neurovasculaire et le médecin opérateur de TM (qui est un médecin diplômé en radiologie interventionnelle avancée (neuroradiologue, radiologue) ou pour le traitement interventionnel de l'ischémie cérébrale à la phase aiguë (neurologue)). Décision prise par télé-AVC lorsque le patient est admis dans un autre établissement que le centre de recours.
- Formalisation du circuit du patient, le plus direct possible entre l'arrivée dans le centre de recours et la prise en charge en salle de NRI.
- Alerte précoce de l'anesthésiste, de l'infirmier d'anesthésie diplômé d'État (IADE), de l'aide-opératoire et du manipulateur d'électroradiologie médicale de l'indication de TM.

En cas d'AVC hémorragique

Objectifs

➔ Limiter l'étendue du saignement.

➔ Traiter l'éventuelle hypertension intracrânienne.

Moyens

➔ Contrôle de la pression artérielle le plus rapidement possible.

- Correction d'un éventuel trouble de l'hémostase, et particulièrement de l'activité des anticoagulants.
- Expertise neurochirurgicale si signes radio-cliniques d'hypertension intracrânienne ou si forte probabilité d'évolution vers une hypertension intracrânienne.
- Activation, si besoin, de la procédure de télé-AVC lorsque le patient est admis dans un autre établissement que le centre de recours.

Hospitalisation en unité neurovasculaire

Objectifs

- Hospitaliser en UNV le plus grand nombre de patients ayant un AVC ; à défaut, faire bénéficier le patient d'une expertise neurovasculaire tout au long de son hospitalisation.
- Poursuivre la prise en charge médicale, prévenir, détecter et traiter les complications précoces.
- Identifier l'étiologie de l'AVC et initier un traitement de prévention secondaire.
- Débuter précocement la rééducation et informer sur l'existence de programmes d'éducation thérapeutique.
- Orienter de manière optimale à la sortie de l'UNV.
- Impliquer le patient dans sa prise en charge et son parcours de santé.

Moyens

- Proposition de tous les patients ayant un AVC (ischémique ou hémorragique) à l'UNV du territoire.
- Pour les patients non hospitalisés en UNV, demande d'un avis neurovasculaire tout au long de la prise en charge, si besoin par télé-AVC (qui fait l'objet d'une contractualisation entre les établissements).
- Contrôle des agressions cérébrales secondaires d'origine systémique (ACSOS), monitoring du rythme cardiaque, de la pression artérielle, de la saturation en oxygène et de la température.
- Surveillance adaptée au type d'AVC (ischémique ou hémorragique) et au traitement administré à la phase hyperaiguë.
- Recherche et prise en charge urgente des complications précoces des AVC.
- Prévention de la maladie thrombo-embolique veineuse.
- Délai médian cible entre l'admission et le dépistage d'un trouble de la déglutition par un professionnel formé de moins de 24 h. Si besoin, évaluation des troubles de la déglutition par un kinésithérapeute ou un orthophoniste. Protocole de dépistage et d'évaluation dans l'objectif de prévenir la pneumopathie d'inhalation.
- Diagnostic et prise en charge des douleurs (post-AVC, liées aux soins ou d'autres étiologies).
- Début du bilan étiologique le plus précocement possible, comprenant en première intention un bilan biologique, une évaluation par une imagerie non invasive des vaisseaux intra- et extra-crâniens, un ECG, un monitoring ECG et/ou holter ECG et une échographie cardiaque transthoracique.
- Réalisation de la conciliation des traitements médicamenteux du patient.
- Évaluation de l'adhésion thérapeutique et des freins éventuels. Cette évaluation peut être réalisée au cours de la conciliation médicamenteuse. Mise en place des mesures adaptées pour

surmonter les freins identifiés (entretien motivationnel, participation à un programme d'ETP personnalisé, rencontre d'associations de patients, rencontre de patients partenaires).

