

Diffusion de la TM en France en 2021: Etat des lieux actualisé.

Activité NRI actes par actes

Thrombectomie

Effectifs

Taux de participation des centres = 100%

43 centres	effectif PH/ PUPH					nombre cca ou assist					nombre praticiens d'astreinte			
	janv-18	janv-19	janv-20	janv-21		janv-18	janv-19	janv-20	janv-21		janv-18	janv-19	janv-20	janv-21
Amiens	2	3	3	3		1	1	2	1		3	3	3	3
Angers	1,5	2,5	2	2		0,5	1	0	1		3	2	2	3
Besançon	1	3	4	4		0	1	0	0		3	4	4	4
Bayonne			2	3				2	1			3	3	3
Bordeaux	3	4	4	4		1	2	1	2		6	5	5	5
Brest	1	2	3	1		1	1	1	1		3	3	3	2
Caen	3,5	2,5	2,5	3,5		0	1	1	1		3,5	3,5	3,5	4,5
Clermont Ferrand	2	2	2	2		1	0	0	2		3	3	3	3
Colmar	2	2	2	2		2	1	2	1		2	3	3	2
Dijon	2	3,1	3	4,2		3	3	5	2		4	4	4	6
Foch Suresnes	4	4	4	4		0	0	0	0		5	5	5	4
Fondation Rotschild	5	5	6	6,36		2	2	3	3		7	9	9	10
Fort de France (Mart+Guad)	1	1	1	1		0	1	0	0		1	1	1	1
Grenoble	4	4	3	3		0	0	1	2		4	3	3	3
Henri Mondor APHP	3	3	3	3		0	2	2	2		4	4	4	4
Kremlin Bicêtre APHP	6	6	6	6		1	1	1	1		7	6	6	6
Lariboisiere APHP	3	3	4	5		1	0	0	1		4	4	4	5
Lille	2	3	3	4		3	3	2	2		5	5	5	7
Limoges	3	3	3	3		1	0	0	1		3	3	3	3
Lyon	4	4	3	4,5		1	0	2	2		4	5	5	6,5
Marseille APHM	3	3	3	3,5		0	1	1	1		4	4	4	6
Marseille Claival				5					0					4
Montpellier	6	6	6	7		2	2	1	0		6	7	7	7
Nancy	4	5	5	6		1	0	1	1		5	5	5	6
Nantes	4	5	5	5		2	2	1	1		6	6	6	5
Nice	3	2	2	0		0	0	1	0		2	3	3	0
Nimes				3					0					3
Nouméa	2	2	2	0		0	0	0	0		2	2	2	0
Pau				3					1					4
Perpignan			3	3				0	1				3	4
Pitié Salpé APHP	3	4		2		1	1		0		4	3		2
Poitiers	4	4	4	4		2	3	1	1		7	5	5	5
Reims	4	3	4	5		1	1	2	1		3	6	6	6
Rennes	4	3	3	1		1	1	5	1		3,5	3	3	5
La Réunion	2	3	3,2	4		0	0	1,4	0		3	4	4	4
Rouen	2	1	3	4		0	1	0	0		3	3	3	4
Sainte Anne paris	3,7	3,7	1	1		0,5	0,5	0	1		5	3	3	2
Sainte anne Necker			3,7	4				1	1,2				5	5
Saint Etienne	2	2	1	0,3		0	0	1	0,2		2	5	1	1
Strasbourg	3	3	3	1		2	2	1	1		5	1	4	2
Toulon	2	1,5	0,5/1	3		1	1	1	1		1,5	4	1,5	4
Toulouse	5	5	5	1		1	1	1	2		7	1,5	7	2
Tours	4	5	3	4,5		0	1	2	1		5	5	5	6
Vannes			5	3				0	2			5	5	5
TOTAL	113,7	121,3	124,7	137,4		33	37,5	46,4	43,4		148,5	154	161	177

Enquête sur les effectifs de NRI en France

- Évolution sur les années 2018 à 2021
- Recensement au 1^o janvier de chaque année
- Passage de 37 à 43 centres:
 - 4,85 praticiens par centre pour astreinte en 2015
 - 4,11 praticiens par centre pour astreinte en 2021
- Participation des CCA/assistants à la PDS: faussement rassurant !!

43 centres	effectif PH/ PUPH					nombre cca ou assist					nombre praticiens d'astreinte			
	janv-18	janv-19	janv-20	janv-21		janv-18	janv-19	janv-20	janv-21		janv-18	janv-19	janv-20	janv-21
TOTAL	113,7	121,3	124,7	137,4		33	37,5	46,4	43,4		148,5	154	161	177

Enquête thrombectomie 2021

- Passage de 37 à 43 centres de 2015 à 2021:
 - Ouverture de 6 nouveaux centres

43 centres	activité 2015	activité 2016	% 2016 / 2015	activité 2017	% 2017 / 2016	activité 2018	% 2018 / 2017	activité 2019	% 2019 / 2018	activité 2020	% 2020 / 2019
TOTAL											
thrombectomies	2822	4701	66,58	5630	19,76	6912	22,77	7570	9,52%	7189	-5,03
chiffres PMSI						6352		7315		6890	
écart SFNR / PMSI						8,10%		3,50%		5,50%	

Activité NRI par pathologie 2019 / 2020

- Enquête détaillée initiée sur activité 2019
- Recul insuffisant pour avoir une tendance fiable
- Retentissement du COVID
- Activité anévrisme stable:
 - 5645 en 2019, 5561 en 2020
 - Les non rompus progressent encore: 57%

	Anévrysmes rompus	Anévrysmes non rompus	angioplastie vasospasme	fistules dures	MAV	angioplastie carotidienne	carotide externe et autres	stenting veineux HTIC	embolisation moelle / rachis	hématome sous durs	artériographies diagnostiques	vertébroplasties	TOTAL ACTIVITE
TOTAL 2019	2 518	3 127	656	620	913	709	1 258	130	393	-	16 398	2 056	28 778
TOTAL 2020	2 405	3 156	771	594	733	625	770	182	254	211	15 219	2 067	26 987
évolution 2020/2019 en pourcentage	-4	1	18	-4	-20	-12	-39	40	-35	na	-7	1	-6

IMPACT DU PLAN AVC SUR LA PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX ISCHÉMIQUES CONSTITUÉS : ÉVOLUTION 2011-2016 DES INDICATEURS D'ÉVALUATION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

// IMPACT OF THE STROKE PLAN ON THE MANAGEMENT OF ACUTE ISCHEMIC STROKE IN FRANCE: TRENDS OF ASSESSMENT INDICATORS OF THE FRENCH NATIONAL AUTHORITY FOR HEALTH FROM 2011 TO 2016

Alexis Schnitzler^{1,2} (alexis.schnitzler@aphp.fr), Marie Erbault¹, Agnès Solomiac¹, Damien Sainte-Croix¹, Arnaud Fouchard¹, Laetitia May-Michelangeli¹, Catherine Grenier¹

¹ Haute Autorité de santé, La Plaine Saint-Denis, France

² Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines, Équipe de recherche HandiResp – EA4047, France

Soumis le 24.11.2017 // Date of submission: 11.24.2017

Rapport HAS de 2017 comparé au précédent rapport HSA de 2009

Résumé // Abstract

Introduction – Une large partie du plan national AVC 2010-2014 avait pour but d'améliorer la prise en charge aiguë des patients ayant une ischémie cérébrale (AIC). Dans le cadre de son suivi, quatre campagnes d'évaluation nationales ont été coordonnées par la Haute Autorité de santé.

Méthode – Les dossiers analysés ont été identifiés *via* le PMSI-MCO (Programme de médicalisation des systèmes d'information – médecine, chirurgie, obstétrique) en 2011, 2012, 2014 et 2016, chaque structure éligible ayant un maximum de 80 dossiers à analyser (échantillon réalisé par tirage au sort aléatoire).

Résultats – Au total, 87 365 dossiers de patients AIC ont été analysés. Le délai médian (DM) entre l'apparition des symptômes et l'arrivée à l'hôpital est resté stable entre 2011 et 2016 (3h07mn en 2016 vs 3h03mn en 2011, $p=0,013$). Le DM arrivée à l'hôpital-réalisation de l'imagerie a significativement diminué (1h42mn en 2016 vs 1h54mn en 2011, $p<0,001$). Le taux de thrombolyse a significativement augmenté (8,6% en 2011 vs 14,3% en 2016, $p<0,001$).

