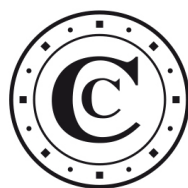


Cour des comptes



RÉPONSES DES ADMINISTRATIONS,
ORGANISMES ET PERSONNES CONCERNÉS

PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX

Rapport public thématique

Évaluation de politique publique

Octobre 2025

RÉPONSES DES ADMINISTRATIONS, ORGANISMES ET PERSONNES CONCERNÉS

**Réponse reçue
à la date de la publication (28/10/2025)**

Réponse du directeur général de la Caisse nationale d'Assurance maladie (Cnam)	4
---	---

Destinataire n'ayant pas répondu

Madame la ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE (CNAM)

J'ai pris connaissance avec attention du rapport public thématique « Prévention et prise en charge des accidents vasculaires cérébraux » que vous m'avez fait parvenir, et vous fais ci-dessous mes retours à ce sujet.

De nombreux développements de votre rapport ont tenu compte des compléments apportés dans le cadre du contradictoire et je tiens dès à présent à vous remercier des évolutions apportées. L'Assurance Maladie met l'accent sur tous les leviers de prévention actionnables par les soins primaires avant la survenue d'un AVC (dépistage précoce de l'hypertension artérielle (HTA), du diabète, etc.). Vous mentionnez d'ailleurs plusieurs des propositions formulées dans le rapport « Charges et Produits pour 2026 » de l'Assurance Maladie portant sur la prévention des maladies cardiovasculaires, notamment en ce qui concerne le dépistage systématique de l'HTA, le déploiement d'une campagne de sensibilisation grand public sur l'HTA, l'intégration dans Mon Espace Santé d'un tableau de bord propre à chaque assuré, la place du Nutri-Score, ainsi que l'enjeu de faire des entreprises des lieux de prévention. Ces propositions s'inscrivent dans la continuité de notre rapport précédent, « Charges et Produits pour 2025 », au sein duquel nous proposons notamment le déploiement d'un parcours « polypathologies chroniques » portant sur les maladies cardiovasculaires et associées (insuffisance cardiaque, diabète, maladie rénale chronique, maladie coronarienne et bronchopneumopathie chronique obstructive). Ces propositions sont le reflet de l'importance accordée par l'Assurance Maladie à ces sujets de prévention des maladies cardiovasculaires. D'autres propositions de l'Assurance maladie dans le cadre de son rapport pour 2026 pourront contribuer à la prévention des maladies cardiovasculaires et associées, comme le renforcement et l'élargissement progressif des taxes comportementales afin de rendre les produits les plus nocifs pour la santé moins attractifs pour les consommateurs, et la redéfinition des taux de TVA sur plusieurs catégories de produits pour inciter à une consommation alimentaire plus équilibrée.

1. S'agissant des dix recommandations émises dans ce rapport d'évaluation de politique, quatre concernent l'activité de l'Assurance Maladie, dont je partage pour la plupart l'orientation. Je souhaite toutefois, pour certaines, apporter des précisions et des retours en lien avec les actions mises en place par l'Assurance Maladie.

La première recommandation du rapport propose d'« Élaborer un plan d'action visant à améliorer le dépistage et la prise en charge de l'hypertension artérielle ». Au-delà des recommandations du rapport

« Charges et Produits » au sujet de l'HTA mentionnées ci-dessus et dans votre rapport, je tiens à préciser que l'HTA a fait l'objet d'un plan d'action visant à améliorer le dépistage et la prise en charge début 2025, et nous avons communiqué à ce sujet au moment de la journée mondiale dédiée, afin de rappeler les bonnes pratiques de dépistage, de prise en charge et de traitement. Une communication plus globale sur le risque cardiovasculaire verra le jour en 2026 autour de l'importance de « connaître ses chiffres » par rapport à la norme (glycémie, tension, cholestérol, IMC, etc.), pour inciter à agir sur sa santé cardiovasculaire en conséquence, en se rapprochant d'un professionnel de santé, en lien avec notre proposition dans le rapport « Charges et Produits ». Ainsi, l'Assurance Maladie est déjà mobilisée sur ces sujets, et va continuer à l'être. Je me permets de souligner l'importance de l'enjeu de coordination des campagnes de communication afin d'assurer la clarté des messages, en lien également avec la recommandation n° 2 de votre rapport qui vise à : « Définir une stratégie nationale de communication sur la connaissance de l'AVC par la population et sur l'importance d'appeler le 15 en urgence ».

