

FICHE

Accident vasculaire cérébral de l'adulte : 20 messages clés pour améliorer votre pratique

Pour les professionnels

Adoptée par le Collège le 23 octobre 2025

Phase préhospitalière

1. L'appel du 15 (le 114 si la personne est seule lors de l'évènement et sourde, sourd aveugle, malentendante ou aphasic) par le patient, un témoin ou un professionnel de santé est systématique et immédiat devant tout symptôme d'accident vasculaire cérébral (AVC), même en cas de régression des symptômes.

L'appel du 15 permet l'entrée immédiate dans la filière AVC et une prise en charge la plus précoce possible. Cet appel permet aux équipes hospitalières d'anticiper et de mieux préparer l'arrivée du patient. Le service d'aide médicale urgente (SAMU) – Centre 15 priorise l'engagement d'un moyen de transport auprès du patient. Le niveau de soins médicalisés, paramédicalisés ou non médicalisés dépend de l'état du patient.

Il est possible de communiquer avec le 114 par appel vidéo, chat SMS par voix/retour de texte ou par image. Une application (Urgence 114) et un site web sont disponibles. Pour utiliser l'application, il est nécessaire de la télécharger et de s'inscrire avant d'appeler le 114.

En cas de régression des symptômes, un accident ischémique transitoire est évoqué et nécessite également une prise en charge urgente.

2. En cas d'alerte AVC, le médecin régulateur du SAMU – Centre 15 appelle le médecin neuro-vasculaire ou le médecin urgentiste, en fonction des procédures locales, pour information et discussion.

Tout patient présentant un déficit neurologique focal brutal de moins de 24 h est considéré, par défaut, comme possible alerte AVC par la régulation du SAMU – Centre 15. Le médecin régulateur du SAMU – Centre 15, ou le médecin neurovasculaire s'il est sollicité, décide de poursuivre la procédure d'alerte AVC après avoir pris connaissance des données cliniques disponibles au cours de la phase préhospitalière. La décision est prise au vu des éléments cliniques, de l'autonomie antérieure et des contre-indications absolues aux traitements de revascularisation. Ainsi, un patient en alerte AVC présente des symptômes neurologiques, une autonomie et un délai de prise en charge compatibles avec une thrombolyse et/ou une thrombectomie mécanique.

3. Le SAMU – Centre 15 décide du mode de transport et oriente le patient vers l'un des 4 types d'établissements de la filière AVC. La demande de transport pour alerte AVC enclenche une procédure de départ immédiat et de transport priorisé, rapide et sans halte, du patient vers un établissement de la filière AVC.

Dans la filière AVC, 4 types d'établissements ayant un accès à l'imagerie cérébrale, 24 h/24 et 7 j/7, existent :

- les centres de recours de mention B disposant d'une unité neurovasculaire (UNV) de recours qui pourra réaliser l'ensemble de la prise en charge thérapeutique des AVC avec un accès sur le même site à des services de neurochirurgie et de neuroradiologie interventionnelle. L'UNV de recours, qui est référente pour une UNV de territoire ou une structure des urgences, est celle la plus proche en termes de délai de transport ;
- les centres de recours de mention A disposant d'une UNV de recours, associée à une unité de neuroradiologie interventionnelle réalisant uniquement des actes diagnostiques et des procédures de thrombectomie mécanique dans le cadre de l'AVC ischémique aigu ;
- les centres disposant d'une UNV de territoire sans possibilité de thrombectomie mécanique et souvent sans unité de neurochirurgie sur site. Pour ces prises en charge, un transfert du patient vers l'UNV de recours référente est nécessaire ;
- les centres disposant d'une structure des urgences, sans UNV mais inclus dans un réseau de télé-AVC permettant une expertise neurovasculaire immédiate via leur UNV référente.

Le SAMU – Centre 15 achemine habituellement le patient vers l'établissement le plus proche, mais l'avis du médecin neurovasculaire de l'UNV du territoire concerné peut être pris à tout moment concernant l'orientation la plus adaptée à la situation.