Conclusion – Hormis pour le délai apparition des symptômes-arrivée à l'hôpital, cette étude met en avant une amélioration de la qualité de la prise en charge aiguë des patients AIC, cohérente et concomitante avec les restructurations organisées dans le cadre du plan national AVC.

Évolution 2011-2016 des critères d'évaluation de prise en charge de l'AVC (Q1= premier interquartile ; Q3= troisième interquartile)

	Année				p
	2011	2012	2014	2016	
Délai médian symptômes-arrivée (heures) [Q1-Q3]	3h03mn [1,58-7,75]	3h01mn [1,6-7,95]	2h58mn [1,55-8]	3h07mn [1,63-7,92]	0,0128*
% de patients arrivés dans des délais compatibles avec la thrombolyse	58,0%	58,5%	58,7%	57,5%	0,2488
% d'IRM en première intention	18,1%	20,1%	26,9%	33,8%	<0,0001*
Délai médian arrivée-imagerie (heures) [Q1-Q3]	1h54mn [0,9-3,7]	1h48mn [0,87-3,5]	1h42mn [0,73-3,5]	1h42mn [0,7-3,8]	0,0012*
% de patients avec un délai arrivée-imagerie <60 mn	27,3%	28,9%	32,9%	34,0%	<0,0001*
Taux de thrombolyse	8,6%	9,8%	11,8%	14,3%	<0,0001*

* Analyse de variance bilatérale avec un seuil de significativité inférieur à 5%.

Access to and delivery of acute ischaemic stroke treatments: A survey of national scientific societies and stroke experts in 44 European countries

European Stroke Journal

2019, Vol. 4(1) 13–28

© European Stroke Organisation
2018



Article reuse guidelines:

sagepub.com/journals-permissions

DOI: 10.1177/2396987318786023

journals.sagepub.com/home/eso





Diana Aguiar de Sousa*¹ , Rascha von Martial*²,
Sònia Abilleira³ , Thomas Gattringer⁴, Adam Kobayashi⁵,
Miquel Gallofré⁶, Franz Fazekas⁴, Istvan Szikora⁷,
Valery Feigin⁸, Valeria Caso⁹ and Urs Fischer²; on behalf of the
ESO ESMINT EAN SAFE Survey on Stroke Care collaborators[†]

Table 1. Absolute and relative numbers per million inhabitants of stroke units, annual number of intravenous thrombolysis treatments (IVT), number of IVT centres, annual number of endovascular treatments (EVT) and EVT centres per country.

Country	No. of stroke units ^a	Stroke units per million	Annual no. of IVT ^b	Annual no. of IVT per million ^b	No. of IVT centres	IVT centres per million	Annual no. of EVT ^c	Annual no. of EVT per million ^c	No. of EVT centres	No. of EVT centres 24/7	EVT centres per million
Albania	1	0.3	0	0.0	0	0.0	6	2.1	1	0	0.3
Austria	38	4.4	3000	351.1	38	4.4	650	76.1	11	9	1.3
Belarus	–	–	–	–	12	1.3	–	–	1	1	0.1
Belgium	–	–	2250	199.1	–	–	706	62.5	17	12	1.5
Bosnia and Herzegovina	4	1.0	150	39.4	4	1.0	50	13.1	1	1	0.3
Bulgaria	30	4.2	296	41.4	28	3.9	34	4.8	4	–	0.6
Croatia	18	4.2	300	70.7	20	4.7	30	7.1	2	1	0.5
Czech Republic	45	4.3	3800	360.4	45	4.3	1063	100.8	15	15	1.4
Denmark	20	3.5	1632	287.9	10	1.8	280	49.4	3	3	0.5
Estonia	4	3.0	541	412.2	6	4.6	109	83.0	3	2	2.3
Finland	21	3.8	1600	290.7	21	3.8	407	74.0	5	5	0.9
France	140	2.2	8000	124.2	140	2.2	4589	71.3	37	–	0.6
Georgia	2	0.5	4	1.0	1	0.3	0	0.0	0	0	0.0
Germany	295	3.7	30,000	371.8	350	4.3	9000	111.5	135	110	1.7
Greece	5	0.4	225	20.5	18	1.6	40	3.7	6	1	0.5
Hungary	39	4.0	2000	202.9	39	4.0	265	26.9	6	3	0.6
Iceland	1	3.0	30	91.1	5	15.2	0	0.0	0	0	0.0
Ireland	22	4.7	550	117.3	24	5.1	210	44.8	2	1	0.4
Israel	10	1.2	1200	148.8	20	2.5	300	37.2	9	9	1.1
Italy	178	3.0	8000	133.8	182	3.0	1882	31.5	50	16	0.8
Kyrgyzstan	5	0.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	0.0
Latvia	7	3.6	540	274.0	7	3.6	95	48.2	2	1	1.0
Lithuania	8	2.8	699	242.8	10	3.5	276	95.9	6	3	2.1
Luxembourg	3	5.3	30	52.9	3	5.3	3	5.3	1	–	1.8
FYROM	1	0.5	60	28.9	1	0.5	2	1.0	1	0	0.5
Malta	1	2.4	40	95.5	2	4.8	30	71.7	1	1	2.4
Montenegro	0	0.0	20	32.0	3	4.8	0	0.0	0	0	0.0
Netherlands	85	5.0	4821	284.8	85	5.0	1088	64.3	20	20	1.2
Northern Cyprus	2	6.4	30	95.7	2	6.4	20	63.8	2	2	6.4
Norway	48	9.2	1100	211.1	49	9.4	150	28.8	5	–	1.0
Poland	171	4.4	6493	168.2	171	4.4	175	4.5	21	4	0.5
Portugal	25	2.4	1516	146.5	25	2.4	845	81.6	9	4	0.9
Republic of Moldova	2	0.5	45	11.1	2	0.5	20	4.9	0	0	0.0
Romania	10	0.5	200	10.3	10	0.5	15	0.8	2	0	0.1

Combien d'UNV et de centres TM en plus ?

Table 3. Estimated number of additional stroke units and comprehensive stroke centres required to achieve three stroke units per one million inhabitants and one comprehensive stroke centre per one million inhabitants, and estimated number of additional treatments with intravenous thrombolysis and endovascular interventions if rates of 18% and 5%, respectively, are to be achieved.

Country	No. of additional stroke units required	No. of additional comprehensive stroke centres required	No. of additional intravenous thrombolysis treatments per year (target rate 18%)	No. of additional endovascular treatments per year (target rate 5%)
Albania	8	2	867	235
Austria	0	0	0	166
Belarus	–	8	–	–
Belgium	–	0	1294	278
Bosnia and Herzegovina	7	3	2294	629
Bulgaria	0	3	4900	1409
Croatia	0	2	3350	984
Czech Republic	0	0	1758	481
Denmark	0	3	0	137
Estonia	0	0	135	79
Finland	0	1	683	227
France	53	27	7727	0
Georgia	10	4	1611	449
Germany	0	0	924	0
Greece	28	5	3768	1069

- Passer de 140 à 193 UNV et de 37 à 64 centres TM (53 prévus)

Table 2. Relative numbers of stroke units, annual number of intravenous thrombolysis (IVT) treatments, IVT centres, annual endovascular treatment (EVT) and EVT centres per annual incident ischaemic strokes.^a

Country	Annual no. of incident ischaemic strokes ^a	Stroke units per 1000 ischaemic strokes	Annual no. of IVTs per 1000 ischaemic strokes	Proportion of stroke patients with IVT (%)	IVT hospitals per 1000 ischaemic strokes	Annual no. of EVTs per 1000 ischaemic strokes	Proportion of ischaemic stroke patients with EVT (%)	EVT centres per 1000 ischaemic strokes
Albania	4815	0.2	0.0	0.0	0.0	1.2	0.1	0.2
Austria	16,314	2.3	183.9	18.4	2.3	39.8	4.0	0.7
Belarus	30,056	–	–	–	0.4	–	–	0.0
Belgium	19,689	–	114.3	11.4	–	35.9	3.6	0.9
Bosnia and Herzegovina	13,580	0.3	11.0	1.1	0.3	3.7	0.4	0.1
Bulgaria	28,869	1.0	10.3	1.0	1.0	1.2	0.1	0.1
Croatia	20,278	0.9	14.8	1.5	1.0	1.5	0.1	0.1
Czech Republic	30,877	1.5	123.1	12.3	1.5	34.4	3.4	0.5
Denmark	8339	2.4	195.7	19.6	1.2	33.6	3.4	0.4
Estonia	3757	1.1	144.0	14.4	1.6	29.0	2.9	0.8
Finland	12,685	1.7	126.1	12.6	1.7	22.1	2.2	0.4
France	87,372	1.6	91.6	9.2	1.6	52.5	5.3	0.4
Georgia	8973	0.2	0.4	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0
Germany	171,801	1.7	174.6	17.5	2.0	52.4	5.2	0.8
Greece	22,182	0.2	10.1	1.0	0.8	1.8	0.2	0.3
Hungary	32,335	1.2	61.9	6.2	1.2	8.2	0.8	0.2
Iceland	419	2.4	71.6	7.2	11.9	0.0	0.0	0.0
Ireland	4809	4.6	114.4	11.4	5.0	43.7	4.4	0.4
Israel	7411	1.3	161.9	16.2	2.7	40.5	4.0	1.2

• Nombre de procédures par centre: impact sur la QVT !!

