



Réduire la charge de l'accident vasculaire cérébral : renforcer la prévention, les soins aigus, la réadaptation et la préparation opérationnelle des systèmes de santé

La Soixante-Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général ;¹

Rappelant l'engagement pris par les chefs et cheffes d'État et de gouvernement de réduire d'un tiers le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles d'ici à 2030 et la nécessité de progresser plus rapidement en vue d'atteindre cette finalité, selon qu'il convient, comme le prévoit la cible 3.4 des objectifs de développement durable, ainsi que la prolongation jusqu'en 2030 du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020,² le Plan d'action mondial intersectoriel sur l'épilepsie et les autres troubles neurologiques 2022-2031,³ et la Stratégie mondiale pour la santé numérique 2020-2025 ;⁴

Ayant examiné les rapports du Directeur général sur les maladies non transmissibles, la résilience des systèmes de santé et la couverture sanitaire universelle ;⁵

Considérant que les maladies cardiovasculaires, qui peuvent provoquer un accident vasculaire cérébral (AVC), sont la cause première de mortalité due à des maladies non transmissibles et qu'elles sont à l'origine d'environ 19 millions de décès par an,⁶ et que l'AVC

¹ Document A79/5.

² [Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020](#). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (consulté le 2 février 2026).

³ [Plan d'action mondial intersectoriel sur l'épilepsie et les autres troubles neurologiques 2022-2031](#). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2022 (consulté le 2 février 2026).

⁴ [Stratégie mondiale pour la santé numérique 2020-2025](#). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021 (consulté le 2 février 2026).

⁵ Voir les documents EB158/6, EB158/26 et EB158/11.

⁶ [Global Burden of Disease 2023](#). Seattle, WA: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2025. (consulté le 25 septembre 2025).

constitue la deuxième cause de décès dans le monde et la troisième grande cause de handicap,⁷ et que les maladies cardiovasculaires sont l'un des principaux facteurs de handicap dans le monde ;

Notant avec une vive inquiétude que la charge de l'AVC a rapidement augmenté dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, où se concentrent environ 87 % des décès dus à un AVC, et que le nombre de nouveaux cas d'AVC et de décès dus à un AVC y a augmenté de 70 % et de 44 %, respectivement, entre 1990 et 2021 ;⁸

Notant avec une profonde préoccupation que l'AVC reste l'une des principales causes de décès et une cause majeure de handicap, la répartition des causes et des facteurs de risque évoluant tout au long de la vie, y compris pour les femmes pendant la grossesse et le post-partum, ainsi qu'en cas de prise d'une contraception orale ou de migraines, et notant par ailleurs que les femmes ont une récupération fonctionnelle plus faible et un taux de mortalité plus élevé que celui des hommes en raison de facteurs tels que l'âge, la sévérité de l'AVC, le niveau de dépendance et la dépression, tandis que l'AVC fait peser une plus lourde charge sur les hommes à un stade plus précoce, ce qui se traduit par une mortalité prématurée et des handicaps à long terme, d'où l'importance d'adopter une approche qui permette de recenser les inégalités de genre et d'y remédier aux différents stades de la vie, entre autres facteurs, notamment dans le cadre de la prévention et du traitement de l'AVC ainsi que des travaux de recherche en la matière ;

Constatant que la charge élevée dans les pays en développement est aggravée par le manque de soins disponibles en cas d'AVC, l'accès limité à des médicaments essentiels d'un prix abordable, des services de réadaptation inadéquats et une forte prévalence de facteurs de risque et de pathologies non maîtrisés tels que, sans toutefois s'y limiter, l'hypertension, le diabète, l'obésité, la dyslipidémie, l'inactivité physique, la consommation de tabac, l'usage nocif de l'alcool, l'usage de drogues illicites et la pollution atmosphérique, ainsi que la fibrillation auriculaire non diagnostiquée ou mal traitée et d'autres maladies cardiovasculaires ;

Constatant que l'AVC entraîne des coûts sociaux et économiques importants, notamment des dépenses de santé directes et des coûts indirects dus à une perte de productivité et aux besoins de soins au long cours, qui engendrent souvent une dépendance vis-à-vis des prestations informelles de soins, ce qui compromet le développement et la sécurité financière des ménages en augmentant les dépenses de santé à la charge des patientes et patients et la dépendance à long terme ;⁹