4. Le SAMU – Centre 15 transmet l'ensemble des informations pertinentes, obtenues auprès du patient et de son entourage (avec, si possible l'accord du patient), aux professionnels de santé participant aux premières étapes de la filière AVC, et au mieux via une plateforme numérique partagée.

Les informations clés à recueillir sont :

- identité et date de naissance ;
- heure de début des symptômes ou de constatation du déficit ;
- heure de « dernière fois vu bien » ;
- niveau d'indépendance antérieure la plus détaillée possible ;
- antécédents pertinents, dont facteurs de risque neuro-cardiovasculaire ;
- traitements (notamment anticoagulant : type et heure de dernière prise) ;
- signes cliniques : possibilité d'utiliser un score de probabilité clinique d'AVC (FAST, VITE, ou autre selon les procédures locales) ;
- détresse vitale.

Phase hospitalière initiale

5. Dès son arrivée à l'hôpital, le patient en alerte AVC est pris en charge sans délai par une équipe neurovasculaire dédiée, en présentiel ou à distance via le télé-AVC.

L'expertise neurovasculaire est réalisée en présentiel dans les centres disposant d'une UNV, via le télé-AVC et en collaboration avec les médecins urgentistes pour les centres sans UNV.

6. L'imagerie cérébrale initiale inclut impérativement une exploration du parenchyme cérébral et des artères intra- et extra-crâniennes, et idéalement jusqu'à la crosse aortique. L'IRM est privilégiée si cet examen est disponible.

L'imagerie du parenchyme cérébral permet de confirmer le diagnostic d'AVC, de différencier l'AVC ischémique de l'AVC hémorragique et éventuellement de dater l'AVC sur certaines séquences IRM. L'analyse des artères intra- et extra-crâniennes recherche notamment un thrombus artériel et précise l'éligibilité du patient à la thrombectomie mécanique.

L'imagerie cérébrale apporte également des arguments sur l'étiologie de l'AVC.

En cas d'alerte AVC, cette imagerie est réalisée sans délai.

7. Au décours immédiat de l'imagerie, la décision thérapeutique est prise par un médecin neurovasculaire, en collaboration avec le médecin neuroradiologue si nécessaire, et si besoin via le télé-AVC.

Les stratégies thérapeutiques urgentes comprennent la thrombolyse intraveineuse et la thrombectomie mécanique dans l'AVC ischémique, le contrôle de la pression artérielle et la correction des troubles de l'hémostase (souvent d'origine médicamenteuse) dans l'AVC hémorragique.

8. Le délai entre l'arrivée du patient dans l'établissement et la mise en œuvre des traitements doit être le plus court possible.

Les temps médians cibles sont :

- < 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 thrombectomie mécanique (*organisation mothership*) ;
- < 90 min entre l'arrivée dans l'établissement initial et le départ vers le centre de recours pour thrombectomie mécanique (*organisation drip and ship*) ;
- < 25 min entre l'arrivée dans le centre de recours (après transfert de l'établissement de proximité) et la thrombectomie mécanique (*organisation drip and ship*) ;
- < 24 h entre l'admission dans l'établissement et le dépistage d'un trouble de la déglutition ;
- < 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.

En cas d'indication de thrombectomie mécanique ou d'intervention neurochirurgicale, le parcours du patient admis directement dans le centre de recours est appelé « *mothership* ». Il est nommé « *drip and ship* », quand le patient est admis dans un premier établissement puis transféré vers l'établissement de recours.

Ces temps médians cibles sont à connaître. L'objectif est de diminuer au maximum les délais. Les délais sont régulièrement évalués par les acteurs de la filière, qui proposent ensuite des modifications procédurales pour les réduire. La surveillance du délai entre l'appel au 15 et l'arrivée dans l'établissement est également importante (donnée suivie par les SAMU – Centre 15).

Phase hospitalière neurovasculaire

9. Tous les patients ayant un AVC, ischémique ou hémorragique, quelle que soit sa gravité et quel que soit l'âge du patient, sont proposés à une UNV.