- Début dès que possible d'un traitement préventif des récidives, puis adaptation en fonction des résultats du bilan étiologique.
- Évaluation précoce des déficiences, limitations d'activité, restrictions de participation, et du pronostic de récupération, à l'aide d'échelles standardisées et validées, par les professionnels de l'UNV (médecins, équipe soignante, rééducateurs, etc.).
- Délai médian cible à viser et raccourcir au maximum :
  - < 24 h entre l'admission en UNV et l'évaluation par un kinésithérapeute et un orthophoniste ;
  - le plus rapidement possible dans un autre secteur d'hospitalisation pour l'évaluation par un kinésithérapeute et un orthophoniste.
- Rééducation à initier dans les 48 h et à adapter au statut clinique du patient.
- Lien systématique entre une UNV et un service de soins médicaux et de réadaptation (SMR) mention « système nerveux ».
- En cas de trouble de la communication, mise en place précoce d'un outil de communication de type tableau ou carnet de communication, et information de l'entourage (avec l'accord du patient).
- Information du patient (en s'adaptant le cas échéant à ses difficultés de compréhension), de l'entourage ou aidant (avec l'accord du patient), sur la maladie et ses conséquences possibles (déficiences physique, comportementale et cognitive, limitations d'activité, restriction de participation sociale (conduite automobile, profession, loisirs), l'adaptation parfois nécessaire de l'environnement, la nécessité de prévenir le médecin traitant et si nécessaire le médecin du travail, l'importance d'initier précocement une reprise d'activité physique adaptée, l'existence de programmes d'éducation thérapeutique). Répétition des informations. Appui sur l'expertise des infirmiers en pratique avancée (IPA) de neurovasculaire.
- En cas de décès du patient, accompagnement, soutien et orientation de l'entourage.

Préparer la sortie d'UNV

Objectifs

- Anticiper les problématiques susceptibles de retarder la sortie du patient.
- Faciliter le transfert en service de SMR ou en hospitalisation à domicile (HAD) de réadaptation, le retour à domicile ou la sortie en institution.

Moyens

- Dès l'admission, rencontre du patient et de son entourage (avec l'accord du patient) afin d'expliquer les symptômes persistants d'AVC, le pronostic, et échanger sur le projet de vie après la sortie du service de soins aigus.
- Implication du patient et de son entourage (avec l'accord du patient) dans une démarche de décision partagée, collaborative du choix de sortie.
- Identification rapide des facteurs physiques, psychologiques et sociaux susceptibles d'allonger la durée du séjour, à l'aide d'un questionnaire systématiquement renseigné à l'admission.

- Évaluation systématique de tous les patients atteints d'AVC par le médecin MPR qui propose une orientation adaptée aux symptômes et au handicap. Évaluation gériatrique si besoin.
- Information de l'entourage (avec l'accord du patient) sur la temporalité de la rééducation/réadaptation et sur le handicap invisible. L'intégrer dans le suivi post-AVC.
- Identification d'un coordinateur de sortie.
- Dès le début de la prise en charge, orientation vers le travailleur social spécialisé pour, selon les besoins :
  - aider le retour à domicile en recherchant les aides humaines et le financement nécessaires ;
  - rechercher une nouvelle structure de vie (si retour à domicile impossible) : foyer logement, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), foyer d'accueil médicalisé (FAM), maison d'accueil spécialisé (MAS), famille d'accueil.
- Synthèse de l'ensemble des informations, proposition de l'orientation définitive du patient au cours d'une réunion de concertation pluriprofessionnelle (professionnels de santé et travailleur social).
- Définition collégiale des actions à entreprendre pour faciliter le projet de vie après le séjour en service de soins aigus.
- Personnalisation de la sortie d'UNV de chaque patient, qui peut être vers :
  - le domicile avec ou sans rééducation/réadaptation (en libéral, en hôpital de jour d'un SMR, en HAD de réadaptation) ;
  - un service de SMR spécialisé (mention « système nerveux » ou « gériatrie ») ou polyvalent ; en hospitalisation complète ou partielle ;
  - un autre service d'aigu (par exemple, en chirurgie vasculaire) ;
  - un service de rééducation post-réanimation ;
  - un service de soins palliatifs ou une hospitalisation à domicile de soins palliatifs et de soins de support ;
  - une unité de soins de longue durée ou unité de soins prolongés complexes ;
  - un EHPAD.
- En cas de besoin de rééducation/réadaptation, favorisation de l'accès au service de SMR le plus approprié et le plus proche du domicile pour faciliter la réadaptation et la réinsertion.
- Appel précoce aux équipes de soutien spécialisé en cas de trouble psychique et/ou de précarité sociale.
- Sollicitation des équipes mobiles d'expertise en réadaptation (EMER), si besoin.
- Activation du programme de retour à domicile (PRADO) à la sortie du patient pour programmer la poursuite précoce des examens complémentaires, du suivi médical et de l'intervention des paramédicaux libéraux.
- Information du médecin traitant, et coordination hôpital-ville/service de soins aigus-SMR, réalisation d'une conciliation médicamenteuse à la sortie du patient adressée aux professionnels de santé en aval.
- Organisation du suivi à distance en lien avec le médecin traitant (développement de l'utilisation d'outils numériques de partage et de coordination des parcours de santé complexes).
- Proposition de participation à un programme d'éducation thérapeutique, à un entretien avec un pharmacien d'officine (à la demande de l'équipe médicale ou du patient).
- Nouvel entretien avec le patient et son entourage (avec l'accord du patient) avant la sortie sur les facteurs de risque, la conduite automobile, etc., avec remise de documents d'information