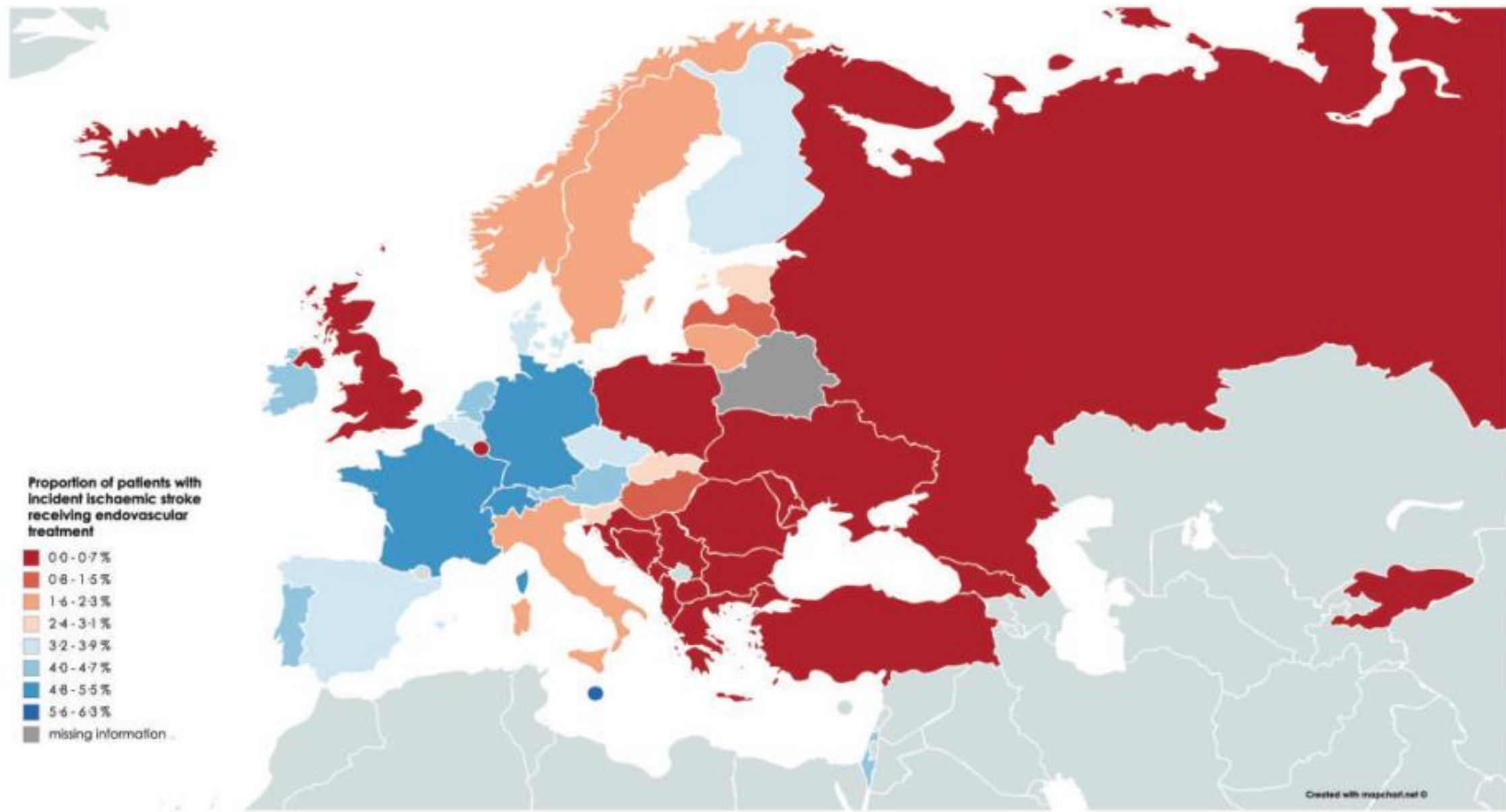


Figure 6. Choropleth map showing contemporary annual estimates of the proportion of patients with incident ischaemic stroke receiving endovascular treatment (EVT) in 42 European countries (mean 1.9%; 95% CI 1.3–2.5).

Bilan de l'activité thrombectomie en France en 2019/2020.

*Le point sur les centres de TM
de mention A.*

Ecole de la Thrombectomie, Clermont-Ferrand, 22-24 septembre 2021

Jérôme BERGE pour le bureau de la SFNR.