Préoccupée par le fait que les systèmes de santé de plusieurs États Membres, en particulier ceux en développement ou situés dans des régions où les ressources sont limitées, manquent de services intégrés et coordonnés de prise en charge de l'AVC assurant la prévention primaire, comportant des mécanismes d'urgence disponibles en cas d'AVC, permettant l'accès rapide à l'imagerie, aux traitements de reperfusion et aux médicaments essentiels et proposant des soins de réadaptation, un soutien communautaire et les soins de suite à long terme ;

⁷ Feigin VL, Brainin M, Norrving B, Martins SO, Pandian J, Lindsay P, *et al.* World Stroke Organization: Global Stroke Fact Sheet 2025. *International Journal of Stroke*. 2025;20(2):132–144. doi:10.1177/17474930241308142.

⁸ GBD 2021 Stroke Risk Factor Collaborators. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Neurology*. 2024;23:973–1003. doi:10.1016/S1474-4422(24)00369-7.

⁹ [Principaux repères de l'OMS sur l'AVC](#). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2025 (consulté le 2 février 2026).

Prenant note des éléments attestant, dans certains pays, de lacunes critiques sur toute la gamme de soins liés à l'AVC, telles que les faibles taux de dépistage et de traitement de l'hypertension et d'autres facteurs de risque ; la faible sensibilisation du public aux signes d'AVC et le manque de soins d'urgence préhospitaliers ; l'accès restreint aux services essentiels de neuro-imagerie ; la disponibilité limitée d'unités de prise en charge de l'AVC et de services de thrombolyse, de thrombectomie et de neurochirurgie ; la prévention secondaire sous-optimale ; les capacités insuffisantes en matière de réadaptation et de soutien à long terme ; le manque de registres nationaux et de données sur l'AVC et la nécessité de renforcer ces aspects pour orienter les politiques ; la pénurie d'agentes et agents de santé formés au sein des parcours de soins primaires, de soins d'urgence, de soins aigus et de soins de réadaptation ; et les disparités géographiques significatives en matière d'accès ;

Prenant acte de la nécessité d'un leadership mondial résolu et d'une action coordonnée passant par le renforcement des capacités techniques de l'OMS en matière de maladies non transmissibles et la création d'unités nationales multisectorielles dédiées à l'AVC au sein des États Membres¹⁰ afin de remédier aux lacunes et aux inégalités existantes dans le parcours de soins consacré à l'AVC, ce qui contribuerait à réduire le taux de mortalité prématurée et de handicap et à renforcer la résilience des systèmes de santé conformément à la cible 3.4 des objectifs de développement durable ;

Soulignant que la prise en charge efficace de l'AVC nécessite des mesures tout au long de la vie et à tous les niveaux du système de santé, notamment un renforcement de la prévention primaire, et qu'il existe de nombreuses interventions fondées sur des données probantes et d'un bon rapport coût/efficacité pour réduire l'incidence de l'AVC et améliorer les résultats, y compris la maîtrise de l'hypertension ; la prise en charge du diabète et de la dyslipidémie ; le dépistage de la fibrillation auriculaire ; la réduction de la consommation de sel ; la promotion d'une alimentation saine et de l'activité physique ; le sevrage tabagique efficace ; l'adoption de stratégies, d'interventions et de politiques relatives à l'alcool conformes au Plan d'action mondial sur l'alcool 2022-2030¹¹ pour mettre en œuvre de manière efficace la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool en tant que priorité de santé publique ; les mesures de riposte face à l'usage de drogues illicites ; la réduction de la pollution atmosphérique ; les services d'urgence médicale rapides et coordonnés ; l'accès à des soins spécialisés dans les unités de prise en charge de l'AVC et à des traitements de reperfusion tels que la thrombolyse et la thrombectomie mécanique ; la disponibilité d'anticoagulants en cas de fibrillation auriculaire ; et l'accès à la réadaptation à long terme, à la réintégration au sein de la communauté et au soutien social, tout en notant avec préoccupation que l'adoption, l'expansion et la mise en œuvre équitable de ces interventions demeurent insuffisantes dans de nombreux pays ;

Soulignant qu'il est indispensable de continuer d'intégrer la prévention, la maîtrise et la prise en charge de l'AVC dans les stratégies nationales de lutte contre les maladies cardiovasculaires et les troubles neurologiques, ainsi que dans les plans relatifs à la couverture sanitaire universelle, afin de favoriser un accès équitable à l'intégralité des soins, en particulier pour les personnes en situation de vulnérabilité, et de réduire les inégalités en matière de santé ;

¹⁰ Voir le document WHA75/2022/REC/1, annexe 8 : Feuille de route 2023-2030 pour la mise en œuvre du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2030.