(brochures), lien vers un site d'information et de formation, vers les associations de patients et vers la médecine du travail.

- Sortie de l'UNV avec la lettre de liaison et la date de consultation post-AVC.

Hospitalisation en SMR à la phase subaiguë

Objectifs

- Accompagner le patient dans sa rééducation/réadaptation.
- Coconstruire avec le patient les objectifs de rééducation/réadaptation dès le début de la prise en charge.
- Stabiliser la situation médicale du patient et prévenir les complications.
- Permettre un retour à domicile ou une sortie en institution dans les meilleures conditions possibles.
- Anticiper et prévenir l'épuisement des aidants.

Moyens

- Définition d'objectifs SMARTER (spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes, temporellement définis, évalués et révisés).
- Diagnostic et prise en charge des douleurs (post-AVC, liées aux soins et d'autres étiologies).
- Poursuite et fin du bilan étiologique, si nécessaire.
- Rééducation interdisciplinaire personnalisée, précoce et intensive (séances d'au moins 45 minutes par jour et par type de rééducation, 5 à 7 jours par semaine).
- Accès aux professionnels nécessaires en fonction de la situation des patients, coordonné par le médecin de MPR : diététicien, enseignant en activité physique adaptée (APA), ergothérapeute, kinésithérapeute, neuropsychologue, orthophoniste, orthoptiste, psychologue et psychomotricien.
- Développement de la rééducation/réadaptation en groupe.
- Mise en place de temps de rééducation/autorééducation/réadaptation en dehors des temps supervisés.
- Surveillance d'éventuels troubles de la déglutition et prise en charge.
- Réunions de synthèse systématiques et collaboratives (rééducateurs, équipe de soins, patient et son entourage (avec l'accord du patient)) pour actualiser les objectifs, prendre en compte l'évolution des besoins de vie et élaborer le projet de sortie.
- Proposition d'un accompagnement à un sevrage d'habitudes de vie délétères à sa santé.
- Anticipation de la date de sortie dès l'admission en SMR afin de planifier efficacement la réadaptation et d'impliquer précocement tous les acteurs (professionnels, patient et entourage (avec l'accord du patient)).
- Identification d'un coordinateur de sortie.
- Réalisation d'une expertise du lieu de vie afin d'adapter la rééducation/réadaptation aux besoins de vie de la personne, et anticiper les adaptations humaines et matérielles nécessaires pour le retour à domicile.