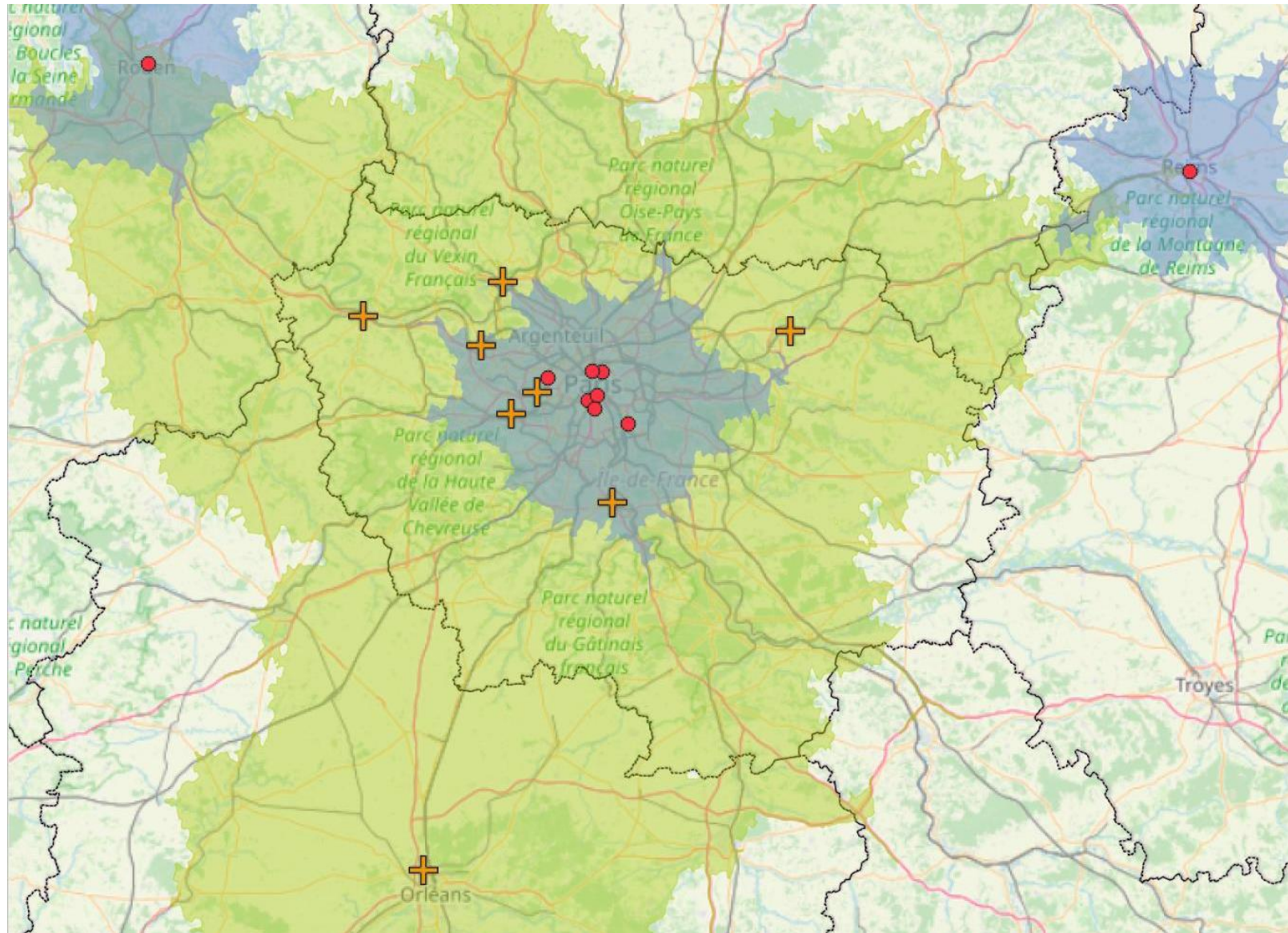
Nom du centre

- Bassin de population:
- CHU avec NRI le plus proche et distance: km
- Nombre AVC pris en charge par UNV / nombre rTPA
- Date d'ouverture du centre ou date prévisionnelle
- Effectifs et mode de formation
- Mode de fonctionnement de la PDS; autonome ou en lien avec CHU ?
 - Période d'une phase de transition pour la PDS ?
- Nombre de TM sur 2019
- Nombre de TM prévu à terme.
- Existence d'une RMM ou autre réunion de suivi avec NRI référente du CHU

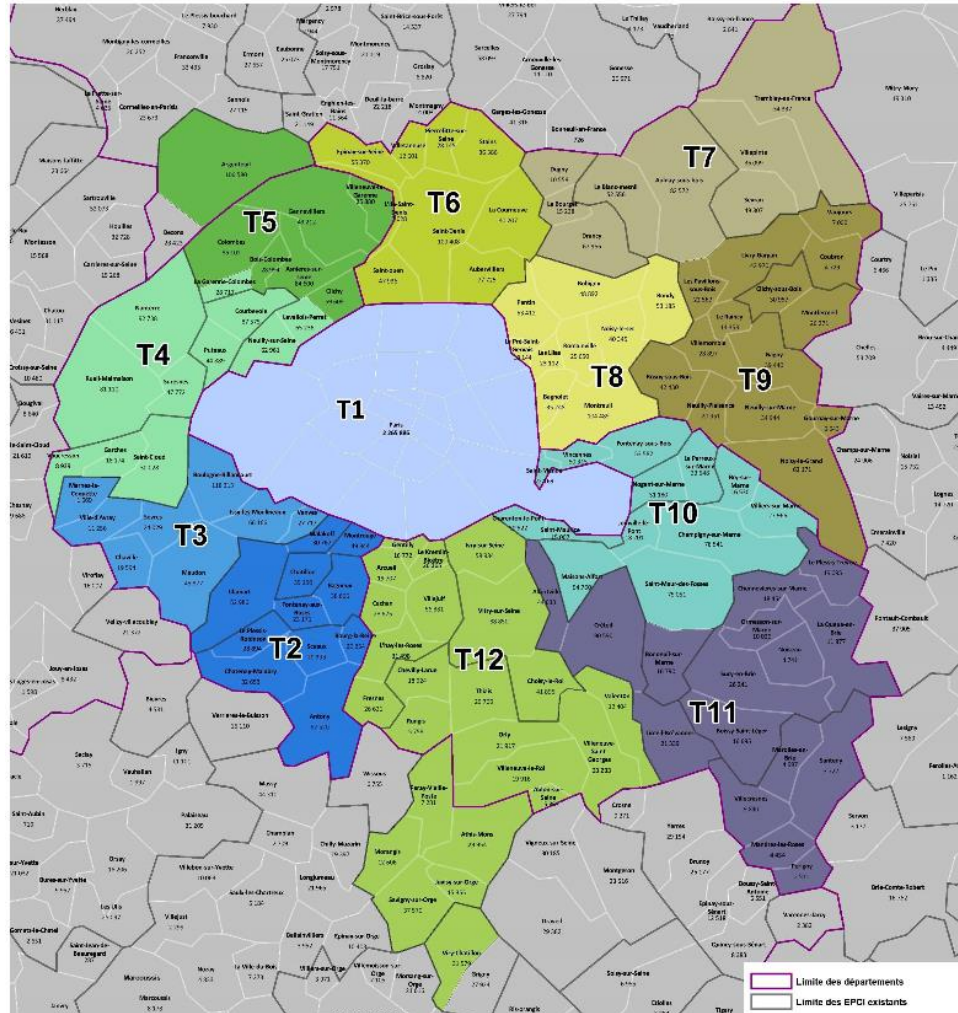
Spécificité de la région Ile de France

- Bassin de population: 8 millions d'habitants
- 7 centres de NRI intra-muros
- pas de centre NRI ou TM Extra-muros
- Réflexion en cours sur l'optimisation territoriale afin de raccourcir les temps de transfert des patients de la grande couronne
- Discussion actuelle entre DGOS, ARS-IDL et SFNR + SFNV.
- Multiples candidatures.

Cartes isochrone en Ile de France.



Bassin de population de 8 M d'habitants, Dont une majorité en petite et grande couronne



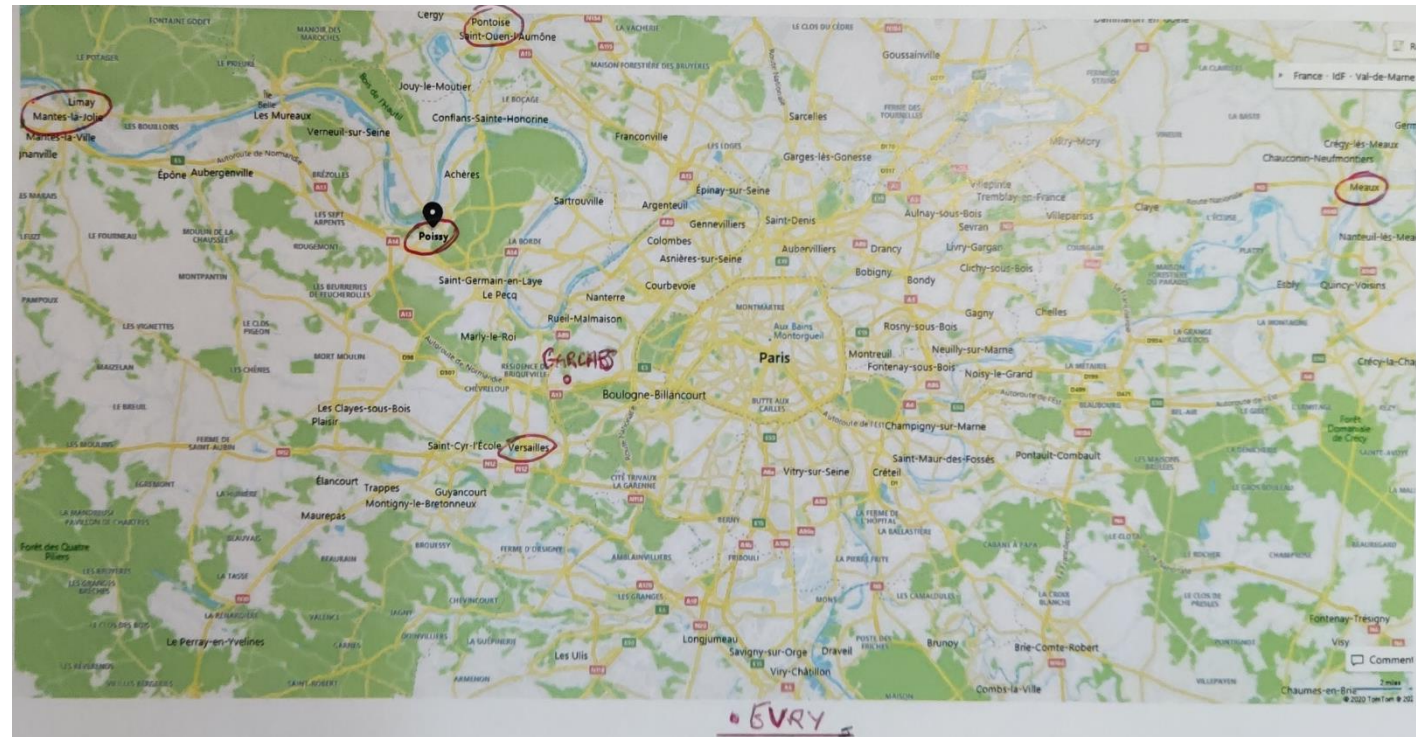
	Nb de communes	Pop. totale INSEE 2012	Sup. (km ²)	Nb cons. Métropolitains	Nb cons. Territoriaux	Date installation	Président
Paris	1	2 265 886	105,4	62	163		A. Hidalgo
Vallée Sud Grand Paris	11	394 997	47	11	80	18-janv	J.D. Berger
Grand Paris Seine Ouest	8	314 621	36,7	10	73	05-janv	P.C. Baguet
Paris Ouest La Défense	11	568 139	59,4	14	90	11-janv	J. Kossowski
Boucle Nord de Seine	7	434 977	49,7	10	80	12-janv	N. Goueta
Plaine Commune	9	414 806	47,4	12	80	19-janv	P. Brouezec
Paris Terres d'Envol	8	349 133	78,07	9	72	11-janv	B. Beschizza
Est Ensemble	9	402 477	39,18	10	80	07-janv	G. Cosme
Grand Paris Grand Est	14	385 323	71,58	14	80	09-janv	M. Teulet
T10 -	13	505 372	56,33	15	90	15-janv	J.J.P. Martin
T11 -	16	306010	99,8	17	82	27-janv	
T12 -	24	677874	123,59	25	92	12-janv	M. Leprêtre

