

# Réflexions stratégiques sur l'avenir de la rythmologie à l'AP-HP

## Rapport du Groupe CME de Rythmologie

Jean-Yves Artigou (président)

Vincent Algalarrondo	Nicolas Lellouche
Thierry Bégué	Damien Logeart
Franck Boccara	Nicolas Mansencal
Marc Dupont	Martine Marchand
Christine Geffrier	Christophe Meune
Françoise Hidden Lucet	Jean-Jacques Monsuez
Xavier Jouven	Namik Taright
Thomas Lavergne	Emmanuel Teiger
Antoine Leenhardt	Simon Weber
Jean-Yves Le Heuzey	Khaled Zerhouni

**21 mars 2014**

## **Plan**

1. Introduction
2. Activité libérale à l'AP-HP
3. Réflexions de la Collégiale de cardiologie
4. Composition du groupe de travail « Rythmologie à l'AP-HP »
5. Fonctionnement du groupe de travail
6. Recensement de l'activité réelle de rythmologie
7. Activités nouvelles (DIM)
8. Comparaison de l'activité rythmologique entre l'AP-HP, les établissements publics hors AP-HP et les établissements privés
  - 8.1. Activité de rythmologie à l'AP-HP
  - 8.2. Part de l'AP-HP dans l'activité rythmologique de la région Ile de France
9. Comparaison entre la place de l'AP-HP dans sa région et celle des autres CHU dans leur région respective
10. Personnel médical en rythmologie à l'AP-HP
11. Rayonnement de l'activité de rythmologie à l'AP-HP
12. DIU de rythmologie et stimulation cardiaque
13. Statut des stagiaires et médecins extérieurs à l'AP-HP
14. Expérience des services publics hors AP-HP : les exemples de Montfermeil et de Poissy
15. Valorisation de la rythmologie à l'AP-HP : quelques estimations
  - 15.1. Valorisation de l'activité de rythmologie réalisée pour l'ensemble de l'AP-HP en 2013
  - 15.2. Evolution de l'activité et des recettes observées à la Pitié
  - 15.3. Nouveau projet médical pour la rythmologie d'Henri Mondor
16. Contrats libéraux au sein de l'AP-HP
17. Praticiens hospitaliers partagés
18. Conclusion

## **Annexes**

- Annexe 1. Lettre de mission
- Annexe 2. Enquête de la Collégiale de cardiologie
- Annexe 3. Comptes-rendus des réunions
- Annexe 4. Activités nouvelles (Dr Namik Taright)

## **1. Introduction**

La rythmologie, spécialité de la cardiologie, connaît de grandes évolutions, de profondes mutations, à la faveur du développement rapide des techniques diagnostiques et thérapeutiques.

Le Président de la CME, le Professeur Loïc Capron, observe que la rythmologie est la spécialité qui a, jusqu'ici, motivé les plus nombreuses demandes de contrats pour les médecins libéraux autorisés à pratiquer à l'AP-HP. Il s'interroge sur les raisons et la légitimité de ces autorisations.

Il souhaite qu'une réflexion approfondie soit menée sur ce sujet et adresse le 22 janvier 2013 à Jean-Yves Artigou, représentant la cardiologie à la CME, une lettre de mission lui confiant le soin de constituer puis de présider un groupe *ad hoc* qui doit rendre ses conclusions pour le début 2014.

Cette lettre de mission figure en *annexe 1*.

## **2. Activité libérale à l'AP-HP**

Un groupe de la CME présidé par Thierry Bégué a travaillé sur le recours à des professionnels libéraux pour effectuer une activité publique à l'AP-HP avec les préconisations suivantes. Les conclusions ont été présentées à la réunion de la CME du 8 juillet 2013 :

- L'activité concernée ne doit pas être réalisée dans le groupe hospitalier ni dans un autre service facilement accessible de l'AP-HP.
- Le médecin autorisé doit consacrer autant de temps hospitalier à son exercice libéral qu'à son activité salariée de praticien attaché.
- Enfin, le groupe hospitalier doit s'engager à former un praticien à exercice salarié exclusif pour le substituer au médecin libéral au terme des cinq ans de son contrat.

## **3. Réflexions de la Collégiale de cardiologie**

En février 2012, la Collégiale de cardiologie a initié une enquête en son sein sur la pratique de l'exercice libéral dans les services de l'AP-HP.

Les résultats de l'enquête figurent en *annexe 2*.

La cardiologie se trouve dans une situation très concurrentielle où l'aide des cardiologues libéraux peut présenter une des réponses possibles sous réserve que l'activité du cardiologue reste une activité accessoire par rapport à son activité publique au sein de nos services et qu'elle soit toujours encadrée par le chef de service.

#### **4. Composition du groupe de travail « Rythmologie à l'AP-HP »**

Le groupe de travail est présidé par Jean-Yves Artigou. Chaque service de cardiologie de l'AP-HP concerné par la rythmologie est représenté. Le service de Bicêtre (Patrick Assayag) n'a pas souhaité participer.

- Ambroise Paré
- Antoine Béclère
- Avicenne
- Bichat
- Cochin
- HEGP
- HEGP
- HEGP
- Henri Mondor
- Henri Mondor
- Lariboisière
- Pitié Salpêtrière
- René Muret
- Saint Antoine
- Nicolas Mansencal
- Vincent Algalarrondo
- Christophe Meune
- Antoine Leenhardt
- Simon Weber
- Xavier Jouven
- Thomas Lavergne
- Jean-Yves Le Heuzey
- Nicolas Lellouche
- Emmanuel Teiger
- Damien Logeart
- Françoise Hidden Lucet
- Jean-Jacques Monsuez
- Franck Boccara

D'autres personnalités complètent ce groupe :

- Thierry Bégué, Président du groupe CME « Activité libérale à l'AP-HP »
- Martine Marchand, élue CME, représentante des Praticiens attachés
- Khaled Zerhouni CHG-Neuilly sur Seine, ancien PH à Avicenne
- Marc Dupont, AP-HP – DAJ
- Christine Geffrier, AP-HP – DMA
- Namik Taright, AP-HP – DIM/DMA

Enfin, des personnalités sont invitées selon l'ordre du jour.

## 5. Fonctionnement du groupe de travail

Neuf réunions se sont tenues au siège de l'AP-HP les 28 février, 4 avril, 16 mai, 27 juin, 12 septembre, 17 octobre, 21 novembre, 19 décembre 2013 et 7 février 2014. Les comptes-rendus de ces réunions figurent en *annexe 3*.

Les premières réunions ont été consacrées à établir un état des lieux le plus précis possible de l'activité réelle des services de l'AP-HP. Ce travail préalable est jugé essentiel pour permettre les comparaisons ultérieures.

Dans un deuxième temps, le groupe a recueilli l'expérience de cardiologues pratiquant la rythmologie dans des établissements publics hors AP-HP.

Le 17 octobre 2013, les travaux du groupe ont été présentés au Professeur Jean-Claude Daubert, rythmologue à Rennes et président du CNU de cardiologie et maladies vasculaires, pour recueillir ses conseils.

Le 7 février 2014, les travaux du groupe ont été présentés au Professeur Loïc Capron.

## 6. Recensement de l'activité réelle de rythmologie

Ce travail a été l'occasion de constater une divergence fréquente, même si elle reste le plus souvent mineure, entre les chiffres dont dispose le siège et ceux des services. Pour ce rapport, les chiffres du PMSI ont été retenus.

Certaines activités ne sont pas valorisées, notamment la télésurveillance des prothèses (*annexe 4*).

Le groupe a défini les indicateurs suivants à partir des regroupements des actes de CCAM correspondant :

1. ablation simple
2. ablation complexe
3. ablation avec cartographie
4. stimulateur multi-sites
5. défibrillateur
6. stimulateurs simple et double chambre : primo-implantation
7. stimulateurs simple et double chambre : remplacement
8. télécardiologie (exprimé par nombre de patients)
9. fermeture d'auricule
10. extraction de sonde
11. ablation épiscopique
12. exploration électrophysiologique diagnostique
13. pose de Holter implantable

14. choc électrique externe programmé
15. consultation de suivi de stimulateur
16. consultation de suivi de défibrillateur.

Le groupe a dans un premier temps décidé de ne retenir que 10 indicateurs parmi les 16 précédents, en particulier pour permettre une meilleure comparaison avec les autres établissements qui ne permettent raisonnablement que de comparer les 10 indicateurs suivants :

- stimulateur « standard » : primo implantation
- changement de boîtier de stimulateur
- stimulateur multi site
- défibrillateur multi site
- autres défibrillateurs
- changement de défibrillateur
- ablation simple
- ablation complexe
- consultation de contrôle de stimulateur
- consultation de contrôle de défibrillateur

En réalité, en avançant sur ce travail, il apparaît que les deux dernières activités de consultations ne peuvent pas être correctement récupérées à partir des bases disponibles. Huit indicateurs sont donc utilisés.

## **7. Activités nouvelles (DIM)**

Le travail de recensement mené par le groupe permet d'identifier certaines activités récentes qui, comme les systèmes de télésurveillance pour défibrillateur cardiaque implantable (DCI), ne peuvent être codées par les cardiologues (*annexe 4*).

## **8. Comparaison de l'activité rythmologique entre l'AP-HP, les établissements publics hors AP-HP et les établissements privés**

L'activité 2009-2012 (jusqu'à 2013 uniquement pour les sites de l'AP-HP), extraite du PMSI par type d'actes est présentée ci-après en fonction des 8 indicateurs finalement retenus décrits plus haut.