¹¹ [Plan d'action mondial sur l'alcool 2022-2030](#). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2024 (consulté le 2 février 2026).

Saluant le rôle essentiel que jouent le renforcement des systèmes de santé, la santé numérique, les produits de diagnostic, y compris l'imagerie, la formation du personnel et l'intégration des services de réadaptation dans le recul mesurable des taux de mortalité et de handicap liés à l'AVC ;

Notant que l'OMS n'a pas élaboré de résolution ciblée traitant de manière exhaustive de l'AVC, qui tienne compte de la prévention, des soins aigus, de la réadaptation et de la préparation opérationnelle des systèmes, et qui prenne acte des contraintes de temps particulières appelant des soins d'urgence coordonnés, et sachant que le moment est opportun pour favoriser une action coordonnée au niveau national et mondial ;

Affirmant l'importance des registres nationaux normalisés sur l'AVC et des systèmes de surveillance pour suivre avec précision l'incidence, la prévalence, les taux de mortalité et de handicap, la qualité des soins et les données rapportées par les patientes et patients, ce qui est essentiel à l'élaboration de politiques fondées sur des données probantes et à l'allocation des ressources,

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres,¹² selon leur situation et leurs capacités nationales, et le cas échéant :

- 1) à considérer l'AVC comme l'un des principaux problèmes de santé publique dans les stratégies nationales de lutte contre les maladies cardiovasculaires et les troubles neurologiques, ainsi que dans la planification de la couverture sanitaire universelle, en fixant des objectifs spécifiques concernant la prévention, les soins aigus et la réadaptation ;
- 2) à mettre en œuvre et à renforcer des mesures de prévention au niveau de la population ainsi que des mesures visant à réduire les inégalités en santé dont il est prouvé qu'elles font diminuer le risque d'AVC, y compris, mais sans s'y limiter, la mise en œuvre de programmes de détection et de maîtrise à grande échelle de l'hypertension, du diabète, de l'obésité et de la dyslipidémie ; l'adoption d'une législation, d'une réglementation, de politiques et de mesures, selon le cas, visant à réduire les niveaux excessifs de graisses saturées, de sucres libres et de sodium dans les produits alimentaires ; l'aide à un sevrage tabagique efficace ; l'adoption de stratégies, d'interventions et de politiques de lutte contre l'alcool conformément au Plan d'action mondial sur l'alcool 2022-2030 pour mettre en œuvre de manière efficace la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool en tant que priorité de santé publique ; la promotion d'une alimentation saine et de l'activité physique, ainsi que la mise en œuvre de programmes pour l'acquisition de connaissances en matière de santé et de programmes éducatifs en milieu scolaire afin de favoriser des habitudes saines chez les enfants et les adolescents ; et des mesures visant à réduire la pollution de l'air intérieur et ambiant, en fonction du contexte national ;
- 3) à favoriser la préparation des soins primaires en élaborant et en mettant en œuvre des protocoles nationaux de prise en charge de l'AVC à des fins de prévention grâce à un dépistage systématique et à grande échelle des facteurs de risque, notamment l'hypertension, l'hyperglycémie/le diabète, la dyslipidémie et la fibrillation auriculaire ; en favorisant l'approvisionnement continu en médicaments essentiels permettant de maîtriser la tension artérielle, la glycémie et la lipidémie, ainsi qu'en antiagrégants plaquettaires et en anticoagulants, le cas échéant, et l'accès abordable à ceux-ci ; en intégrant des conseils visant à

¹² Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

modifier les modes de vie à risque lors des consultations de routine en soins primaires, à l'aide de méthodes efficaces et fondées sur des données probantes ; et en fixant des cibles mondiales concernant le niveau de couverture pour la maîtrise de l'hypertension artérielle ;