Les Territoires de la métropole du Grand Paris

7 Candidatures de nouveaux centres de thrombectomies en Ile de France.

- En petite couronne (départements 92-93-94): distances de Paris
 - Garches à 16 km de Paris
 - Versailles à 22 km de Paris: refus de l'ARS d'ouverture d'un centre de TM
- En grande couronne (départements 77-78-91-95): distances de Paris
 - Mantes la Jolie à 55 km (ouest)
 - Pontoise à 35 km (nord)
 - Meaux à 56 km (est)
 - Evry à 38 km (sud)
 - Poissy à 31 km (ouest proche)

(En rouge les centres pré-validés par l'ARS IDF)



**LE POINT EN PROVINCE
AU 1° JANVIER 2021**

Province: 6 centres sur 12 prévus sont ouverts

SYNTHESES DES DONNEES DES NOUVEAUX CENTRES	TOTAL	MOYENNE	CENTRES DÉJÀ OUVERTS							CENTRES RESTANTS A OUVRIR				
			ANTILLES	BAYONNE	PAU	VANNES	NIMES	PERPIGNAN	ANNECY	VALENCIENNES	BOULOGNE	VALENCE	LA ROCHELLE	ORLEANS
bassin de population	6 730 000	560 000	763000	500000	380000	750000	300000	450000	900000	800000	300000	800000	350000	400000
distance avec CHU le + proche	na	145	7000	190	220	150	50	156	97	60	160	110	140	117
nombre AVC	10 105	842	800	1000	845	750	700	1100	510	1900	800	650	700	350
nombre rTPA	1 604	134	100	120	130	160	140	144	80	200	120	140	120	150
effectif nécessaire	41	3,7	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	3
nombre de TM prévu	1 480	123	180	150	120	100	130	150	100	100	80	120	150	100

7 000

non pris en compte dans le calcul de la moyenne des distances

CH Bayonne (Pyrénées Atlantiques)

- Bassin de population: **environ 500 000**
- CHU avec NRI le plus proche et distance: **200 km**
- Date d'ouverture du centre: **4/03/2019**
- Effectifs et mode de formation: **4 praticiens formés à Bordeaux**
- Mode de fonctionnement de la PDS: **autonome**
 - **mothership des deux centres sur 87 patients:**
 - délai médian symptômes / hôpital = 1h08
 - Délai médian symptômes / recanalisation = 3h30.
- Nombre de TM sur 2019 : **97**
- Nombre de TM prévu à terme : **90 sur 2020**
- Existence d'une RMM ou autre réunion de suivi avec NRI référente du CHU: **oui**

CH de Pau (Pyrénées Atlantiques)

- Bassin de population: **380 000 habitants**
 - Extension à Tarbes, Lourdes , Bagnères en avril 2020 = **450 000 habitants**
- CHU avec NRI le plus proche et distance: **CHU de Bordeaux à 220 km**
- Nombre AVC pris en charge par UNV / nombre rTPA = **850/119**
- Date d'ouverture du centre ou date prévisionnelle: **4 mars 2019**
- Effectifs et mode de formation: 3 Ph et 1 assistant régional partagé à venir.
- Mode de fonctionnement de la PDS; autonome ou en lien avec CHU ?
 - **phase de transition de mars/nov 2019 puis autonomie en mars 2020**
 - **Nombre de TM sur 2019 = 57**
- Nombre de TM prévu à terme = **120**
- Existence d'une RMM ou autre réunion de suivi avec NRI référente du CHU: **oui**

Vannes (Morbihan)

- Bassin de population: 750 000 hbts (Morbihan)
- CHU avec NRI le plus proche et distance: 120 km
- Nombre AVC pris en charge par UNV / nombre rTPA : > 1200 AVC dont 750 AVCi / 160 rTPA
- Date d'ouverture du centre ou date prévisionnelle : début expérimentation en 2018 – Plage d'ouverture : 8h00 → 16h30 - 5/7j
- Effectifs et mode de formation : 1 NRIste + 4 Ristes (formation mixte sur CHU et télétransmission « google glass »)
- Mode de fonctionnement de la PDS; autonome ou en lien avec CHU ?
 - Période d'une phase de transition pour la PDS ? Passage en PDS 24/24h prévue en Novembre 2020
- Nombre de TM sur 2019 : 25 (uniquement bassin Vannetais = environ 200 000 habitants)
 - Blocage de l'ARS qui attend la publication des textes
- Nombre de TM prévu à terme: 100-120 / an
- Existence d'une RMM ou autre réunion de suivi avec NRI référente du CHU : Non

CHANGE (Centre Hospitalier Annecy Genevois)

- Bassin de population: 900 000 hab (Haute-Savoie Pays de Gex)
- CHU avec NRI le plus proche et distance:
 - CHU Genève: 36km (39min)
 - CHU Grenoble: 97 km (1h10)
 - CHU Lyon: 137 km (1h30)
- Nombre AVC pris en charge par UNV / nombre rTPA:
 - 508 AVC, 78 thrombolyses, 60 thrombectomies (transferts à Genève)
 - 8 lits de soins intensifs UNV
- Date d'ouverture du centre ou date prévisionnelle: **2021**
- Effectifs et mode de formation: **2 PH + 1 CCA nristes le 1/11/2020**
- Mode de fonctionnement de la PDS; autonome ou en lien avec CHU ? En lien (Genève)
 - Convention avec le CHU de Lyon
 - Le poste de CCA de NRI est financé par l'ARS (1 an à Lyon puis 1 an à Annecy depuis novembre 2020)
- Nombre de TM sur 2019: **60 patients envoyés sur Genève**
- Nombre de TM prévu à terme: 80 à 100 en 2021
- Existence d'une RMM ou autre réunion de suivi avec NRI référente du CHU: OUI (CHU Lyon)

CH Perpignan

- Bassin de population: 450 000
- CHU avec NRI le plus proche et distance: (Guy de chauiac): 156 km
- Nombre AVC pris en charge par UNV / nombre rTPA :
- 1100 AVC en 2019, 144 TIV (dont 57 TIV + transfert TM et 87 TIV Seules+60 transfert TM seule.
- Nombre de TM sur 2019 : 120 transferts sur Montpellier
 - Blocage de l'ARS qui attend la publication des textes
- Nombre de TM prévu à terme 120-150/AN (après déroutage de Narbonne)
- Existence d'une RMM ou autre réunion de suivi avec NRI référente du CHU:
 - oui, 2/an + Présence du Pr Bonafé 2jours par semaine
- Date d'ouverture du centre ou date prévisionnelle : décembre 2019
- Effectifs et mode de formation : 2 NRI décembre 2019, et 2 en juin 2021
- Mode de fonctionnement de la PDS; autonome ou en lien avec CHU ?
 - De décembre 2019 à juin 2021, Thrombectomie sur perpignan 8-18H, 24/24, 7/7 prévu quand nous serons 4 validés (juin 2021 normalement)