À défaut, le patient bénéficie d'une expertise neurovasculaire tout au long de son parcours, qui peut se faire via le télé-AVC.

L'hospitalisation en UNV fait partie de la prise en charge optimale de l'AVC : son bénéfice a été démontré.

10. Le dépistage des troubles de la déglutition est réalisé le plus tôt possible par un professionnel de santé formé. Le dépistage peut être complété par une évaluation complète si nécessaire.

L'évaluation est réalisée (par un kinésithérapeute ou un orthophoniste) pour éviter les pneumopathies d'inhalation. Il est utile de prescrire l'autorisation de substances *per os* (alimentation adaptée, médicaments *per os* possibles) et de mettre en place les adaptations nécessaires en lien avec le diététicien. L'administration des médicaments est adaptée à la situation du patient : il peut être utile de rechercher des alternatives thérapeutiques ou galéniques (forme orodispersible, etc.), voire de prescrire le broyage des médicaments. Le délai au bout duquel une réévaluation est nécessaire est à noter. Un examen ORL peut parfois compléter le bilan.

11. L'entourage (avec, si cela est possible, l'accord du patient) est rencontré au plus tôt, à l'initiative de l'équipe hospitalière.

Cette rencontre permet d'informer du diagnostic, de la stratégie thérapeutique et du pronostic, de recueillir les informations relatives à l'environnement social, familial et professionnel si le patient n'est pas en état de s'exprimer. Les attentes du patient et/ou de l'entourage sont collectées. Le cas échéant, la notion de directives anticipées est recherchée. Les projets d'orientation et de vie du patient sont discutés.

En cas de décès du patient, l'entourage en est aussitôt informé. Il est accompagné, soutenu et orienté vers les professionnels adaptés. Le médecin traitant est à informer et à impliquer.

Organisation du retour à domicile

12. La sortie se prépare dès l'admission, dans une vision systémique intégrant les dimensions médicale, sociale et psychologique. Cette préparation suit un plan d'action intégrant le patient et son entourage (avec l'accord du patient), débute en service de soins aigus, et se poursuit le cas échéant en service de soins médicaux et de réadaptation (SMR).

Il est souhaitable que le médecin traitant soit informé par l'équipe médicale, dès les premiers jours d'hospitalisation, de l'hospitalisation du patient. Les transmissions sont réalisées via une lettre de liaison remise au patient à la sortie et adressée au médecin traitant. Idéalement et dans les 7 jours après la sortie, une consultation avec le médecin traitant est utile.

Le retour au domicile d'un patient peut notamment nécessiter :

- un (ou plusieurs) aidant(s), physiquement et psychologiquement disponible(s). L'aidant est formé par l'équipe de soin avant la sortie (en fonction des besoins du patient). Les difficultés de l'aidant sont également à prendre en compte ;

- des professionnels de santé et sociaux disponibles et impliqués (infirmier diplômé d’État (IDE), infirmier en pratique avancée (IPA), aides-soignants, rééducateurs, travailleur social, pharmacien). La mise en œuvre du PRADO peut aider à la sortie du service de soins aigus ;
- un domicile accessible et sécurisé. Pour préparer au mieux la sortie, possibilité de réaliser des sorties thérapeutiques et des visites à domicile à partir des services de SMR, en général avec un ergothérapeute et le travailleur social pour préconiser les dispositifs médicaux de série et l’adaptation du lieu de vie ;
- des ressources financières adaptées aux besoins futurs du patient. Le travailleur social a un rôle majeur dans la connaissance des dispositifs et dans la composition des dossiers : demande d’allocation personnalisée d’autonomie (APA) pour les personnes âgées, demande de prestations à la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) pour les sujets jeunes, aides à la rénovation des logements, etc. ;
- un soutien associatif pour le patient et l’aidant, et proposition d’un programme d’éducation thérapeutique (ETP).