- Proposition de permission/sortie thérapeutique le week-end (suivie d'un rapport pour consigner les problématiques de vie rencontrées). Appui sur les espaces simulés de vie dans les SMR mention « système nerveux ».
- Information du patient de l'existence d'un programme personnalisé d'éducation thérapeutique en lien avec l'AVC avec bilan éducatif partagé permettant d'identifier les compétences que la personne souhaiterait acquérir.
- Proposition de soutien aux aidants (formation, association de patients, brochures d'information).
- Consultation avec le médecin traitant dans les 7 jours après le retour à domicile, afin d'assurer la continuité du parcours de soins. Transmission systématique d'un compte-rendu.

Accompagnement sur le long terme

Objectifs

- Prévenir les complications, la dégradation des fonctions et de la participation sociale.
- Faciliter la réinsertion du patient dans son environnement socio-professionnel.
- Améliorer la qualité de vie du patient et de son entourage et valoriser l'autonomie du patient.
- Repérer les signes d'épuisement chez les aidants.

Moyens

- Incitation à l'adoption et au maintien d'un changement des habitudes de vie.
- Poursuite de la prise en charge des facteurs de risque neuro-cardiovasculaires.
- Promotion du développement de l'APA, notamment en maison sport-santé.
- Facilitation de l'engagement du patient via un entretien motivationnel.
- Conciliation thérapeutique avec le médecin traitant, en impliquant les proches : maintenir les bonnes habitudes, surveiller l'adhésion thérapeutique au long cours.
- Favorisation d'une démarche collaborative intégrant le patient comme acteur de santé. Implication du médecin traitant dans l'accompagnement du patient et de son entourage dans la gestion des divers intervenants impliqués.
- Établissement par le médecin traitant d'un protocole de soins afin de s'assurer de l'éligibilité du patient à une affection de longue durée exonérante.
- Utilisation de la démarche de plan personnalisé de coordination en santé.
- Sensibilisation des médecins généralistes à la problématique de la conduite automobile.
- Poursuite de l'éducation thérapeutique du patient via des structures relais du territoire, poursuite des entretiens pharmaceutiques, etc.
- Repérage des signes d'épuisement chez les aidants et prise en compte.
- Mise en relation avec des associations de patients et d'aidants, des patients partenaires, des permanences et/ou des programmes d'éducation thérapeutique du territoire ou formations.
- Poursuite, si besoin, de la rééducation-réadaptation (objectifs SMARTER).
- Favorisation de thérapies cognitives écologiques, incluant le langage, tout en poursuivant des thérapies cognitives ciblées si nécessaire.
- Information des partenaires de conversation sur les troubles du langage, en les entraînant à utiliser les aides à la communication, si nécessaire.