Valenciennes

- Bassin de population: **800 000 habitants** (Hainaut-Cambrésis)
- CHU avec NRI le plus proche et distance: **50 km**
- Nombre AVC pris en charge par 3xUNV / nombre rTPA : **1900 AVC/200 TiV**
- Date d'ouverture du centre ou date prévisionnelle : **mai 2021**
 - **Blocage de l'ARS qui attend la publication des textes**
- Effectifs et mode de formation :
 - **2 NRI** habilités 2020 (Pr Mejdoubi, Dr Nouri)
 - + **2 radiologues formés** à TM par CHU de Lille (Drs Garms et Fantini)
 - + **2 radiologues en formation** (Drs Haberlay et Pauwels)
- Mode de fonctionnement de la PDS; autonome ou en lien avec CHU :
 - En lien avec le CHU (Pr Pruvo, Dr Estrade)
 - Période d'une phase de transition pour la PDS : **Oui**
- Nombre de TM sur 2019-2020 : **0**
- Nombre de TM prévu à terme : **100**
- Existence d'une RMM ou autre réunion de suivi avec NRI référente CHU : **Oui**

CH d'Orléans

- Bassin de population: **bassin de 400 000 habitants**
- CHU avec NRI le plus proche et distance: **100 km de Tours**
- Nombre AVC pris en charge par UNV / nombre rTPA: **349 AVC, 149 rTPA**
- Date d'ouverture du centre ou date prévisionnelle: **ouverture en 9/2009**
- Effectifs et mode de formation: **accord pour formation sur Tours**
- Mode de fonctionnement de la PDS
- Nombre de TM sur 2019: **53 transferts sur Tours pour 41 TM.**
- Nombre de TM prévu à terme: **doublement possible = 100 TM**
- Existence d'une RMM ou autre réunion de suivi avec NRI référente du CHU:
Pas de RMM formalisée
- **PAS D'ACCORD DE L'EQUIPE MEDICALE pour activité multisite basée sur l'équipe de Tours**

Nom du centre: Valence

- Bassin de population: 800 000
- Distance avec le CHU le plus proche: Lyon 110km
- Nbe d'AVC: 650 / 140 rTPA
- Date d'ouverture prévue = 2022
- Effectif: A définir au moins 3 RI périph + CCA/PH partagés
- Mode de fonctionnement: A def à terme autonomie
- TM 2019: depuis le bassin 79, depuis le CHV 61
- TM à terme: 100-120
- RMM ou autre réunion de suivi avec NRI référente du CHU: Non

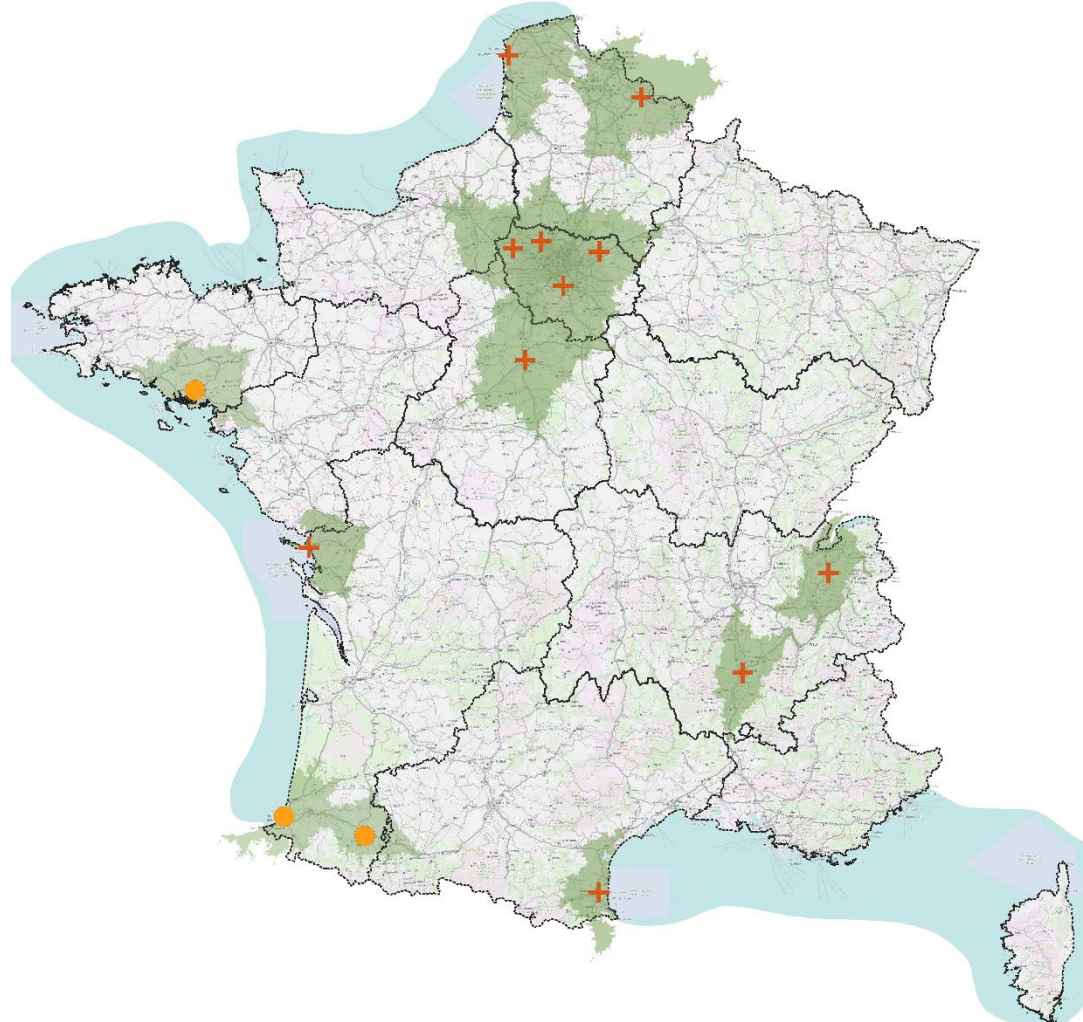
Synthèse des données: activité TM majeure !

SYNTHESES DES DONNEES DES NOUVEAUX CENTRES	ANTILLES	BAYONNE	ANNECY	PAU	VANNES	VALENCIENNES	BOULOGNE	PERPIGNAN	VALENCE	ORLEANS
bassin de population	800 000	500 000	900 000	380 000	750 000	800 000	300 000	450 000	800 000	400 000
distance avec CHU le + proche	7 000	190	97	220	150	60	160	156	110	140
nombre AVC	500	1 000	510	850	750	1 900	800	1 100	650	350
nombre rTPA	100	150	80	119	160	200	80	144	140	150
effectif nécessaire	3	4	3	4	4	4	3	4	4	3
nombre de TM prévues	180	150	100	120	100	100	80	150	120	100
nombre de TM déjà effectuées en 2020	120	97	60	59	25	-	-	-	-	-

SYNTHESES DES DONNEES DES NOUVEAUX CENTRES	TOTAL	MOYENNE
bassin de population	6 080 000	608 000
distance avec CHU le + proche	na	143
nombre AVC	8 410	841
nombre rTPA	1 333	133
effectif nécessaire	36	3,6
nombre de TM prévues	1 200	120
nombre de TM déjà effectuées en 2020	361	na