Pour l'analyse site par site de l'AP-HP, Necker est exclu. Pour les analyses régionales et nationales qui suivent, Necker est inclus. En effet, l'activité des établissements hors AP a été considérée dans son ensemble, sans séparer les activités pédiatriques des activités adultes. Il était donc plus juste de prendre en compte l'ensemble des activités rythmologiques, tous âges confondus, pour l'AP-HP également.

### 8.1. Activité de rythmologie à l'AP-HP

En fonction du type d'activité rythmologique (soumise ou non à autorisation), le nombre de services concernés varie.

Pour la rythmologie soumise à autorisation : 5 sites sont concernés : Antoine Béclère, Bichat, HEGP, Henri-Mondor et Pitié (l'autorisation de rythmologie a été transférée de Lariboisière à Bichat au 1er novembre 2011), donc pour la présentation des actes soumis à autorisation, les données de Bichat et de Lariboisière ont été regroupées. Compte-tenu de ce transfert, l'analyse des évolutions de l'activité de Bichat-Lariboisière doit en tenir compte.

Pour le reste de la rythmologie : les 11 services de cardiologie « adultes » de l'AP-HP sont concernés : en plus des 5 suscités, il s'agit d'Ambroise Paré, Avicenne, Bicêtre, Cochin, Lariboisière et Saint-Antoine.

La liste des actes soumis à autorisation fixée par les 2 décrets de cardiologie interventionnelle du 14 avril 2009 comprend les ablations simples et complexes, la primo-implantation de stimulateurs cardiaques multi sites, de défibrillateurs automatiques implantables (défibrillateurs multi sites ou « autres défibrillateurs »), et les changements de défibrillateurs. Au sein de cette rythmologie soumise à autorisation, une partie des actes est soumise à seuil : il s'agit de la somme des actes d'ablations simples (moins les ablations au niveau de la jonction auriculo-ventriculaire) et des actes d'ablations complexes. Le seuil, fixé par l'arrêté du 14 avril 2009 est de 50 actes par an.

#### Rythmologie soumise à seuil : nombre d'actes

	Béclère	Bichat+Lariboisière	HEGP	H. Mondor	Pitié
2009	37	209	50	217	377
2010	22	159	66	251	380
2011	48	148	101	240	399
2012	55	186	135	252	471
2013	62	215	196	235	524

**Ablations simples : nombre d'actes**

	Béclère	Bichat+Lariboisière	HEGP	H. Mondor	Pitié
2009	38	142	55	130	247
2010	25	107	68	141	246
2011	51	97	81	147	263
2012	59	111	102	146	281
2013	63	110	151	137	310

**Ablations complexes : nombre d'actes**

	Béclère	Bichat+Lariboisière	HEGP	H. Mondor	Pitié
2009	0	67	8	97	140
2010	0	52	7	115	145
2011	0	52	25	103	147
2012	0	76	42	120	205
2013	2	107	54	111	221

Pour l'ensemble des activités d'ablation, l'activité la plus importante est observée dans les 4 « pôles lourds » de cardiologie de l'AP-HP disposant de l'ensemble des autorisations de cardiologie interventionnelle et de la proximité avec la chirurgie cardiaque (Pitié, Bichat/Lariboisière, HEGP et Henri-Mondor). Ce sont les seuls de l'AP-HP à pratiquer actuellement les actes d'ablations complexes. Les 2 sites les plus actifs sont la Pitié et Henri-Mondor.

**Stimulateurs multi sites : nombre d'actes**

	Béclère	Bichat+Lariboisière	HEGP	H. Mondor	Pitié
2009	5	2	19	31	11
2010	9	1	27	21	19
2011	7	0	21	23	20
2012	8	3	27	45	31
2013	10	5	17	29	11

**Défibrillateurs multi sites : nombre d'actes**

	Béclère	Bichat+Lariboisière	HEGP	H. Mondor	Pitié
2009	11	8	28	98	31
2010	19	4	33	125	40
2011	13	8	20	118	44
2012	15	23	35	86	48
2013	20	26	46	73	44

**Autres défibrillateurs : nombre d'actes**

	Béclère	Bichat+Lariboisière	HEGP	H. Mondor	Pitié
2009	18	30	48	49	56
2010	17	30	53	59	75
2011	17	29	49	53	115
2012	20	49	45	50	98
2013	13	46	58	48	73F

**Changements de défibrillateurs : nombre d'actes**

	Béclère	Bichat+Lariboisière	HEGP	H. Mondor	Pitié
2009	11	46	21	17	36
2010	9	26	18	64	41
2011	11	32	23	54	40
2012	16	30	43	42	40
2013	22	38	32	38	55

L'activité de primo-implantation de stimulateurs multi-sites et de défibrillateurs multi-sites est globalement en augmentation. La pose de défibrillateurs « standards » est en augmentation dans 2 des 4 pôles lourds (Pitié et Bichat+Lariboisière) ainsi qu'à Antoine Béclère. Elle est stable dans les 2 autres pôles lourds (HEGP et Henri-Mondor). L'évolution du nombre de changement de défibrillateurs est variable selon les sites. Globalement, elle est en augmentation pour l'AP-HP.

Pour évaluer les autres activités de rythmologie, 2 indicateurs ont été retenus : la primo-implantation de stimulateurs cardiaques « standards », c'est-à-dire simple et double chambre et les changements de stimulateurs :

**Stimulateurs « standards » : nombre d'actes**

	A. Béclère	Bichat	HEGP	H. Mondor	Pitié	A. Paré	Avicenne	Cochin	Larib.	St Antoine	Bicêtre
2009	123	0	129	191	196	0	26	0	81	25	2
2010	118	0	111	190	186	0	25	10	74	21	1
2011	126	0	140	199	258	0	5	69	60	24	5
2012	174	178	171	180	283	0	28	74	21	38	2
2013	165	153		176	273	0	89	63	41	40	0

## Changements de stimulateurs

	A. Bécélère	Bichat	HEGP	H. Mondor	Pitié	A. Paré	Avicenne	Cochin	Larib.	St Antoine	Bicêtre
2009	30	0	68	47	133	0	6	0	20	10	0
2010	23	0	82	72	121	0	6	0	20	12	0
2011	25	5	87	68	132	0	2	5	7	7	0
2012	30	18	67	78	109	0	3	1	0	9	0
2013	17	21	93	71	109	0	11	1	1	6	0

L'activité de rythmologie non soumise à autorisation est nettement plus importante dans les centres disposant d'une autorisation de rythmologie interventionnelle. La baisse du nombre de primo-implantations et de changements de stimulateurs standards à Lariboisière est la conséquence du transfert de l'autorisation (et de l'équipe...) à Bichat. En revanche, pour la pose comme pour le changement de stimulateurs cardiaques « standards », la différence de niveau d'activité entre les 5 centres titulaires d'une autorisation de rythmologie interventionnelle est moins importante que celle observée pour les activités plus complexes d'ablations ou de défibrillation. Comme pour les activités d'ablation, les 2 sites les plus actifs sont la Pitié et Henri-Mondor.

L'activité de rythmologie interventionnelle est au global pour l'AP-HP une activité en augmentation, ce qui est attendu compte-tenu des données épidémiologiques.

### 8.2. Part de l'AP-HP dans l'activité rythmologique de la région Ile de France

Pour la rythmologie soumise à autorisation : 23 sites sont concernés en Ile de France (y compris 2 établissements interarmées : Percy et le Val de Grâce, et les 5 sites sus-cités de l'AP-HP + Necker). Pour le reste de la rythmologie, 79 établissements sont concernés, y compris les 11 sites « adultes » de l'AP-HP.

### Rythmologie soumise à seuil

	Total de la région 23 sites dont 2 EIA	Etablissements privés 9 sites	AP-HP 5 sites + Necker	Etablissements publics hors AP-HP 9 sites (CH/ESPIC/EIA)
2009				
nombre d'actes	3586	2666	906	284
% régional	100 %	69,1 %	23,5 %	7,4 %
2010				
nombre d'actes	4259	2933	878	448
% régional	100 %	68,9 %	20,6 %	10,5 %
2011				
nombre d'actes	4406	2850	937	619
% régional	100 %	64,7 %	21,3 %	14 %
2012				
nombre d'actes	5132	3180	1100	852
% régional	100 %	62 %	21,4 %	16,6 %
Evolution 2009-2012 du nombre d'actes	1276	514	194	568

### Ablations simples : nombre d'actes

	Total de la région 23 sites dont 2 EIA	Etablissements privés 9 sites	AP-HP 5 sites + Necker	Etablissements publics hors AP-HP 9 sites (CH/ESPIC/EIA)
2009				
nombre d'actes	3084	2176	628	280
% régional	100 %	70,7 %	20,4 %	9,1 %
2010				
nombre d'actes	3261	2277	587	397
% régional	100 %	68,9 %	18 %	12,2 %
2011				
nombre d'actes	3264	2108	639	517
% régional	100 %	64,6 %	19,6 %	15,8 %
2012				
nombre d'actes	3275	2290	700	735
% régional	100 %	61,5 %	18,8 %	19,7 %
Evolution 2009-2012 du nombre d'actes	641	114	72	455

### Ablations complexes : nombre d'actes

	Total de la région 23 sites dont 2 EIA	Etablissements privés 9 sites	AP-HP 5 sites + Necker	Etablissements publics hors AP- HP 9 sites (CH/ESPIC/EIA)
2009				
nombre d'actes	955	624	312	19
% régional	100 %	65,3 %	32,7 %	2 %
2010				
nombre d'actes	1166	779	319	68
% régional	100 %	60,8 %	27,4 %	5,8 %
2011				
nombre d'actes	1347	880	328	139
% régional	100 %	65,3 %	24,35 %	10,3 %
2012				
nombre d'actes	1666	1049	443	174
% régional	100 %	63 %	26,6 %	10,4 %
Evolution 2009- 2012 du nombre d'actes	711	425	131	155

L'activité d'ablation est en forte augmentation dans la région Ile de France (+20 à 70 % selon les actes, la plus forte augmentation étant observée pour les actes d'ablation complexe). La plus forte activité, en valeur absolue est et reste faite dans les établissements privés, mais en part relative d'activité ce sont les établissements publics hors AP-HP qui enregistrent la plus forte augmentation, alors que les établissements privés voient leur part relative stagner ou diminuer légèrement.