- Repérage par les intervenants de proximité (médecin traitant, rééducateurs, soignants et aides à domicile) d'une perte de motivation, voire d'une dépression, de complications (déficiences, limitations d'activité, restrictions de participation sociale).
- Évaluations spécialisées, lors d'une consultation auprès d'un médecin MPR ou gériatre ou lors d'une courte hospitalisation en SMR mention « système nerveux » ou « gériatrie », pour définir des objectifs partagés et optimiser les stratégies de prise en charge à domicile ou en structures médico-sociales, si besoin.
- Expertise en neuro-orthopédie avec bilan clinique et fonctionnel, si besoin. Recours à une consultation interdisciplinaire dans les situations les plus complexes et pour les décisions chirurgicales.
- Favorisation de l'accès à des expertises pour dotation d'un dispositif médical de série d'aide à la vie (fauteuil roulant manuel ou électrique, déambulateur, siège de bain, aides techniques, etc.).
- Suivi neuro-urologique pour les vessies neurologiques : bilan clinique, urodynamique si nécessaire et prise en charge rééducative et/ou médicamenteuse.
- Diagnostic et prise en charge des troubles sexuels.
- Diagnostic et prise en charge des douleurs chroniques post-AVC qui peuvent être musculosquelettiques, neuro-orthopédiques ou neurologiques centrales avec accès au centre d'évaluation et de traitement de la douleur (CETD) si besoin.
- Maintien d'une surveillance des troubles de la déglutition avec évaluation (échelles cliniques et examen clinique) des complications associées et des troubles respiratoires.
- Réévaluation neurocognitive, si besoin avec bilan neuropsychologique en hospitalisation de jour et orientation vers un centre mémoire de ressource et de recherche (CM2R).
- Nouveau séjour en SMR mention « système nerveux » (en hospitalisation complète ou partielle) lorsque nécessaire pour des objectifs très spécifiques qui nécessitent une prise en charge interdisciplinaire coordonnée, intensive et spécialisée non réalisable en ambulatoire ; exemples d'hospitalisations courtes (4 à 6 semaines) :
  - intensification de la rééducation du langage ;
  - intensification de la rééducation pour préserver l'autonomie de transfert et de marche.
- Accès à la réadaptation en situation de vie (simulée ou réelle).
- Selon les besoins, sollicitation :
  - du service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé (SAMSAH) ou du service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ;
  - d'un service autonomie à domicile (SAD) ;
  - du centre communal d'action sociale (CCAS).
- Évaluation de la conduite automobile pour aider la décision du médecin agréé et la recherche d'une alternative.
- Démarche précoce d'insertion socio-professionnelle avec le service de santé au travail, réseau spécialisé Comète, maison départementale pour les personnes handicapées (MDPH), puis unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle (UEROS).
- Proposer annuellement la vaccination anti-grippale.

Suivi de la pathologie neurovasculaire : consultation d'évaluation pluriprofessionnelle post-AVC

Objectifs

- Évaluer toutes les dimensions (physique, psychologique, cognitive, sociale, professionnelle, etc.) du retentissement de l'AVC sur le patient et les aidants.
- Introduire/poursuivre le traitement de prévention secondaire, contrôler les facteurs de risque neuro-cardiovasculaire et s'assurer de la mise en place des interventions éducatives.
- Surveiller l'adhésion thérapeutique, les effets indésirables, le bon usage des médicaments, l'automédication (contre-indication/interactions médicamenteuses), les vaccinations.
- Dépister le handicap invisible et les problématiques de vie passées inaperçues. Identifier les situations problématiques de vie et de travail.

Moyens

- Consultation d'évaluation pluriprofessionnelle post-AVC systématique pour tous les patients ayant eu un AVC, programmée dès la sortie, dans les 2 à 6 mois (au plus tard dans l'année) après l'AVC (par téléconsultation en cas d'impossibilité de déplacement).
- La consultation est réalisée dans le service de neurologie, de SMR mention « système nerveux » ou « gériatrie » ou en secteur libéral, selon les besoins, en présence du (ou des) professionnel(s) particulièrement concerné(s) (avec possibilité d'expertise complémentaire, au mieux par téléexpertise) :
  - phase d'évaluation globale : somatique, cognitive, thymique, sociale, professionnelle, d'efficacité et d'adhésion au traitement et à la prévention. Recherche notamment d'un stress post-traumatique pour le patient et les aidants, de douleur post-AVC et de troubles sexuels ;
  - phase d'expertise neurovasculaire : phase technique permettant de progresser ou conclure sur l'étiologie de l'AVC ;
  - phase d'adaptation en adaptant les thérapeutiques, les programmes de rééducation/réadaptation et les actions éducatives.
- Courrier de consultation, feuille de route à plus long terme, à adresser à tous les médecins et intervenants, y compris au médecin du travail à la demande du patient. Alimentation du dossier médical partagé (DMP).
- Information sur l'existence d'associations de patients et de patients partenaires.
- Recueil de l'avis de l'entourage (avec l'accord du patient).

Ce document présente les points essentiels de la publication : **Accident vasculaire cérébral de l'adulte : les points critiques du parcours**, Méthode **« Élaboration du guide et des outils parcours de soins pour une maladie chronique »**, **octobre 2025**
Toutes nos publications sont téléchargeables sur www.has-sante.fr

HAS HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
Développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – octobre 2025