S'agissant de la recommandation n° 6, qui propose de « Déployer le programme d'amélioration du retour à domicile en sortie d'hospitalisation (Prado) pour les victimes d'AVC dans tous les établissements de santé disposant d'une unité neuro-vasculaire », et comme indiqué dans ma précédente réponse, je me permets de préciser que la nouvelle stratégie de ce programme vise, à terme, le relais par le droit commun de l'organisation des sorties hospitalières et du suivi post-hospitalisation. Dans l'attente de la structuration des organisations ville-hôpital, le dispositif Prado est maintenu et réorienté en priorité vers les patients atteints d'AVC, d'insuffisance cardiaque et de BPCO, ainsi que les patients sans médecin traitant et « fragiles » sur le plan socio-économique. La Cnam promeut également l'usage du module ViaTrajectoire Prado par les établissements de santé. Je tiens à mentionner que cette évolution est concomitante au déploiement de la stratégie Accompagnement aux droits, aux soins et à la santé (ADASS) de l'Assurance Maladie mise en œuvre par les missions accompagnement santé dont le rôle est de favoriser l'accès aux droits et aux soins des publics vulnérables. Ainsi, le dispositif Prado permet de sécuriser l'entrée dans le parcours post aigu de l'AVC et nécessite ensuite un suivi coordonné en ville. Les futures négociations sur l'ACI CPTS pourraient être l'occasion d'inscrire plus clairement cette mission de l'organisation des sorties hospitalières dans les missions des CPTS.

La recommandation n° 7 propose d'assurer aux victimes d'AVC l'accès à un médecin traitant par la mobilisation de la caisse primaire d'assurance maladie et de la communauté professionnelle territoriale de

santé compétentes. En ce qui la concerne, la Cnam est en accord avec cette recommandation et tient à rappeler l'enjeu global d'accès à un médecin traitant, aussi bien pour les victimes d'AVC que pour des personnes atteintes d'autres pathologies chroniques, et de manière plus générale. L'Assurance Maladie travaille déjà en ce sens dans le cadre de son plan d'action afin d'aider les patients en ALD qui n'ont pas déclaré de médecin traitant à en retrouver un. Un an après le lancement de ce plan, qui a fortement mobilisé les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), la courbe du taux de patients sans médecin traitant s'est inversée : entre décembre 2022 et décembre 2024, la part des patients en ALD sans médecin traitant a baissé de 0,6 point dans la population générale et de 0,8 point chez les patients en ALD.

2. Le rapport appelle également des remarques complémentaires de ma part sur certains de ses développements.

En ce qui concerne le sujet de la prévention du risque cardiovasculaire à destination du grand public, la Cour des comptes indique que « les pouvoirs publics pourraient s'appuyer sur la diffusion, de plus en plus large, des appareils connectés, et sur l'application Mon espace santé. En effet, Mon Espace Santé permet à chacun de participer activement à son parcours de soins et améliorer sa prise en charge en favorisant l'information de ses professionnels de santé. Je tiens à souligner l'impact de l'envoi de notifications personnalisées selon le profil santé du patient ainsi que des conseils en prévention qui seront permis grâce aux applications et objets connectés qui engageraient le processus de référencement dans le catalogue de services Mon espace santé.