Un suivi spécialisé, assuré lors d’une consultation d’évaluation pluriprofessionnelle post-AVC et/ou une consultation de spécialistes (neurologue, médecin de médecine physique et de réadaptation (MPR), gériatre, etc.) est nécessaire pour tous les patients. Le suivi peut être assuré par des IPA.

Consultation d’évaluation pluriprofessionnelle post-AVC

13. Tous les patients ayant eu un AVC ou un accident ischémique transitoire (AIT), pris en charge dans ou hors de la filière AVC, bénéficient d’une consultation d’évaluation pluriprofessionnelle post-AVC dans les 2 à 6 mois après les symptômes. Si cette consultation n’a pas été réalisée par un neurologue, un suivi spécialisé par un neurologue est nécessaire.

La consultation est programmée à la sortie de l’UNV, du service de médecine ou du SMR.

La consultation est réalisée dans le service de neurologie, de SMR mention « système nerveux » ou « gériatrie » ou en secteur libéral, le télé-AVC est une alternative.

L’équipe médicale comprend au moins un neurologue, un gériatre ou un médecin de MPR. Il s’agit d’une consultation pluriprofessionnelle qui peut inclure, selon les besoins : diététicien, ergothérapeute, IDE, IPA, kinésithérapeute, neuropsychologue, orthophoniste, pharmacien, psychologue, psychomotricien, travailleur social, etc.

Les objectifs de la consultation sont multiples et comprennent :

- l’évaluation des facteurs de risque neuro-cardiovasculaire et de la maladie vasculaire dans sa globalité ; la finalisation du bilan étiologique et l’adaptation des thérapeutiques ;
- la proposition et l’inclusion, si le patient le souhaite, à un programme d’ETP ;
- la sensibilisation à l’automédication, à la vaccination (vaccination antigrippale annuelle recommandée), à l’adhésion thérapeutique, évaluation de la tolérance et du bon usage des médicaments ;
- l’évaluation du retentissement des déficiences post-AVC, dont les handicaps visible et invisible, des capacités d’insertion socio-professionnelle, de la qualité de vie des aidants, et l’orientation vers les professionnels de santé et/ou médico-sociaux adaptés à la situation.

La consultation post-AVC constitue une étape clé dans le parcours du patient ayant eu un AVC, puisqu’elle permet de synthétiser les phases antérieures de la prise en charge, de répondre aux questions du patient et de son entourage, d’établir la stratégie durable de prévention secondaire après un

bilan étiologique parfois long, de détecter et d'évaluer les troubles physiques, psychologiques, cognitifs, génito-sexuels et sphinctériens, et fonctionnels, des douleurs post-AVC et une fatigue chronique qui se sont révélés après la sortie, et d'orienter ces patients vers les professionnels compétents.

La synthèse de cette consultation est transmise au médecin traitant et aux professionnels de santé prenant en charge le patient, y compris le médecin du travail sur demande du patient.

Des associations de patients et des patients partenaires, pour soutien et entraide, peuvent être conseillés.

Évaluation des déficiences, limitations d'activité et restrictions de participation

14. Tous les patients ayant eu un AVC doivent bénéficier d'une recherche et d'une évaluation attentive et exhaustive de toutes les déficiences, limitations d'activité et restrictions de participation, quel que soit leur lieu de prise en charge et à tout moment du parcours, dans le but de mettre en place un programme de rééducation, de réadaptation et de réinsertion socio-professionnelle le plus adapté possible.

Il est indispensable d'évaluer, de façon systématique, en accord avec le patient, les déficiences, en particulier des troubles cognitifs, des troubles anxieux et dépressifs, des troubles sensitivo-moteurs, des troubles vésico-sphinctériens et génito-sexuels, des troubles de la déglutition, de la douleur et de l'état nutritionnel. Les troubles cognitifs passés inaperçus à la phase initiale sont responsables d'un handicap invisible qui peut se manifester plus tardivement, en particulier au moment de la réinsertion.

Il est nécessaire également de rechercher les limitations d'activité et les restrictions de participation.