4) à renforcer les systèmes de soins d'urgence afin que les patients et patientes chez qui on soupçonne un AVC aigu bénéficient d'un triage opportun, d'un transport rapide et d'un accès à des examens d'imagerie et à des traitements de reperfusion, selon l'évolution clinique :

a) en définissant et en déterminant les niveaux de préparation à la prise en charge de l'AVC des établissements de soins d'urgence à l'aide de normes minimales de capacités en ce qui concerne l'imagerie, l'accès aux laboratoires, la formation du personnel et les capacités de thrombolyse ;

b) en mettant en place des protocoles de reconnaissance et de triage préhospitaliers de l'AVC, des campagnes de sensibilisation du grand public pour une prise en charge précoce et une rationalisation des mécanismes d'orientation entre les soins primaires, les services d'urgence et les unités spécialisées ;

c) en sensibilisant les personnels de santé des systèmes de soins d'urgence aux différences entre les femmes et les hommes en ce qui concerne les symptômes de l'AVC afin de garantir des soins équitables pour toutes et tous ;

5) à élargir l'accès à l'imagerie diagnostique en temps opportun, y compris la tomodensitométrie et l'imagerie par résonance magnétique ou d'autres solutions validées, le cas échéant, et les examens de laboratoire essentiels nécessaires à la prise en charge de l'AVC aigu ;

6) à renforcer les interventions d'urgence fondées sur des données probantes, notamment la thrombolyse intraveineuse, s'il y a lieu, et les systèmes permettant la thrombectomie endovasculaire dans les centres de référence, ainsi que la mise en œuvre de protocoles de soins standardisés en cas d'hémorragie intracérébrale aiguë, y compris la maîtrise rapide de la tension artérielle et la correction de la coagulopathie, et des procédures de prise en charge spécialisées des hémorragies sous-arachnoïdiennes, en garantissant l'accès aux soins neurochirurgicaux dans les centres de référence grâce à des protocoles de transfert rapide et de coopération entre établissements ;

7) à investir dans des unités pluridisciplinaires spécialisées dans l'AVC et la réadaptation, en veillant à ce que les unités hospitalières disposent d'équipes pluridisciplinaires comprenant notamment des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, des orthophonistes et du personnel infirmier et médical, et en mettant en place le modèle de l'ESD (pour « Early Supported Discharge ») qui accompagne et conditionne le retour à domicile, des soins palliatifs et des soins de fin de vie, le cas échéant, ainsi que des services communautaires de réadaptation et de soutien social pour les personnes ayant survécu à un AVC afin d'optimiser leur récupération fonctionnelle et leur réintégration ;

8) à faciliter la mise en place et la tenue à jour de registres nationaux et de systèmes de surveillance afin de recueillir des données normalisées, notamment des informations sur l'incidence de l'AVC et des données sur les indicateurs clés de l'AVC, ventilées selon le sexe, la mortalité, les facteurs de risque, la disponibilité des services, les taux de traitement par reperfusion, le temps nécessaire à l'administration d'un traitement, l'accès à la réadaptation, les résultats fonctionnels, les données rapportées par le patient ou la patiente

et la qualité de vie à long terme, afin d'orienter les politiques, de suivre les progrès et de permettre une amélioration de la qualité ;

9) à renforcer les personnels de santé en intégrant la prévention de l'AVC, les soins aigus et la réadaptation dans les programmes de formation initiale et en cours d'emploi pour les médecins, le personnel infirmier, les professions de santé apparentées et les agents et agentes de santé communautaires ; à appuyer le partage des tâches, le cas échéant, à l'aide de cadres de compétences clairs et d'une gouvernance clinique ; et à mettre en œuvre des stratégies de maintien en poste et d'incitation pour les zones mal desservies ;

10) à promouvoir un accès équitable et abordable en faisant en sorte que les investissements et l'expansion des services ciblent les populations rurales, mal desservies et à faibles revenus, en mettant en place des mécanismes de protection financière afin de réduire les dépenses à la charge des patients et patientes liées à la prise en charge et à la réadaptation après un AVC ;

11) à adopter et mettre en œuvre des protocoles cliniques et des mécanismes d'assurance de la qualité, y compris des recommandations cliniques nationales pour la prévention et la prise en charge de l'AVC, les systèmes de vérification et d'examen par les pairs, les indicateurs de performance et les processus d'amélioration continue de la qualité tout au long du parcours de soins lié à l'AVC ;

12) à favoriser la collaboration régionale et entre les pays en ce qui concerne la formation commune, les réseaux d'orientation, l'achat groupé de médicaments et de consommables essentiels, par exemple en matière de télémedecine/téléradiologie, et les centres d'excellence régionaux qui peuvent assurer des fonctions de mentorat et fournir des renforts mobilisables en cas d'urgence ;