L'activité de l'AP-HP augmente de façon modérée et dans tous les cas moins que dans la région dans son ensemble et surtout bien moins que les établissements publics hors AP-HP.

### Stimulateurs multi-sites : nombre d'actes

	Total de la région 23 sites dont 2 EIA	Etablissements privés 9 sites	AP-HP 5 sites + Necker	Etablissements publics hors AP- HP 9 sites (CH/ESPIC/EIA)
2009 nombre d'actes % régional	394 100 %	257 65,2 %	85 21,6 %	52 13,2 %
2010 nombre d'actes % régional	446 100 %	303 67,9 %	89 20 %	54 12,1 %
2011 nombre d'actes % régional	428 100 %	249 58,2 %	84 - 19,6 %	95 22,2 %
2012 nombre d'actes % régional	475 100 %	223 46,9 %	128 - 26,9 %	124 26,1 %
Evolution 2009- 2012 du nombre d'actes	81	-34	43	72

### Défibrillateurs implantables (standards) : nombre d'actes

	Total de la région 23 sites dont 2 EIA	Etablissements privés 9 sites	AP-HP 5 sites + Necker	Etablissements publics hors AP-HP 8 sites (CH/ESPIC/EIA)
2009 nombre d'actes % régional	596 100%	317 53,2%	202 33,9%	77 12,9%
2010 nombre d'actes % régional	717 100%	371 51,7%	237 33,1%	109 15,2%
2011 nombre d'actes % régional	809 100%	419 51,8,	265 32,8%	125 15,5%
2012 nombre d'actes % régional	838 100%	385 45,9%	262 31,3%	191 22,8%
Evolution 2009- 2012 du nombre d'actes	242	68	60	114

### Défibrillateurs implantables (multi sites) : nombre d'actes

	Total de la région 23 sites dont 2 EIA	Etablissements privés 9 sites	AP-HP 5 sites + Necker	Etablissements publics hors AP- HP 8 sites (CH/ESPIC/EIA)
2009 nombre d'actes % régional	654 100 %	398 60,9 %	176 26,9 %	80 12,2 %
2010 nombre d'actes % régional	787 100 %	445 56,5 %	221 28,1 %	121 15,4 %
2011 nombre d'actes % régional	786 100 %	423 53,8 %	203 25,8 %	160 20,4 %
2012 nombre d'actes % régional	858 100 %	383 44,6 %	207 24,1 %	268 31,2 %
Evolution 2009- 2012 du nombre d'actes	204	-15	31	188

### Changements de défibrillateurs implantables : nombre d'actes

	Total de la région 23 sites dont 2 EIA	Etablissements privés 9 sites	AP-HP 5 sites + Necker	Etablissements publics hors AP- HP 8 sites (CH/ESPIC/EIA)
2009 nombre d'actes % régional	227 100%	131 57,7%	82 36,1%	14 6,2%
2010 nombre d'actes % régional	289 100%	159 67,9%	117 40,5%	13 4,5%
2011 nombre d'actes % régional	363 100%	166 45,7%	168 46,3%	29 8%
2012 nombre d'actes % régional	435 100%	185 42,5%	171 39,3%	79 18,2%
Evolution 2009- 2012 du nombre d'actes	208	54	89	65

Comme pour l'activité d'ablation, les activités de défibrillation et de stimulation multi-sites sont en forte augmentation dans la région Ile de France (+20 à 75 % selon les actes).

L'activité la plus importante en nombre d'actes est et reste faite dans les établissements privés, mais en part relative d'activité ce sont les établissements publics hors AP-HP qui enregistrent la plus forte augmentation, alors que les établissements privés voient non seulement leur part relative mais également leur nombre d'actes stagner ou diminuer légèrement.

L'activité de l'AP-HP augmente de façon modérée (voire importante pour les changements de défibrillateurs) mais là encore, moins que dans la région dans son ensemble et surtout bien moins que les établissements publics hors AP-HP.

Pour le reste de la rythmologie, 79 établissements sont concernés y compris les 11 sites « adultes » de l'AP-HP et Necker.

#### **Stimulateurs « standards » : nombre d'actes**

	Total de la région 79 sites dont 2 EIA	Etablissements privés 45 sites	AP-HP 11 sites (+ Necker)	Etablissements publics hors AP- HP 23 sites (CH/ESPIC/EIA)
2009 nombre d'actes	7571	5475	780	1316
% régional	100 %	72,3 %	10,3 %	17,4 %
2010 nombre d'actes	7630	5271	748	1611
% régional	100 %	69,1 %	9,8 %	21,1 %
2011 nombre d'actes	7740	4989	932	1819
% régional	100 %	64,5 %	12 %	23,5 %
2012 nombre d'actes	7989	4867	1155	1967
% régional	100 %	61 %	14,5 %	24,6 %
Evolution 2009- 2012 du nombre d'actes	418	-608	375	651

### Changements de stimulateurs : nombre d'actes

	Total de la région 79 sites dont 2 EIA	Etablissements privés 45 sites	AP-HP 11 sites (+ Necker)	Etablissements publics hors AP- HP 23 sites (CH/ESPIC/EIA)
2009 nombre d'actes % régional	2960 100 %	2371 80,1 %	320 10,8 %	269 9,1 %
2010 nombre d'actes % régional	3104 100 %	2501 80,6 %	346 11,1 %	257 8,3 %
2011 nombre d'actes % régional	2956 100 %	2298 64,5 %	346 11,7 %	312 10,6 %
2012 nombre d'actes % régional	2663 100 %	2001 75,1 %	326 12,2 %	336 12,6 %
Evolution 2009- 2012 du nombre d'actes	-291	-370	-6	67

L'évolution de l'activité liée aux stimulateurs cardiaques (primo-implantations et changements) évolue globalement dans la région de manière très différente de l'activité de rythmologie soumise à autorisation. L'activité de primo-implantation n'augmente que de 5 % dans la région, elle diminue significativement dans les établissements privés et augmente de près de 50 % dans les établissements publics hors AP-HP.

Pour l'AP-HP, l'augmentation importante (+ 48 %) observée, si elle est supérieure à celle de la région dans son ensemble, reste inférieure à celle observée dans les établissements publics hors AP-HP. L'évolution de l'activité de changements de stimulateurs cardiaques est encore plus contrastée. Cette activité diminue de presque 10 % dans la région, la diminution étant subie par les établissements privés alors que cette activité augmente dans les établissements publics hors AP-HP et stagne à l'AP-HP.

Dans la région, l'AP-HP ne peut prétendre à garder comme « chasse gardée » les activités les plus complexes. Dans ce domaine, comme pour toutes les activités de rythmologie soumises ou non à autorisation, les établissements privés sont encore prépondérants mais ce sont les établissements publics hors AP-HP qui sont les plus dynamiques.

## 9. Comparaison entre la place de l'AP-HP dans sa région et celle des autres CHU dans leur région respective.

Pour la comparaison avec les autres régions (Bretagne, Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur), seuls deux indicateurs ont été retenus : la rythmologie soumise à seuil pour les établissements autorisés et la primo-implantation de stimulateurs "standards" pour l'ensemble des sites de cardiologie de chaque région.

### Rythmologie soumise à seuil

	Ile de France		PACA		Rhône Alpes		Bretagne		France en totalité
	AP-HP	Hors AP	CHU	Hors CHU	CHU	Hors CHU	CHU	Hors CHU	
2009 nombre d'actes	906	2950	449	2589	1190	1779	613	268	22990
% régional du CHU	23%		15%		44%		70%		
2010 nombre d'actes	878	3381	604	3070	1252	1957	564	358	25565
% régional du CHU	21%		16%		39%		61%		
2011 nombre d'actes	936	3469	677	3205	2195	1464	641	348	27970
% régional du CHU	21%		17%		40%		65%		
2012 nombre d'actes	1100	4032	891	3478	2250	1672	666	364	31458
% régional du CHU	21%		20%		43%		65%		

Pour la rythmologie soumise à seuil, la part d'activité du CHU est très variable selon les régions. Cette part du CHU est la plus importante en Rhône -Alpes et surtout en Bretagne (où sont organisées de véritables filières entre les CHU et les autres établissements publics ou privés). La part d'activité de l'AP-HP dans sa région (environ 20 %) est stable et si elle est inférieure à celle des autres régions suscitées, elle reste légèrement supérieure à celle du CHU en région PACA. Une explication probable est une moindre importance du CHU dans les régions les plus denses en population et en établissements de santé.

### Stimulateurs « standards » : nombre d'actes

	Ile de France		PACA		Rhône Alpes		Bretagne		France en totalité
	AP-HP	Hors AP	CHU	Hors CHU	CHU	Hors CHU	CHU	Hors CHU	
2009 nombre d'actes	780	6791	328	3695	921	3062	399	1666	45766
% régional du CHU	10%		8%		23%		19%		
2010 nombre d'actes	748	6882	353	3708	829	3140	382	1767	46199
% régional du CHU	10%		9%		21%		18%		
2011 nombre d'actes	932	6808	402	3717	840	3349	409	1795	46689
% régional du CHU	12%		10%		20%		18%		
2012 nombre d'actes	1155	6834	498	3890	885	3286	358	1794	48045
% régional du CHU	14%		11%		21%		16%		

Pour la primo-implantation de stimulateurs « standards », la part d'activité de l'AP-HP dans sa région (10 à 15 %) augmente légèrement. Si elle est inférieure à celle du CHU dans deux autres régions (Rhône-Alpes, Bretagne), elle reste supérieure à celle du CHU en région PACA. Sans surprises pour une activité non soumise à autorisation, la part relative du CHU est moins importante dans toutes les régions.