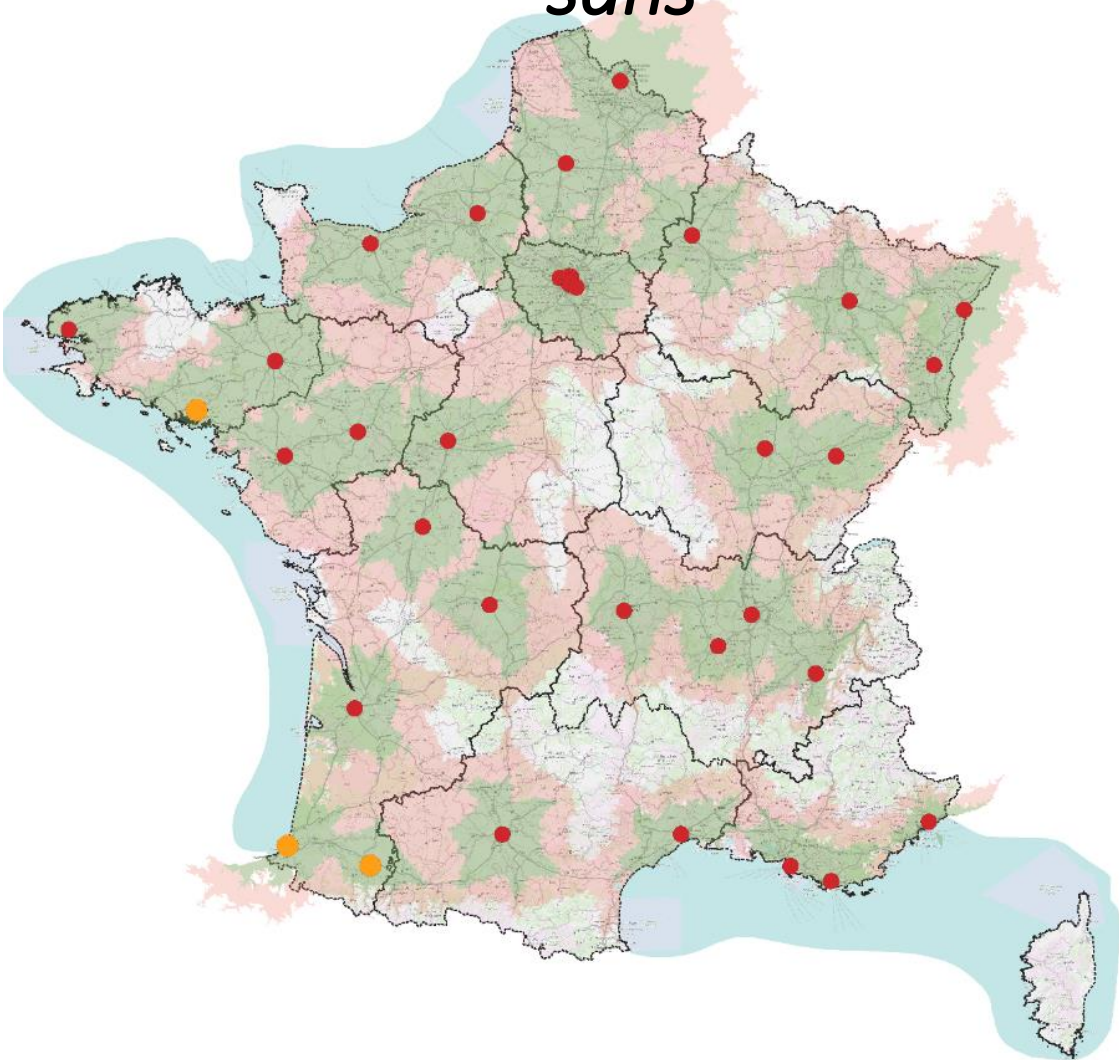
Cartes des nouveaux centres de mention A.

- Isochrone 60 minutes.