Au sujet du cadre et de l'accompagnement des professionnels de santé sur le sujet des maladies cardiovasculaires et associées, la Cour mentionne la nouvelle convention médicale et indique à ce sujet que « les médecins généralistes restent peu incités, par ce nouveau dispositif d'intéressement, à consacrer plus de temps et d'attention, dans leur pratique, à la prévention primaire des maladies cardio-neurovasculaires ». Je souhaite formuler plusieurs observations à ce sujet. D'une part, le forfait médecin traitant n'est pas le seul vecteur d'incitation financière des médecins généralistes, les facteurs de risque comportementaux ayant notamment vocation à être abordés dans le cadre de Mon Bilan Prévention, qui constitue un outil central de la démarche de repérage des patients à risque et de prévention. D'autre part, les incitations financières ne sont pas les seuls leviers afin d'inciter les professionnels de santé à consacrer du temps et de l'attention à la prévention des maladies cardiovasculaires. Différentes actions de formation, de communication et d'outillage doivent agir en synergie pour contribuer à la

mobilisation des professionnels de santé. Par ailleurs, au-delà du rôle des médecins, la prévention primaire dépend d'un ensemble de déterminants de santé (comportements individuels et collectifs, environnement direct, contexte sociétal et socio-économique, etc.), et ainsi d'acteurs (patients, professionnels de santé, acteurs institutionnels, etc.)

Enfin, différentes mentions à l'accessibilité des soins et la mobilisation des professionnels de santé sont faites par la Cour, sur lesquelles je souhaite revenir.

La Cour mentionne la mobilisation des infirmiers libéraux concernant les soins délivrés aux victimes d'AVC, qu'elle considère comme « de loin les plus impliqués », en précisant leur niveau d'honoraires (464,5 M€ en 2022). Sans aucunement remettre en cause le fort engagement de cette profession, et si les honoraires des infirmiers représentent effectivement la plus grande part des honoraires totaux perçus par l'ensemble des professionnels paramédicaux au titre des soins prodigués aux personnes victimes d'AVC, il convient de rappeler que l'ensemble de ces dépenses n'est sans doute pas attribuable aux seuls AVC, compte tenu de la forte proportion de patients victimes d'AVC qui présentent par ailleurs des comorbidités. Également, la somme des honoraires ne saurait à elle seule représenter le niveau d'implication de telle ou telle profession dans la prise en charge d'une pathologie donnée. Enfin, le rôle des infirmiers libéraux dépasse la seule exécution d'actes. Ils assurent (côté MCI) une fonction de coordination informelle avec les autres intervenants (médecins, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, aides à domicile).

La Cour mentionne également les enjeux d'accessibilité en ce qui concerne les orthophonistes, et le dispositif d'orientation et d'adressage mutualisé mis en place par la profession. La Cnam a pleinement conscience des enjeux de croissance des effectifs, de répartition territoriale et de délais d'attente pour obtenir une consultation. Ainsi, à la suite de la signature de l'avenant 21 avec cette profession le 23 juillet 2025, les mesures tarifaires visant à valoriser l'implication des orthophonistes régulateurs et effecteurs intervenant dans le cadre du dispositif PPSO (Plateforme Prévention et Soins en Orthophonie) entreront en vigueur le 23 février 2026.

En ce qui concerne les orthoptistes, et comme précisé dans ma précédente réponse, plusieurs avenants à la convention nationale ont permis ces dernières années d'élargir leurs champs d'intervention, notamment en matière de prévention, de dépistage sans prescription médicale (amblyopie, troubles de la réfraction), de primo-prescription de lunettes ou encore de télé soin. Ces évolutions renforcent leur rôle dans le parcours de soins visuels, en particulier pour les publics fragiles (enfants, personnes âgées, patients post-AVC).

S'agissant de la coordination des soins au bénéfice d'une meilleure prise en charge des patients, la Cour des comptes mentionne le dispositif d'équipes de soins coordonnées avec le patient (ESCAP) et donne des informations de la part de partenaires conventionnels de la Cnam concernant les objectifs portant sur le nombre de patients inclus dans le dispositif, et l'estimation des dépenses du dispositif. La source de ces données chiffrées n'est pas connue de la Cnam.

Voilà les principaux éléments de réaction que je souhaitais porter à votre connaissance.