### Conclusion

La comparaison de l'activité au niveau de l'Ile-de-France entre l'AP-HP, les établissements publics hors AP-HP et les établissements libéraux est défavorable à l'AP-HP.

Cette activité se développe de façon nettement plus importante dans les établissements publics hors AP, à un degré moindre au niveau des établissements privés, l'AP-HP tendant à voir sa part d'activité relative stabilisée pour les actes de rythmologie lourds, en augmentation relative de façon modérée dans les activités non soumises à autorisation.

## 10. Personnel médical en rythmologie à l'AP-HP

Un recensement des postes hospitaliers et hospitalo-universitaires a été effectué, permettant de comparer 2005 et 2013.

### Rythmologues

	2005					
	PU PH	MCU PH	CCA	Total HU	PH	Prat.Att. demi-journées
A. Paré	0	0	0	0	0	6
St Antoine	1	0	0	1	0	4
Avicenne	0	0	0	0	0	0
Béclère	0	0	1	1	1.5	4
Bichat	0	0	0	0	0	5
Cochin	0	0	0	0	0	3
HEGP	2	0	2	4	2	23
Larib	1	1	1	3	0.5	15
Mondor	0	0	2	2	1	14
Pitié	0	0	1	1	2.5	40
<b>Totaux</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>12</b>	<b>7.5</b>	<b>114</b>

	2013					
	PU PH	MCU PH	CCA	Total HU	PH	Prat.Att. demi-journées
	0	0	0	0	0	6
	0	0	0	0	0	4
	0	0	0	0	1	0
	0	1	0	1	1.5	4
	1	1	1	3	1	12
	0	0	0	0	0	4
	3	0	2	5	1	18
	0	0	0	0	0.1	4
	1	0	1	2	1.5	14
	0	0	1	1	4.5	30
<b>Totaux</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>12</b>	<b>10.6</b>	<b>96</b>

### Cardiologues

	2005					
	PU PH	MCU PH	CCA	Total HU	PH	Prat.Att. demi-journées
A. Paré	2		3	5	2.5	48
St Antoine	2		2	4	1	83
Avicenne	1		1	2	1	33
Beaujon	1		2	3	1.5	32
Béclère	1		2	3	1.5	27
Bichat	5		4	9	4.5	60
Bicêtre	1		1	2	1	19
Cochin	3		3	6	3	40
HEGP	8		7	15	4.2	104
Hôtel Dieu	1	1		2	1	0
Larib	3		3	6	3.5	47
Mondor	6	1	7	14	3	24
Pitié	6		5	11	7.5	104
<b>Totaux</b>	<b>40</b>	<b>2</b>	<b>40</b>	<b>82</b>	<b>35.2</b>	<b>621</b>

	2013					
	PU PH	MCU PH	CCA	Total HU	PH	Prat.Att. demi-journées
	2		4	6	2.5	37
	2		2	4	2.5	55
	1		1	2	2	36
				0	2	12
	1	1	1	3	1.5	44
	7	1	4	12	7.5	75
	1		2	3	2	15
	2	1	4	7	2	35
	11	2	7	20	7	88
				0		5
	3		3	6	6	21
	5		8	13	6.2	38
	9	1	4	14	7.5	84
<b>Totaux</b>	<b>44</b>	<b>6</b>	<b>40</b>	<b>90</b>	<b>48.7</b>	<b>545</b>

Les effectifs hospitalo-universitaires en rythmologie sont inchangés entre 2005 et 2013 au nombre total de 12, passant respectivement de 4 à 5 PU-PH et de 1 à 2 MCU-PH. Les postes de Chef de clinique sont en baisse de 7 à 5. Parallèlement le nombre total de postes HU en cardiologie a augmenté entre 2005 et 2013, passant de 82 à 90. Ainsi, la part des HU en rythmologie par rapport à l'ensemble des HU de cardiologie est en baisse passant de 14,6 % en 2005 à 13 % en 2013, surtout au dépend des postes de CCA.

Les postes de Praticien hospitalier attribués à la rythmologie sont en hausse, passant de 7,5 à 10,6 entre 2005 et 2013. En revanche, le nombre de demi-journées est en diminution avec 114 demi-journées affectées à la rythmologie en 2005, contre 96 en 2013 (-15,7 %). La hausse du nombre de postes de PH en cardiologie entre 2005 et 2013 est proportionnellement identique (35,2 à 48,7 postes) avec toutefois une moindre baisse du nombre de demi-journées (-12,2 %).

### **11. Rayonnement de l'activité de rythmologie à l'AP-HP**

L'analyse du rayonnement de cette activité a fait l'objet de nombreuses discussions. L'importance en nombre de publications selon *l'impact factor* a été envisagée. L'utilisation du score SIGAPS n'est pas non plus adaptée au but poursuivi et son obtention pour les structures hors APHP est difficile.

Il n'a finalement pas été possible de définir un indicateur simple permettant de comparer la production scientifique entre les structures AP-HP, publiques hors AP et privées.

### **12. DIU de rythmologie et stimulation cardiaque**

Le diplôme interuniversitaire (DIU) de rythmologie et de stimulation cardiaque n'est pas opposable et donc n'est pas indispensable pour la réalisation des actes. En revanche le dossier de demande pour l'accréditation des centres par les ARS interroge sur le nombre de titulaires du diplôme.

Le DIU se déroule sur deux années sur des terrains de stage qui sont très rarement ceux de l'AP-HP. En effet la validation pratique du DIU nécessite la réalisation d'actes qui ne peuvent être faits que lorsque le candidat est chef de clinique dans un des services de l'AP-HP effectuant des actes de rythmologie avec ablation, défibrillation et stimulation. Ceci entraîne une ventilation des candidats en dehors de l'AP-HP, dans les établissements libéraux, source de fidélisation ultérieure dans les structures d'accueil.

Cet enseignement se déroule sur deux ans avec des stages qui, au niveau national, se répartissent en environ 80 centres hospitalo-universitaires, 40 centres hospitaliers non universitaires et 30 centres privés.

Au niveau de l'Ile-de-France, il y a de 10 à 20 inscrits par an. Cinq centres à l'AP-HP sont habilités (Antoine Béchère, Bichat, HEGP, Mondor et La Pitié), et hors AP-HP les candidats peuvent aller dans de nombreux centres qui ont maintenant l'habilitation à l'implantation des défibrillateurs comme le CCN, Massy, Labrousse, la Clinique Ambroise Paré, Parly II, Saint Joseph ou encore l'IMM et des centres hospitaliers généraux comme Lagny, Poissy, Montfermeil, Argenteuil ou Pontoise. Il est demandé qu'il n'y ait pas plus de deux stagiaires par site pour permettre une qualité optimale de formation.

Les restrictions imposées à l'AP-HP pour accepter des candidats font que seuls les chefs de clinique peuvent réellement être formés, ce qui aboutit au fait que la formation pratique des candidats à ce DIU échappe en grande partie à l'AP-HP.

### **13. Statut des stagiaires et médecins extérieurs à l'AP-HP**

Les stagiaires sont en situation d'*observation* au sein de l'AP-HP, en dehors de ceux qui ont un statut : chefs de clinique ou internes en stage, les autres stagiaires, nettement majoritaires, ne pouvant participer activement aux soins pour des problèmes de responsabilité, tout particulièrement lorsqu'il s'agit d'interventions invasives.

Il semble en revanche que lors des stages d'accueil dans des établissements hospitaliers non AP-HP et dans le secteur libéral, il soit proposé aux étudiants la réalisation de gestes pratiques, ceci constituant un élément attractif très fort pour ces stagiaires. Même si les conditions de ces stages au plan de la responsabilité sont mal connues, la fidélisation ultérieure des stagiaires à la structure d'accueil semble y être importante.

Ces problèmes de responsabilité ont été évoqués à plusieurs reprises avec Marc Dupont (Direction des affaires juridiques et des droits du patient), en vue d'obtenir un statut spécifique à ces stagiaires, pouvant d'ailleurs déborder sur les médecins en formation au sein de nos services. Il est confirmé que le statut de médecin bénévole n'est pas admis à ce jour au sein de l'AP-HP.

Le groupe estime nécessaire d'identifier un statut spécifique pour ces étudiants du DIU de rythmologie et de stimulation leur permettant d'effectuer les gestes diagnostiques et thérapeutiques.

L'attractivité de l'AP-HP passe aussi par l'accueil de médecins étrangers formés dans nos services d'excellence : ils participent au rayonnement international de

l'AP-HP et cela renforce l'importance de créer un statut spécifique permettant de les accueillir dans les meilleures conditions.

■ Sur le sujet du « bénévolat médical ». Au plan juridique, la DAJDP n'identifie *a priori* pas d'obstacle majeur, dès lors que les choses sont bien cadrées sur le plan des responsabilités et de l'autorité hiérarchique et fonctionnelle. En revanche, ce dispositif pourrait facilement conduire à des dérives et c'est principalement pour cela semble-t-il que l'AP-HP a jusqu'à présent continuellement adopté une position fermée sur ce sujet.

S'agissant des médecins à diplôme étranger, un cadre statutaire existe. Il faut que les intéressés répondent à différentes conditions, soient inscrits au tableau de l'Ordre des médecins, etc : ils exerceront alors sous la responsabilité directe du responsable de la structure médicale et (pour les attachés associés) ne pourront qu' « exécuter des actes médicaux de pratique courante »... En pratique, il est donc impossible de les former dans le cadre du DIU.