Cette évaluation est à réaliser dès la prise en charge en service de soins aigus, et à renouveler à toute étape du parcours.

Ce bilan des déficiences, limitations d'activité et restrictions de participation à la phase initiale permet de préciser le pronostic de récupération fonctionnelle, aide à mieux définir les objectifs de prise en charge et à élaborer le projet de vie en fonction des facteurs contextuels et personnels.

Rééducation/réadaptation précoce en phases aiguë et subaiguë

15. Une rééducation la plus intensive et la plus complète possible est à proposer dès la phase initiale. Pour être efficace, la rééducation/réadaptation est initiée précocement et pratiquée de manière intensive avec des séances d'au moins 45 minutes par jour et par type de rééducation, 5 à 7 jours par semaine.

La période des 3 premiers mois après l'AVC est celle où les récupérations structurelles et fonctionnelles sont les plus rapides et importantes, et où la rééducation/réadaptation est la plus efficace sur la plasticité cérébrale. Durant cette période, les patients bénéficient, le plus précocement possible, d'une prise en charge rééducative la plus intensive et la plus complète possible. Cette rééducation/réadaptation peut se faire en ambulatoire pour les rééductions/réadaptations simples (un seul rééducateur) ou en SMR neurologique, gériatrique ou polyvalent pour un accompagnement coordonné collaboratif (en hospitalisation complète, à temps partiel, en hôpital de jour ou en hospitalisation à domicile de

réadaptation). En ce qui concerne les troubles du langage, l'entourage en est informé et est associé le plus tôt possible pour l'aider à adapter sa communication avec le patient.

Dès cette phase, les patients et leur entourage peuvent se voir proposer un programme d'ETP. Ce programme permet d'acquérir de nouvelles compétences pour apprendre à vivre avec les séquelles d'AVC et devenir acteur de sa santé.

Réinsertion socio-professionnelle et maintien à domicile

16. L'expertise des problématiques de conduite automobile et d'activité professionnelle, pour les personnes concernées, nécessite un accompagnement particulier et doit être abordée de façon systématique et précoce.

Reprise du travail : la reprise du travail est abordée de façon très précoce pour tous les patients concernés. Une démarche précoce d'insertion socio-professionnelle est engagée pendant l'hospitalisation (orientation vers le médecin du travail, l'association Comète France en service de SMR). Plus à distance, la démarche peut être poursuivie avec l'unité expérimentale d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle (UEROS) en lien précoce et étroit avec le service de santé au travail. Les troubles passés inaperçus (troubles cognitifs, fatigue physique et mentale, etc.) peuvent être révélés lors d'une reprise de l'activité professionnelle non accompagnée.

Conduite automobile : elle est abordée de façon systématique dès l'hospitalisation en service de soins aigus et également en SMR. La survenue d'un AVC nécessite l'avis d'un médecin agréé. Les patients et leurs proches reçoivent les informations réglementaires et sont accompagnés dans les démarches. Une évaluation spécialisée est demandée auprès d'une équipe pluriprofessionnelle (médecin spécialisé, neurologue ou MPR, ergothérapeute) pour aider la décision du médecin agréé (réalisée dans certaines UNV et le plus souvent dans des services de SMR neurologique).

17. Une attention particulière est à porter à l'aidant pour minimiser ses difficultés.

Une attention particulière est à porter aux aidants, à la recherche de signes d'épuisement, nécessitant une augmentation du support social et des liens avec des associations de patients ou des patients partenaires de soin. Une formation peut être proposée aux aidants. L'aidant informel pallie les difficultés du patient et s'adapte à ses éventuels changements thymiques et comportementaux. Une information de qualité et un accompagnement attentif sont à proposer aux patients, aux aidants et à l'entourage. L'aidant est à inclure très tôt dans la prise en charge ; une ETP est à lui proposer pour qu'il comprenne ce qu'est l'AVC et qu'il sache s'y adapter. L'aidant qui travaille doit être orienté vers son médecin du travail qui pourra l'accompagner dans l'aménagement de son travail. En complément des informations données sur la maladie, il est important d'aider les aidants à identifier des solutions de répit possible (accueil temporaire, relais à domicile, séjours vacances répit, activités en lien avec la création artistique, groupe de parole, groupe de bien-être, etc.).