13) à étudier et à mobiliser, selon le cas, un financement durable pour lutter contre l'AVC, grâce à des ressources nationales et internationales, des mécanismes de financement commun innovants, l'alignement avec les programmes des donateurs concernés, et l'intégration des services de prise en charge de l'AVC dans l'ensemble des prestations de la couverture sanitaire universelle afin de favoriser l'accessibilité et l'évolutivité à long terme ;

14) à associer les communautés et la société civile, y compris les organisations de personnes ayant survécu à un AVC et leurs proches aidants, à la conception et au suivi des politiques et des services, à la sensibilisation du grand public et au respect des mesures de prévention secondaire, ainsi qu'à la lutte contre la stigmatisation associée au handicap ;

15) à intégrer des solutions de santé numérique, y compris, notamment, les registres, la télémedecine, la téléradiologie, l'aide à la décision clinique et la santé mobile pour le suivi et la réadaptation, de manière à garantir l'interopérabilité, la protection des données, l'inclusion et l'alignement avec les stratégies nationales de santé numérique ;

16) à renforcer les capacités des personnels en formant les professionnels et professionnelles de santé sur l'ensemble du continuum de soins, des prestataires de soins primaires aux urgentistes, neurologues et spécialistes de la réadaptation, à la prise en charge de l'AVC fondée sur des données probantes ;

2. PRIE le Directeur général :

- 1) d'élaborer des orientations normatives et des outils techniques à l'intention des États Membres sur la prévention globale de l'AVC, la préparation des soins aigus, la réadaptation et le soutien à long terme, en insistant sur la promotion de l'équité en santé, des droits et de l'égalité des genres ;
- 2) d'intégrer l'AVC dans les stratégies mondiales existantes de lutte contre les maladies cardiovasculaires et les troubles neurologiques qui peuvent être adaptées aux situations nationales ;
- 3) d'aider les États Membres, en particulier ceux en développement, à renforcer leurs capacités à adopter des modèles de prise en charge de l'AVC adaptés aux niveaux de ressources ;
- 4) de faciliter la surveillance mondiale de l'AVC et l'établissement de rapports à leur sujet, en harmonie avec les systèmes existants de l'OMS pour la surveillance des maladies cardiovasculaires, des troubles neurologiques et de la couverture sanitaire universelle ;
- 5) de promouvoir la recherche et la production de données portant sur des interventions adaptées au contexte et présentant un bon rapport coût/efficacité en matière de prévention de l'AVC, de prise en charge d'urgence et de réadaptation dans les pays en développement ;
- 6) de favoriser l'accès équitable aux médicaments essentiels et d'établir des listes de priorités pour la prévention de l'AVC et les soins aigus, notamment en ce qui concerne les médicaments pour le traitement de l'hypertension artérielle et de la dyslipidémie, les antiagrégants plaquettaires, les anticoagulants, les agents thrombolytiques et les capacités d'imagerie de base, en donnant des avis sur les stratégies d'approvisionnement et la résilience de la chaîne d'approvisionnement, et en envisageant des mécanismes d'achats groupés lorsque cela est possible ;
- 7) d'encourager la coopération régionale et les partenariats techniques, y compris, selon que de besoin, la création ou la désignation de centres régionaux d'excellence pour les soins liés à l'AVC capables de dispenser des formations, de veiller à l'assurance de la qualité et de fournir des renforts mobilisables en cas d'urgence ;
- 8) de rendre compte des progrès accomplis dans la mise en œuvre de la présente résolution à l'Assemblée mondiale de la Santé en lui soumettant le rapport établi en application de la décision WHA72(11) (2019) sur le suivi de la déclaration politique de la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, qui couvrira également les résultats de la quatrième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles ainsi que la promotion de la santé mentale et du bien-être, ainsi que des progrès réalisés en matière de prise en charge de l'AVC dans le cadre du programme d'action mondial contre les maladies non transmissibles et du Plan d'action mondial intersectoriel sur l'épilepsie et les autres troubles neurologiques 2022-2031 ;¹³

¹³ Voir la décision WHA75(11) (2022).

3. ENCOURAGE les parties prenantes concernées, notamment les organisations intergouvernementales, les organismes philanthropiques, les établissements d'enseignement, les associations professionnelles, la société civile, les partenaires du secteur privé et les donateurs, à soutenir les États Membres et, conformément au Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques et, le cas échéant, l'OMS dans la mise en œuvre des mesures préconisées dans la présente résolution, selon qu'il convient.

Septième séance plénière, 23 mai 2026
A79/VR/7