■ Sur le recrutement de praticiens attachés sur des modes différents de la vacation hebdomadaire : l'idée d'une vacation mensuelle est évoquée.

La DAJDP souligne toutefois que le statut des praticiens est strict en la matière et ne permet pas, à réglementation constante, de sortir d'un recrutement sur vacations hebdomadaires (art. R. 6152-606, Code de santé publique : les praticiens attachés consacrent au service hospitalier auquel ils sont affectés le nombre de demi-journées hebdomadaires fixées par leur contrat telles qu'elles figurent au tableau de service. Ces obligations de service sont comprises entre une et dix demi-journées hebdomadaires).

■ Sur les possibilités de détacher un médecin titulaire hospitalier ou hospitalo-universitaire dans un autre service de l'AP : la DAJ précise que les détachements sont tout-à-fait possibles et d'ailleurs courants pour les praticiens « H », sous forme de changement d'affectation avec en principe remboursement du GH d'affectation initiale du praticien. Ils ne sont en revanche pas possibles pour des « HU » entre GH relevant de deux CHU distincts, en raison du principe de non-dissociation des fonctions universitaires et hospitalières.

En conclusion, il n'existe actuellement pas de statut permettant d'accueillir et de former les étudiants du DIU (en dehors des DES et CCA).

## **14. Expérience des services publics hors AP-HP : les exemples de Montfermeil et de Poissy**

### **Montfermeil**

Jacky Sergent, chef du service de Montfermeil, expose l'expérience de son service qui comprend une activité libérale en son sein.

L'hôpital de Montfermeil a débuté l'activité de rythmologie en 1998. La concurrence avec les établissements privés est importante. Actuellement, plus de 200 pacemakers sont posés par an, 100 défibrillateurs, 100 ablations réalisées. Cette activité est supportée par 2,5 ETP et par des cardiologues libéraux venant effectuer leurs tests d'effort dans le cadre d'un contrat libéral au sein de l'hôpital. Cette activité marginale se déroule de façon satisfaisante.

### **Poissy**

Thomas Chastre fait part au groupe de son expérience de praticien hospitalier à temps partagé : mi-temps à la Pitié et mi-temps à l'hôpital de Poissy. L'activité, d'environ 50 défibrillateurs, 60 ablations par an, se développe à la satisfaction générale.

A Poissy, il existe également une activité marginale de Doppler périphériques effectués dans un cadre de contrats libéraux par des cardiologues de ville.

L'expérience de partage d'activité d'un praticien hospitalier est exemplaire. Elle apparaît à tous constituer une solution très intéressante pour développer une activité de rythmologie dans des services de cardiologie ne faisant pas de rythmologie lourde.

L'ensemble des participants reconnaît le caractère innovant et intéressant de l'expérience de Poissy avec le partage d'un praticien hospitalier sur deux sites.

## 15. Valorisation de la rythmologie à l'AP-HP : quelques estimations

### 15.1. Valorisation de l'activité de rythmologie réalisée pour l'ensemble de l'AP-HP en 2013

Pour cette valorisation totale, ont été prises en compte les recettes effectivement perçues pour l'ensemble des séjours comportant au moins un acte de rythmologie, y compris les niveaux de sévérité, les dispositifs implantables et les molécules onéreuses<sup>1</sup>. Le total de ces recettes pour 2013 est de 49 533 714 €.

Il est difficile de calculer une valorisation des séjours en fonction du type d'actes réalisés au cours du séjour. Seule une estimation est possible, car quand plusieurs actes ont été réalisés au cours d'un même séjour, le séjour a été pris en compte plusieurs fois. On peut cependant estimer que les recettes 2013 perçues pour l'activité liée aux stimulateurs cardiaques ainsi qu'aux défibrillateurs implantables, multi sites ou non (primo-implantations, changements, contrôles) représente environ.

- pour les stimulateurs : 1/3 des recettes de la rythmologie
- pour les défibrillateurs : 1/5 des recettes de la rythmologie

En revanche, la valorisation de l'activité de rythmologie par hôpital est possible :

Hôpital	Nombre d'actes	Nombre de séjours	Valorisation totale des séjours en euros
Antoine Béclère	765	439	3 567 985
Bichat	1095	618	8 587 850
HEGP	1405	990	7 941 980
Henri -Mondor	1587	750	8 213 150
Pitié Salpêtrière	2569	1383	15 558 017
Ambroise Paré	26	25	134 692
Avicenne	345	193	1 422 248
Cochin	305	238	1 079 345
Lariboisière	163	114	626 812
Saint Antoine	109	102	645 034
Bicêtre	15	15	127 533

<sup>1</sup> 49 533 714 € correspond au montant figurant à l'arrêté de versement e-PMSI

### 15.2. Evolution de l'activité et des recettes observées à la Pitié

En 2010, à la Pitié, à l'occasion de l'ouverture du bâtiment complémentaire de l'Institut du Cœur, a été mis en œuvre un nouveau projet médical dont une partie spécifique à la rythmologie avec, dans le cadre de ce projet, une augmentation du nombre de lits et du personnel médical et non médical.

L'évolution constatée en recettes (doublement entre 2008-2013) est détaillée ci-dessous :

<b>Années</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>Nombre de lits</b>	10 ± 5	25 à partir du 26-01-2011	25	25
<b>Personnel médical (PM)</b>	N <sub>1</sub>	N <sub>1</sub> + 1 PH + 1 CCA + 10 vacances Soit + 211 518 € / an		
<b>Personnel non médical (PNM)</b>	N <sub>2</sub>	N <sub>2</sub> + 14,5 ETP (équivalents temps-pleins) Soit + 725 000 € / an		
<b>Recettes en euros</b>	8 903 251 €	11 566 998 €	13 928 558 €	15 558 017 €
<b>Efficiences</b>		+	++	+++

### 15.3. Nouveau projet médical pour la rythmologie d'Henri-Mondor

Le CHU Mondor se situe dans un territoire qui draine principalement les bassins de santé 94-1 et 77-2 correspondant à une population de 1,4 million d'habitants. Le pôle médico-chirurgical cardiaque et vasculaire d'Henri Mondor comprend 170 lits et emploie 310 agents dont 46,5 équivalents temps plein en PM (dont 1 PU-PH, 1 PH et 1 PH mi-temps) et 263,5 équivalents temps plein en personnel non médical.

L'activité du pôle est en augmentation régulière depuis 2009 et son bilan budgétaire est positif (dépenses 2011 à 58,5 millions d'euros, recettes 2011 à 62,1 millions d'euros soit un résultat excédentaire de 3,6 millions d'euros).

Mais malgré l'activité croissante, en particulier en rythmologie (deuxième activité de l'AP-HP en rythmologie, cf. supra les tableaux d'activité 2009-2013 des différents sites de l'AP-HP), cette activité restait limitée par le nombre de salle (2 à 3 ablations de fibrillation auriculaire par semaine dans une seule salle de rythmologie interventionnelle) et le nombre de rythmologues (liste d'attente de 3 à

4 mois pour une ablation de foyer arythmogène responsable de fibrillation auriculaire).

Le pôle, en concertation avec le département d'information médicale et la direction du groupe hospitalier, a donc élaboré en 2012 un projet médical prévoyant la construction d'une salle de cardiologie interventionnelle mixte (dédiée pour moitié à l'angioplastie coronaire, pour moitié à la rythmologie, avec la demande d'un poste de PH temps plein).

Le projet était accompagné d'une justification financière, basée sur les données d'activité 2011 avec une estimation des coûts (en fonction en particulier de la structure en PM et en PNM) et donc non superposables aux autres services) et des recettes (en fonction du type d'actes, des comorbidités des patients traités etc...) selon une méthodologie qui n'est pas détaillée.

Avec ces limites, il est cependant intéressant de rappeler que le bénéfice 2011 de la rythmologie à Henri Mondor peut être estimé à 480 000 euros et pourra croître avec l'augmentation d'activité. Cette estimation est à mettre en regard du coût annuel d'un PH temps plein qui est estimé pour le GH à 135 000 euros/an.

## **16. Contrats libéraux au sein de l'AP-HP.**

Situation actuelle : pour les centres qui n'ont pas de rythmologie *in situ*, celle-ci est réalisée sur place pour une partie de l'activité non soumise à autorisation par des praticiens libéraux sur des contrats de praticiens attachés ou par un GCS pour Cochin. Le reste de l'activité est transférée dans les centres le plus souvent libéraux où travaillent les praticiens attachés.

Ce sujet des contrats libéraux est initiateur de la création du groupe, et sa perception n'est pas consensuelle. Le partenariat avec les médecins libéraux sous forme de contrat d'activité libérale est longuement discuté.

Le principe même des contrats libéraux n'est pas souhaitable, exposant notamment à un détournement du recrutement de l'AP vers le secteur privé. Cependant, en cas de non obtention des mesures préconisées par le groupe de travail, les contrats libéraux peuvent s'avérer être un moyen de maintenir une activité rythmologique correspondant aux besoins de chacun des sites cardiologiques de l'AP-HP.

## **17. Praticiens hospitaliers partagés**

Des créations de praticiens hospitaliers partagés sont identifiées par des binômes à définir entre un centre lourd : Bécélère, Bichat, HEGP, Henri Mondor et Pitié Salpêtrière, et un centre léger souhaitant conforter ou développer son activité de rythmologie : Ambroise Paré, Avicenne, Bicêtre, Cochin, Lariboisière et Saint-Antoine.