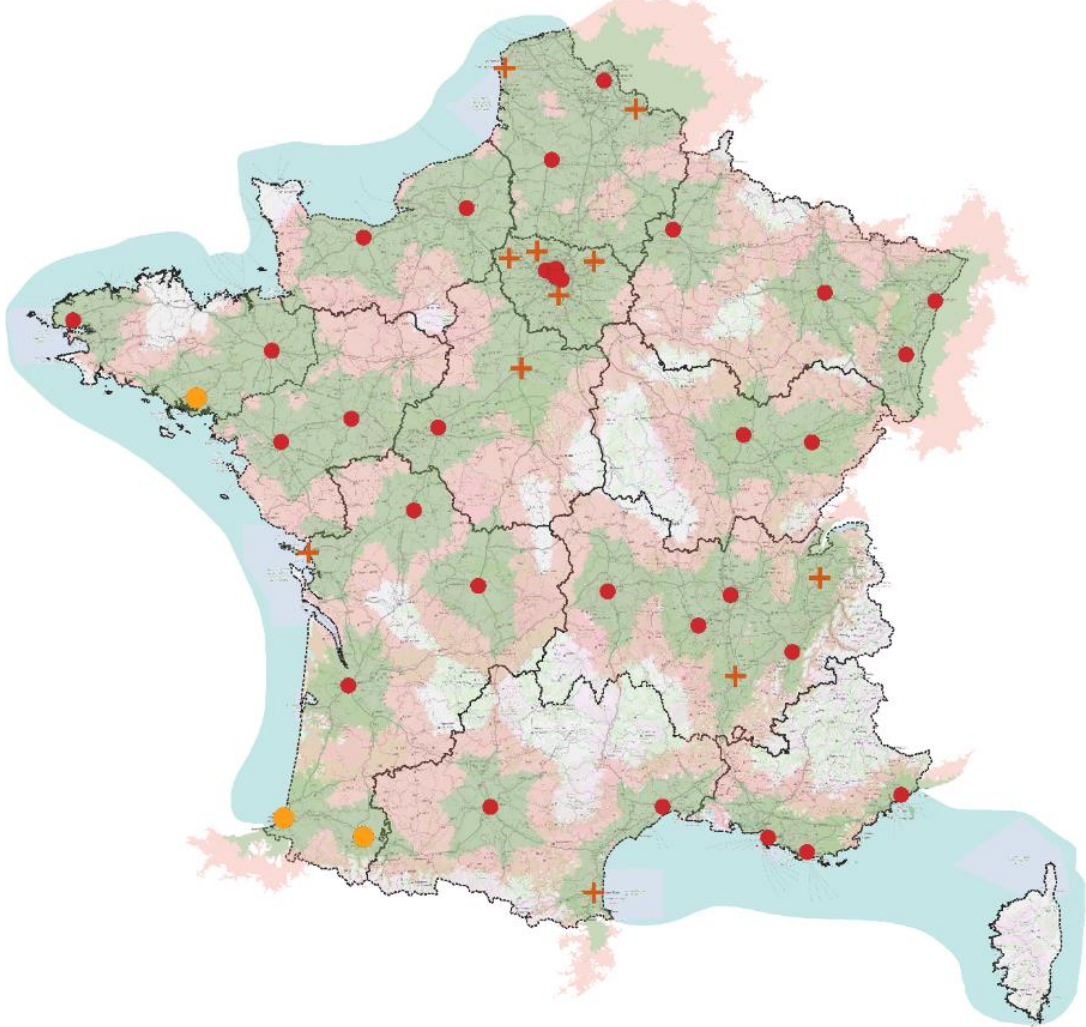


Cartes des centres de NRI mention A et B

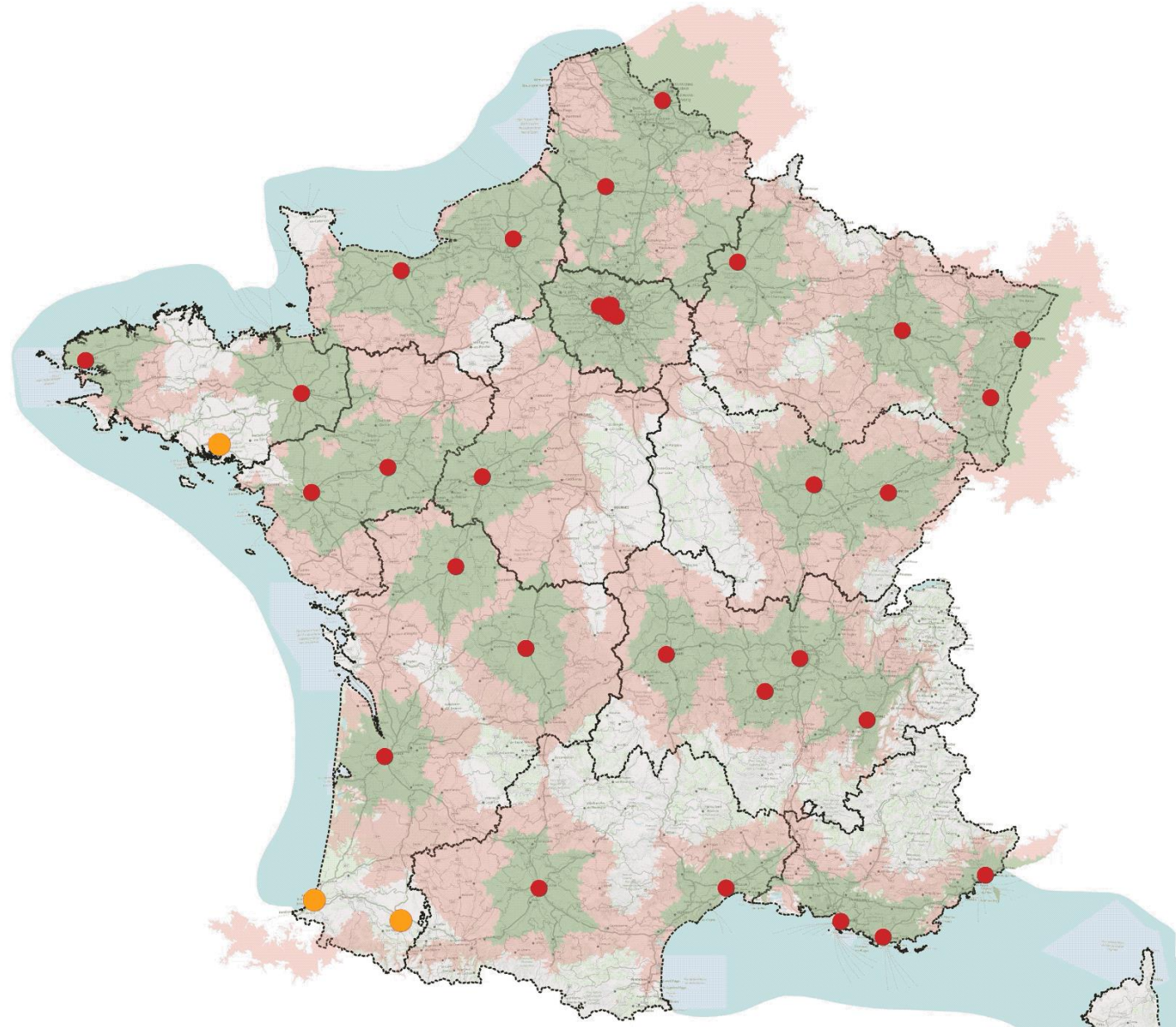
Carte Isochrones 60 et 90 mn par la route
sans



avec les nouveaux centres A



Cartes des centres de mention A+B.



Situation en Martinique



- Un seul centre de thrombectomie à Fort-de-France pour deux départements (jonction par hélico = 50mn)
- 763 000 habitants.
- Prévalence de l'AVC accrue = 1,6 fois celle de métropole.
- Grand potentiel d'activité:
 - En 2019, 36 thrombectomies pour ces deux territoires,
 - En 2020, la convention entre la SFNR et le CHU de Martinique a permis d'assurer plus de 120 TM.
 - (35/52 semaines de présence effective par rotation)
 - Objectif 2021 = 180 TM (48 semaines sur 52)
- Gestion du planning des NRI par un google agenda: rotation de 15 jours
- Rémunération attractive.
- Recrutement de 2 PH temps plein NRI pour sept et nov 2021.
- Ouverture décrétée par l'ARS d'un 2° centre TM en Guadeloupe en aout 2020 !!

Gourbeyre, le 13 JUL. 2021

La Directrice Générale de l'Agence de Santé
de Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy

À

Professeur COTTON,
Professeur DESAL,
Docteur BERGE

Professeurs, Docteur,

Suite à votre courrier du 23 avril 2021 précisant le rôle de la SFNR dans la Convention SFNR/CHUM, je vous fais part de mes observations.

Je constate que le délai moyen des EVASAN pour Thrombectomie Mécanique (TM) est de 8h et que le besoin en Guadeloupe est trop élevé compte tenu des capacités humaines et matérielles de l'équipe de la sécurité civile et du SMUR 971. L'organisation avait été conçue pour prendre en charge 10 patients par an. Le nombre réel de patients est compris entre 10 à 20 patients par mois, soit un minimum de 240h de mobilisation de l'hélicoptère par an alors que le nombre total d'heures de vol déterminé par le Ministère de l'Intérieur est de 800 heures, et que les EVASAN ne sont pas une priorité par rapport au sauvetage. S'agissant du SMUR 971 Point-à-Pitre, il faut compter sur la mobilisation d'une équipe au moins 360h / an uniquement sur ces transferts TM.

En 2019, seulement 18 des patients éligibles à la TM ont pu être transférés au CHUM. Au total, 121 patients qui relevaient d'une indication de TM n'ont pas pu être pris en charge par le CHUM : 30 patients « hors créneaux TM » (40 heures d'astreintes hebdomadaires en Martinique), 63 patients au motif qu'il n'y avait pas de NRI en Martinique, 2 patients pour indisponibilité de l'hélicoptère, 26 patients qui auraient nécessité une prise en charge au CHUG, leur état de santé ne permettant pas de supporter un transfert vers le CHUM. Au final, 90 patients se sont retrouvés avec un handicap physique (dont 62 avec des scores de Rankin > 4) dont une large majorité aurait pu être évitable s'il y avait une prise en charge par TM en Guadeloupe.

En 2020, en dépit de cette Convention SFNR/CHUM, j'observe qu'il y a eu 145 jours sans NRI en Martinique, et note qu'il y a eu 82 TM de patients martiniquais et 24 TM de patients guadeloupéens. Je sais que la France manque de NRI, c'est un fait. Mais depuis août 2020 – qui marque l'arrivée au CHUG du Dr SUMLEANSCHI formé en NRI à Limoges et ayant effectué 2 semestres de stages (Lyon, Marseille), et le départ du seul NRI de la Martinique (Dr Medhi Medjoubi) –, il n'est pas question de partialité mais simplement de bon sens. La fiche d'évaluation du HCL que j'ai pu consulter fait état des qualités du Dr SUMLEANSCHI. Si je ne me permets évidemment pas de juger de ses capacités, je m'étonne en revanche du fait qu'il n'y ait pas eu de démarche de la SFNR pour évaluer les capacités de ce médecin à être opérateur et envisager si besoin les mises à niveau nécessaires dans l'objectif de prévoir au plus vite la création d'un centre n'assurant que la TM en Guadeloupe (HAS, 2018).

Il convient de donner aux filières AVC aux Antilles-Guyane les moyens de leurs ambitions, et cela doit passer par l'intégration de la TM dans le cadre d'une organisation propre à chaque région – ce qui est d'ailleurs le sens des projets de décrets en cours qui prévoient que les conditions d'implantation et de fonctionnement de l'activité de NRI ne relèveront plus du SIOS mais du SRS. Le CHUG a en ce sens pris déjà des mesures puisque 3 neurochirurgiens sont en cours, ou vont débiter, la formation NRI.

Considérant les dernières recommandations de la HAS et eu égard aux impacts découlant de la faible capacité du CHUM à prendre en charge les patients Guadeloupéens, je vous informe de ma décision de prononcer une reconnaissance contractuelle, répondant à des besoins spécifiques notamment en terme d'accessibilité, pour la réalisation d'une activité exclusive de TM au CHUG. Pour sa part et en amont de cette décision, le directeur du CHUG s'assurera des mises à niveau nécessaires du Dr SUMLEANSCHI. En outre, il convient que le CHUM et le CHUG organisent en commun et sans délai les modalités d'astreintes, car une filière AVC convenable est incompatible avec des indisponibilités de NRI supérieures à 6h par jour.

La Directrice Générale



Dr Valérie DEN

CONCLUSION

- Egalité d'accès aux soins pour 6 millions d'habitants.
 - Enjeu de santé publique évident
 - = Danemark
 - = Ile de France avec bientôt 11 centres de TM
- Besoin d'une publication urgente des décrets d'autorisation
- Officialisation d'une filière de formation continue en TM pour 40 PH en poste dans les CH de mention A.
- Rôle de la SFNR / SFNV pour choisir les centres en Ile de France ?
- Antilles: convention SFNR/ SFR pour CHUM et peut être CHUG