Suivi des séquelles au long cours et phase chronique

18. Dans tous les cas, pour minimiser la dépendance et l'apparition de complications neuro-orthopédiques, la rééducation, la réadaptation, l'auto-rééducation et les auto-exercices sont poursuivis au long cours. Les patients sont incités à pratiquer une activité physique et à adopter un mode de vie actif et moins sédentaire, favorisant la participation sociale.

Les rééducateurs évaluent et traitent les séquelles ; ils vérifient et adaptent régulièrement le suivi des programmes d'auto-rééducation.

Après un AVC, toute activité physique est à promouvoir, qu'elle soit du quotidien (se rendre à pied chez un commerçant, etc.), de loisirs sportifs ou non (randonnée, jardinage, etc.). Dans le même temps, il est nécessaire d'agir sur la sédentarité en diminuant la durée des positions assise ou allongée durant la journée. Les professionnels concernés aident le patient et son entourage (avec l'accord du patient) à déterminer l'activité physique adaptée vectrice de santé. L'APA a des effets bénéfiques sur la santé, réduit le handicap et améliore la qualité de vie. Une consultation médicale d'activité physique avec une prescription médicale d'activité physique est toujours recommandée chez un patient ayant eu un AVC, compte tenu des bénéfices pour la santé, même à distance de l'AVC.

Le suivi de l'assiduité est assuré par les professionnels de l'activité physique.

19. Les troubles anxieux et de l'humeur, dont la dépression post-AVC, sont à dépister et traiter. La poursuite de l'ETP peut être nécessaire pour une meilleure compréhension et gestion des traitements, des séquelles, et retrouver du plaisir dans sa vie.

Toutes les personnes qui ont eu un AVC sont à considérer comme des personnes à risque de dépression, laquelle peut survenir à n'importe quelle étape du rétablissement. Les personnes qui ont eu un AVC et l'entourage sont à informer sur l'impact possible de l'AVC sur l'humeur. Les personnes atteintes de dépression après un AVC souffrent davantage de troubles du sommeil, de symptômes végétatifs et de retrait social. Lors des séances d'ETP, la co-animation avec des patients partenaires contribue au mieux-être, aux meilleures connaissance et acceptation de soi.

20. En cas de besoin, les patients ont accès à une consultation MPR pour évaluer les séquelles (déficiences, limitations d'activité et restriction de participation sociale) et pour mettre en place un programme de prise en charge (ex. : séjour de rééducation intensive) si nécessaire.

Les troubles neuro-orthopédiques, et la spasticité en particulier, peuvent nécessiter des prises en charge tardives et prolongées (programmes de rééducation/réadaptation spécifiques, toxine botulique, appareillage, chirurgie, etc.). Les troubles cognitifs peuvent également être découverts tardivement, évoluer et nécessiter des réévaluations.

En fonction des objectifs fixés, la prise en charge peut nécessiter une intensification de la rééducation/réadaptation et un nouveau séjour en SMR mention « système nerveux » (en hospitalisation complète ou de jour) ou en hospitalisation à domicile de réadaptation peut être proposé à tout moment. Dans les cas les plus simples, une prise en charge en ambulatoire peut être suffisante.

Tout au long du parcours, il est possible de solliciter une équipe mobile d'expertise en réadaptation (EMER), pour une évaluation interdisciplinaire des besoins non pris en compte à domicile, aider à fixer des objectifs et coordonner un programme de rééducation et de réadaptation à domicile.

Un soutien associatif peut être utile pour les patients et leurs aidants. Les professionnels peuvent aider à orienter vers un parcours associatif de proximité.

Toutes nos publications sont téléchargeables sur www.has-sante.fr



Développer la qualité dans le champ
sanitaire, social et médico-social