Les actes non soumis à autorisation seront réalisés dans le centre léger par le PH partagé. Les actes soumis à autorisation seront réalisés dans la structure lourde, sous la responsabilité de ce PH qui en assurerait ainsi le suivi.

Le PH partagé aura été formé dans les deux centres le plus souvent dans le cadre d'un clinicat partagé et sa première année probatoire de PH s'effectuera selon ce mode partagé.

L'augmentation attendue de l'activité de rythmologie est estimée à environ 20 % dans chaque centre lourd sans compter celle induite dans les centres légers avec, en particulier, la possibilité dans tous les centres de récupérer les patients du SAU avant qu'ils ne soient dirigés sur des centres hors AP-HP.

Cette activité supplémentaire fera plus que compenser les masses salariales induites sachant que la moitié des recettes de rythmologie proviennent de l'activité liée aux stimulateurs cardiaques.

## 18. Conclusion

La rythmologie est une sur-spécialité de la cardiologie qui, en dix ans, s'est transformée. Elle est une source importante de recrutement de par sa forte interaction avec les autres domaines de la cardiologie : l'insuffisance cardiaque, les cardiopathies ischémiques notamment. Elle est l'objet d'une croissance rapide d'actes à valorisation importante.

Les travaux du groupe ont permis de mieux préciser l'état exact de notre activité de rythmologie grâce à un recensement précis, service par service, de l'activité réelle comparée aux chiffres du siège. Ils ont confirmé les difficultés dans lesquelles la rythmologie au sein de l'AP-HP se trouve en matière de concurrence avec le secteur libéral et plus encore avec les services publics hors AP-HP qui se développent plus rapidement.

Une redynamisation de la rythmologie à l'AP-HP est indispensable pour accompagner cette rapide évolution.

Le groupe unanime s'accorde sur l'objectif de réintégrer au sein de l'AP-HP tous les patients adressés dans des structures extérieures pour des gestes de rythmologie interventionnelle ou des implantations de stimulateur ou de défibrillateur, et, au delà, sur l'importance de se donner les moyens de développer cette activité.

Le groupe unanime s'accorde sur l'importance d'assurer dans chacun des six services de l'AP-HP, en plus des cinq services disposant d'une autorisation de rythmologie interventionnelle, une activité de rythmologie simple : pose de stimulateur cardiaque, exploration électrophysiologique.

Des moyens médicaux en rythmologie sont indispensables pour assurer cette activité compte tenu de la part croissante des procédures interventionnelles.

Dans cette perspective, deux options sont préconisées :

- **Option A : Renforcement en personnel médical titulaire sous forme de Praticien hospitalier en rythmologie partagé entre un centre lourd et un centre léger**

Chaque demande de poste, échelonnée dans le temps selon les besoins, se fera dans le cadre d'un projet médical commun aux deux centres dans lesquels évoluera le praticien, d'une évaluation financière précise permettant un retour sur investissement.

Il s'agit de l'option préférentielle retenue par le groupe.

Cette approche offre par ailleurs une opportunité de renforcement du maillage organisationnel de l'AP-HP permettant de réintégrer au sein de l'institution tous les patients transférés dans des structures extérieures pour des gestes de rythmologie interventionnelle et permettant la constitution d'une filière de prise en charge allant des urgences aux centres lourds.

➤ **Option B : Contrat d'activité libérale**

L'option du contrat d'activité libérale peut être une solution temporaire plutôt dans les centres ne disposant pas d'une rythmologie titulaire, au cas où un poste de praticien hospitalier partagé avec un centre lourd ne pourrait pas se mettre en place.

La généralisation de cette option exposerait cependant à un risque de déclin de l'activité de rythmologie à l'AP-HP.

Les contrats d'activité libérale devront être étudiés au cas par cas et satisfaire aux conditions prévues par le groupe *ad hoc* de la CME sur l'activité libérale.

**ANNEXES**

**Annexe 1**

Lettre de mission du Président de la CME



Monsieur le P<sup>r</sup> Jean-Yves ARTIGOU  
Département d'activité ambulatoire  
Hôpital René Muret

COMMISSION MÉDICALE  
D'ÉTABLISSEMENT

8, avenue Victoria  
75184 PARIS Cedex 04

Standard : 01 40 27 27 21  
Téléfax : 01 40 27 28 95

Paris, le **22 JAN.** 2013

LE PRÉSIDENT

Cher Jean-Yves,

La CME du 8 janvier a officiellement entériné la création d'un groupe de travail *Rythmologie à l'AP-HP*. Je te demande de bien vouloir en assurer la présidence.

Ce groupe est créé pour un an. Dans l'esprit de notre discussion du 2 janvier, tu devras faire un état des lieux et proposer des pistes d'amélioration.

La rythmologie est la spécialité qui a jusqu'ici motivé les plus nombreuses demandes de contrats pour les médecins libéraux autorisés à pratiquer à l'AP-HP : pourquoi en est-il ainsi ? est-il légitime de l'autoriser ?

Je te laisse le soin de composer ton groupe de la façon qui te semblera la mieux équilibrée et la plus efficace. Il est souhaitable que tu fasses intervenir une majorité de médecins extérieurs à la CME (et peut-être pas tous de l'AP-HP). Alec VAHANIAN, à qui j'en ai parlé, m'a dit être intéressé ; je te laisse libre de le consulter. Tu pourras compter sur l'aide de la direction médico-administrative.

Au bout d'un an, nous ferons le point et verrons ensemble s'il convient de poursuivre.

Merci beaucoup et bien amicalement,



P<sup>r</sup> Loïc CAPRON

Copies

M. le D<sup>r</sup> Georges SCHEWZ, vice-président de la CME

M. le P<sup>r</sup> Michel FOUVIGR, directeur médico-administratif de l'AP-HP

**Annexe 2**

Enquête auprès de la Collégiale des cardiologues de l'AP-HP  
sur les contrats de participation de cardiologues libéraux

<p style="text-align: center;"><b>ENQUETE AUPRES DE LA COLLEGIALE DES CARDIOLOGUES DE L'AP-HP SUR LES CONTRATS DE PARTICIPATION DE CARDIOLOGUES LIBERAUX</b> <b>Jean-Yves Artigou</b></p>
---

Le 12 février 2012, au cours de la réunion de la CME Centrale de l'AP HP, quatre demandes de contrats relatifs à la participation de cardiologues libéraux dans les services hospitaliers de l'AP HP ont été présentées. Les débats qui ont suivi ont justifié un recensement de ce qui se fait déjà et une réflexion au sein de la collégiale de cardiologie de l'AP HP.

Un mail a été adressé à tous les membres de la Collégiale posant les questions suivantes :

**Question n°1 :**

Avez-vous dans votre propre service des médecins libéraux sous contrat et si oui combien ? A combien de demi-journées ? Quel volume d'actes cela représente-t-il ? et dans quel domaine de la cardiologie (interventionnel coronaire, pose de stimulateurs ...) ces actes sont-ils faits ?

**Question n°2 :**

Quelles sont vos attentes dans ce domaine ? le cas échéant, de combien de contrats souhaiteriez-vous disposer ? pour quel type d'actes ?

**Question n°3 :**

Quels moyens préventifs vous sembleraient-il opportuns d'appliquer pour maintenir à l'AP-HP les actes qui en partent ? par exemple, comment inciter les PH à la pratique de ces actes qui se font de plus en plus en dehors de l'AP ? Et dans quels délais ?

**Analyse des réponses**

**Recensement**

Les réponses à la **question n°1** font apparaître que ce type de contrat existe déjà (deux services) ou est en cours (un service) à :

- **Antoine Béclère** : Michel Slama est le précurseur en la matière avec rédaction d'une convention constitutive sous forme d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) depuis six ans. Trois médecins sont concernés pour trois domaines de la cardiologie :

En coronarographie-angioplastie : le cardiologue concerné effectue des coronarographies et des angioplasties ; à la fin de chaque mois, les patients qu'il a traités venant de son propre recrutement sont identifiés. Cette activité libérale ne doit pas dépasser 50 % des actes totaux et sont réalisés en secteur I. L'hôpital reverse au praticien 60 % des actes qu'il a réalisés sur ses patients identifiés.

Cette activité s'est interrompue de fait en juin 2011 avec l'arrêt de l'activité de cardiologie interventionnelle à Antoine Béclère.

En rythmologie : Holter, exploration électrophysiologique et stimulateur : le cardiologue concerné a peu développé cette activité libérale. Seuls quelques actes : Holter ou explorations électrophysiologiques ont été effectués sous cette forme, pas d'implantation de stimulateur cardiaque.

Echocardiographie : le contrat, bien que rédigé, n'a jamais été effectif dans ce domaine.

- **Cochin** : en 2010, une deuxième convention constitutive sous forme d'un groupement de coopération sanitaire est à nouveau signée entre l'AP HP et quatre cardiologues libéraux réunis en SCP.

Ils viennent réaliser dans le service de cardiologie de Simon Weber les explorations électrophysiologiques et implantent les stimulateurs cardiaques. Ils assurent le suivi de ces malades. Ici encore l'hôpital Cochin reverse aux cardiologues libéraux la part contractuelle de son acte établi sur les bases du secteur I.

Environ 80 stimulateurs ont ainsi été implantés l'an dernier.

- **Lariboisière** : Alain Cohen-Solal a effectué pour son service de cardiologie une demande de ce type en vue d'implanter des stimulateurs cardiaques. La demande a été effectuée il y a environ un an maintenant. Elle est toujours en attente d'une réponse définitive.

### **Les attentes**

La précision des attentes, le nombre de contrats nécessaires est très variable d'un service à l'autre.

Dans son fonctionnement actuel, la Pitié Salpêtrière fait face à sa demande sans exprimer réellement un besoin à recourir à ce type de contrat.

Parmi les activités cardiologiques, c'est l'implantation des stimulateurs cardiaques qui apparaît le plus critique actuellement, pouvant justifier de ces mesures. A un moindre degré, les actes coronaires invasifs et les explorations non invasives (lecture de Holter, échocardiographie) pourraient constituer une activité relevant de ces contrats.

### **Les moyens préventifs**

Très peu de réponses à cette question, très peu de suggestions. La promotion de praticiens temps plein dédiés sur ce type d'activité constitue une réponse théorique mais l'attractivité du secteur libéral est soulevée....

## **Synthèse**

L'ensemble des cardiologues de la Collégiale est favorable au principe de conserver à l'AP HP un pan d'activités cardiologiques en utilisant pour cela ces contrats pour les cardiologues libéraux.

Les réserves sont de plusieurs ordres : éviter la coexistence entre deux activités identiques rémunérées différemment, la prise en charge nécessaire du suivi par les cardiologues ayant procédé aux actes interventionnels. Enfin, le développement de ce type de contrat risque d'y attirer massivement les cardiologues libéraux au détriment des demi-journées traditionnelles.

Un consensus se dégage autour du principe de maintenir cette activité minoritaire au sein de la pratique des cardiologues concernés : l'activité libérale réalisée à l'AP HP par ces cardiologues devrait rester inférieure à la moitié de leur activité globale hospitalière.

Pour certains, cela devrait concerner une activité nouvelle rendue possible grâce à ce type de contrat.

Chacun s'accorde sur le caractère extrêmement encadré, transparent avec description très précise du circuit de la prise en charge.

### **Annexe 3**

Comptes rendus des réunions du groupe CME de rythmologie :

- 28 février 2013
- 4 avril 2013
- 16 mai 2013
- 27 juin 2013
- 12 septembre 2013
- 17 octobre 2013
- 21 novembre 2013
- 21 décembre 2013
- 7 février 2014

## COMPTE RENDU DE LA REUNION DU GROUPE CME DE RYTHMOLOGIE

**Date :** 28 février 2013

**Lieu :** siège de l'AP-HP

**Présents :**

Vincent Algalorrondo (Antoine Béclère), Françoise Hidden-Lucet (Pitié Salpêtrière), Antoine Leenhardt (Bichat), Nicolas Lellouche (Henri Mondor), Damien Logeart (Lariboisière), Martine Marchand (Robert Debré), Jean-Jacques Monsuez (René Muret), Emmanuel Teiger (Henri Mondor), Simon Weber (Cochin), Khaled Zerhouni (Neuilly sur Seine), Thierry Begue (Président du CTEM), Christine Geffrier (DMA) et Jean-Yves Artigou.

**Absents ou excusés :**

Ariel Cohen (Saint-Antoine), Xavier Jouven (HEGP), Jean-Yves Le Heuzey (HEGP, confirmation écrite de la réunion non reçue), Nicolas Mansencal (Ambroise Paré).

### 1. Objectifs du groupe

Jean-Yves Artigou lit la lettre de mission du Président de la CME (*Annexe 1*). «La rythmologie est la spécialité qui a jusqu'ici motivé les plus nombreuses demandes de contrat pour les médecins libéraux autorisés à pratiquer à l'AP-HP : pourquoi en est-il ainsi? Est-il légitime de l'autoriser ? ».

Ce groupe est créé pour un an et devra rendre ses conclusions pour le début de l'année 2014.

La Collégiale de cardiologie est attachée à conserver au sein des services de l'AP-HP les différentes activités de sa spécialité.

Une enquête a été effectuée en février 2012 au sein de la Collégiale de cardiologie, portant sur l'exercice libéral. La cardiologie se trouve dans une situation très concurrentielle où l'aide des cardiologues libéraux peut représenter une des réponses possibles sous réserve que l'activité du cardiologue ait une activité accessoire par rapport à son activité publique au sein de nos services et qu'elle soit toujours encadrée par le chef de service.

Un groupe de la CME a été mis en place sur le recours à des professionnels libéraux pour effectuer une activité publique à l'AP-HP. Thierry Bégué, le Président de ce groupe ad hoc, en rappelle les conclusions : l'activité concernée ne doit pas être accessible dans le groupe hospitalier ni dans un autre service facilement accessible de l'AP-HP. Le médecin autorisé doit consacrer autant de temps hospitalier à son exercice libéral qu'à son activité salariée de praticien attaché. Enfin, le groupe hospitalier doit s'engager à former un praticien à exercice salarié exclusif pour le substituer au médecin libéral au terme des cinq ans de son contrat. Le diaporama de la présentation de Thierry Bégué à la CME du 8 janvier 2013 figure en annexe 2.

## **2. Modalités de fonctionnement du groupe**

Le groupe se réunira une fois par mois en dehors des vacances d'été. Les premières réunions seront consacrées à établir un état des lieux le plus précis possible de l'activité réelle dans nos services de l'AP-HP. Ce travail apparaît essentiel pour servir de comparaison ensuite.

Dans un deuxième temps, le groupe invitera à ses réunions les différentes composantes médicales en rythmologie hors AP-HP : établissements publics puis libéraux de l'Île de France puis en dehors de l'Île de France.

Le groupe recueillera enfin l'analyse et les conseils de nos instances nationales.

## **3. La rythmologie à l'AP-HP : situation actuelle et évolution constatée ces dernières années : Christine Geffrier (DMA)**

Christine Geffrier présente le diaporama annexé à ce compte-rendu (Annexe 3). Il suscite de nombreuses réactions de l'ensemble des cardiologues présents. Les chiffres présentés ne reflètent pas la véritable activité des différents services, particulièrement celle des centres lourds : la Pitié Salpêtrière et Henri Mondor notamment. L'activité de Bichat-Lariboisière a été regroupée, son appréciation doit tenir compte de la mutation d'Antoine Leenhardt et de son équipe depuis Lariboisière vers Bichat à l'automne 2011.

Il est impératif de disposer de chiffres réels sur les activités identifiées en rythmologie qui sont listées en 16 items :

1. ablations simples
2. ablations complexes
3. ablations avec cartographie
4. stimulateurs multi-sites
5. défibrillateurs
6. stimulateurs simple et double chambre :primo-implantation
7. stimulateurs simple et double chambre : remplacement
8. télé-cardiologie (exprimé par nombre de patients)
9. fermeture d'auricule
10. extraction de sonde
11. ablation épicaudique
12. exploration électrophysiologique diagnostique
13. pose de holter implantable
14. choc électrique externe programmé
15. consultations de suivi de stimulateur
16. consultation de suivi de défibrillateur

Cette liste sera mise en forme et complétée par l'incorporation du codage auquel ces actes correspondent par Christine Geffrier et Françoise Hidden-Lucet.

Ce travail donnera lieu à un tableau que Jean-Yves Artigou diffusera à chaque centre pour qu'il le renseigne pour la prochaine réunion du 4 avril. Le directeur de l'information médicale du siège sera convié à cette réunion.

#### **4. Activité universitaire de rythmologie**

Il apparaît important de la recenser en évaluant sur les dix dernières années le nombre de médecins Hospitaliers et Hospitalo-universitaires, titulaires et non titulaires, orientés en rythmologie pour en apprécier le nombre et l'évolution.

De même, les publications des dix dernières années seront colligées.

Antoine Leenhardt est chargé de ce recensement universitaire.

#### **Prochaines réunions :**

Jeudi 4 avril à 17 heures

Jeudi 16 mai à 17 heures

Jeudi 27 juin à 17 heures

Au siège de l'AP-HP. La salle sera précisée ultérieurement.

Le 1 mars 2013

Jean-Yves Artigou  
Président du groupe

## COMPTE RENDU DE LA REUNION DU GROUPE CME DE RYTHMOLOGIE

**Date** : 4 avril 2013

**Lieu** : siège de l'AP-HP

**Présents** :

Vincent Algalorrondo (Antoine Béclère), Françoise Hidden-Lucet (Pitié Salpêtrière), Xavier Jouven (HEGP), Antoine Leenhardt (Bichat), Jean-Yves Le Heuzey (HEGP), Nicolas Lellouche (Henri Mondor), Damien Logeart (Lariboisière), Martine Marchand (Robert Debré), Nicolas Mansencal (Ambroise Paré), Jean-Jacques Monsuez (René Muret), Emmanuel Teiger (Henri Mondor), Simon Weber (Cochin), Khaled Zerhouni (Neuilly sur Seine),  
Christine Geffrier (DMA), Namik Taright (DIM, AP-HP),  
et Jean-Yves Artigou.

### **1. Approbation du compte rendu de la réunion du 28 février 2013**

Le compte rendu est approuvé.

### **2. Activité rythmologique réelle : Synthèse des services**

Christine Geffrier fait la synthèse des tableaux reçus : diaporama joint.

Une discussion s'engage service par service en présence de Namik Taright (DIM du siège). Les données présentées émanant directement des services sont conformes à la réalité avec une nuance toutefois : certains services ont repris les actes effectivement effectués, d'autre se sont basé sur les données du PMSI.

Françoise Hidden-Luçet remarque que certaines activités récentes comme la télécardiologie ne sont pas codées alors que les autres institutions le font depuis septembre 2011. De même, certains défibrillateurs n'apparaissent pas faute de référencement à l'AP. Namik Taright doit se pencher sur ces deux problèmes pour notre prochaine réunion.

### **3. Indicateurs globaux pouvant servir de comparaison**

Les données du SROS, en cours de parution pour 2012, doivent permettre de comparer les 10 indicateurs suivants retenus par le groupe :

- stimulateur : primo implantation
- changement de boîtier
- stimulateur multi site
- défibrillateur multi site
- autres défibrillateurs
- changement de défibrillateur
- ablation simple
- ablation complexe
- consultation de contrôle de stimulateur
- consultation de contrôle de défibrillateur.

Christine Geffrier essaiera, selon la date de sortie de ces informations, de les actualiser au mieux pour la prochaine réunion permettant ainsi une comparaison de l'AP-HP avec les centres publics hors AP-HP et les établissements libéraux.

#### **4. Activité de publications et personnel médical en rythmologie**

Antoine Leenhardt a accepté de prendre en charge ces recensements.

Concernant le personnel médical, un recensement par équivalent temps plein il y a 10 ans et maintenant sera effectué auprès des différents centres de l'AP-HP.

L'activité de publications est plus complexe à recenser. Il apparaît judicieux de se limiter à des revues à impact factor élevé et à la production de centres identifiés. Xavier Jouven et Antoine Leenhardt affineront la méthodologie pour la prochaine réunion.

#### **Prochaines réunions :**

Jeudi 16 mai à 17 heures

Jeudi 27 juin à 17 heures

Au siège de l'AP-HP. La salle sera précisée ultérieurement.

Le 10 avril 2013

Jean-Yves Artigou  
Président du groupe

## COMPTE RENDU DE LA REUNION DU GROUPE CME DE RYTHMOLOGIE

**Date** : 16 mai 2013

**Lieu** : siège de l'AP-HP

**Présents :**

Vincent Algalorrondo (Antoine Béclère), Franck Boccara (Saint Antoine), Françoise Hidden-Lucet (Pitié Salpêtrière), Thomas Lavergne (HEGP), Antoine Leenhardt (Bichat), Christophe Meune (Avicenne), Nicolas Lellouche (Henri Mondor), Simon Weber (Cochin), Khaled Zerhouni (Neuilly sur Seine), Christine Geffrier (DMA), Namik Taright (DMI)  
Et Jean-Yves Artigou.

**Excusés :**

Thierry Bégué (Président CTEM), Xavier Jouven (HEGP), Jean-Yves Le Heuzey (HEGP), Damien Logeart (Lariboisière), Nicolas Mansencal (Ambroise Paré), Martine Marchand (Robert Debré), Jean-Jacques Monsuez (René Muret)

### **1. Approbation du compte rendu de la réunion du 4 avril 2013**

Ce compte rendu est approuvé.

### **2. Comparaison de l'activité rythmologique entre l'AP-HP et les établissements hors AP-HP**

A partir des 10 indicateurs retenus, Christine Geffrier a comparé l'activité rythmologique entre l'AP-HP et les autres établissements publics et privés sur les bases des données nationales et régionales.

En pratique, 8 indicateurs sur 10 se prêtent à cette comparaison : les deux activités de consultation ne pouvant pas être récupérées à partir des bases disponibles.

Le diaporama est joint à ce compte rendu. Il laisse ressortir une position très forte des établissements libéraux. En revanche, parmi les établissements publics, l'AP-HP tient une place majeure, dominante quand on la considère dans son ensemble.

Un affinement de cette analyse est nécessaire, tenant notamment compte du poids relatif de l'AP-HP en cardiologie non rythmologique.

Il serait utile de rapporter ces résultats à un indicateur d'activité qui n'apparaît pas simple à déterminer : le nombre de séjours cardiologiques ?

Le Docteur Taright, DIM du siège, doit y réfléchir pour la prochaine réunion qui sera l'occasion d'une nouvelle présentation de ces résultats sous une forme affinée.

### **3. Prise en compte par l'AP-HP des activités rythmologiques nouvelles**

Le Docteur Taright a étudié le point soulevé au cours de notre dernière réunion par Françoise Hidden-Luçet au sujet de l'absence de prise en compte de la prestation de télécardiologie. Cela est confirmé.

Le fabricant prévoit un surcoût destiné à prendre en charge le remboursement de cette prestation, ce qui revient à une perte pour l'AP-HP.

Le Docteur Taright a contacté l'AGEPS qui ne donne pas suite à la demande de l'incorporer dans ses propres référencements.

Une réunion est prévue à la Pitié Salpêtrière avec Françoise Hidden-Luçet, le pharmacien de l'AGEPS, celui de la Pitié Salpêtrière, le Docteur Taright et Christine Geffrier en vue de faire référencer cette prestation.

### **4. Evolution du personnel médical en rythmologie à l'AP-HP**

Antoine Leenhardt a recensé les personnels médicaux hospitalo-universitaires et hospitaliers affectés en rythmologie en comparant la période d'il y a 10 ans aux effectifs actuels.

Les conclusions figurent sur le document joint.

Les effectifs universitaires sont plutôt en hausse passant respectivement de 4 à 5 PU-PH, et de 0 à 2 MCU. Les postes de chef de clinique sont stables à 5. Les postes de PH sont en discrète hausse : passant de 9 à 10,6. En revanche, le personnel non titulaire est en diminution avec 115 demi-journées en 2003 et 96 actuellement.

### **5. Publications en rythmologie à l'AP-HP : méthode d'évaluation**

Plusieurs méthodes sont possibles pour tenter cette évaluation, toutes difficiles.

L'utilisation de l'H index semble être une méthode relativement simple pour définir l'activité de publications en rythmologie des équipes à l'AP.

Parallèlement, Antoine Leenhardt propose de retenir les 5 premières revues à impact factor supérieur à 10 et de recenser les équipes AP et hors AP ayant publié en rythmologie dans ces revues.

L'utilisation de SIGAPS ne semble pas adaptée au but poursuivi par le groupe.

Christophe Misse sera consulté pour nous conseiller sur la meilleure démarche.

## **6. Enseignement de la rythmologie**

Cette partie importante de l'activité universitaire des rythmologues doit être évaluée, les difficultés rencontrées mises en évidence pour proposer des solutions. En particulier, le DIU de rythmologie et stimulation prévoit en deux ans des terrains de stages que l'AP-HP ne peut suffire à proposer.

Ceci entraîne une ventilation des étudiants hors AP-HP et dans les établissements libéraux, source de fidélisation ultérieure de ce partenariat initialement recentré sur l'enseignement.

Par ailleurs, les services de l'AP-HP sont en difficulté pour laisser ces stagiaires exercer sous contrôle une activité invasive, posant des problèmes de responsabilité qui ne sont pas résolus.

Jean-Yves Le Heuzey, responsable de ce DIU, présentera à la prochaine réunion les données concernant ce DIU, la capacité et les conditions d'accueil de l'AP-HP.

A une réunion d'automne, la Direction des affaires juridiques sera invitée pour répondre en particulier à ces aspects de responsabilité.

### **Prochaines réunions :**

Jeudi 27 juin

Jeudi 12 septembre

Jeudi 17 octobre

Jeudi 21 novembre

Jeudi 19 décembre : séance de synthèse

à 17 heures au siège de l'AP-HP.

La salle sera précisée ultérieurement.

Le 21 mai 2013

Jean-Yves Artigou  
Président du groupe

## COMPTE RENDU DE LA REUNION DU GROUPE CME DE RYTHMOLOGIE

**Date** : 27 juin 2013

**Lieu** : siège de l'AP-HP

**Présents** :

Vincent Algalorrondo (Antoine Béclère),  
Françoise Hidden-Lucet (Pitié Salpêtrière),  
Xavier Jouven (HEGP),  
Thomas Lavergne (HEGP),  
Antoine Leenhardt (Bichat),  
Nicolas Lellouche (Henri Mondor),  
Damien Logeart (Lariboisière),  
Nicolas Mansencal (Ambroise Paré),  
Martine Marchand (Robert Debré),  
Jean-Jacques Monsuez (René Muret)  
Simon Weber (Cochin),  
Christine Geffrier (DMA),  
et Jean-Yves Artigou.

**Invités** :

Thomas Chastre (Poissy et Pitié-Salpetriere)  
Jacky Sergent (Montfermeil)

**Excusés** :

Ariel Cohen, Jean-Yves Le Heuzey (HEGP), Christophe Meune (Avicenne), Khaled Zerhouni (Neuilly sur Seine)

### **1. Approbation du compte rendu de la réunion du 16 mai 2013**

Ce compte rendu est approuvé.

### **2. Comparaison finalisée de l'activité rythmologique entre l'AP-HP et les établissements hors AP-HP à partir des indicateurs retenus**

Christine Geffrier présente l'activité des différents établissements en fonction des indicateurs : rythmologie soumise à seuil, ablation simple et complexe, stimulateur cardiaque standard primoimplantation, stimulateur cardiaque changement, défibrillateur implantable primo-implantation et changement.

Ce diaporama est annexé à ce compte-rendu.

Les conclusions de cette comparaison sont défavorables à l'AP : les établissements publics hors AP et libéraux sont extrêmement actifs avec une progression plus forte.

Une estimation financière de l'activité rythmologique a été faite en comptabilité analytique à Henri Mondor. Ces données n'existent pas au niveau du siège ; elles sont complexes à réaliser. Nicolas Lellouche nous présentera ce travail effectué à Mondor à l'occasion de la prochaine réunion du groupe.

Les différents composants du recrutement sont analysés : en particulier, l'importance du SAMU est mise en évidence. La disponibilité permanente d'un lit d'accueil de rythmologie à l'AP apparaît indispensable. Pour certains, la solution serait de mettre en place l'équivalent d'une « grande garde » permettant au SAMU de pouvoir hospitaliser un patient en rythmologie à l'AP. Mais l'éloignement géographique potentiel dans cette hypothèse est souligné.

### **3. Prise en compte par l'AP-HP des activités rythmologiques nouvelles : Françoise Hidden- Luçet, Namik Taright**

Ce point n'a pas avancé depuis la dernière réunion.

### **4. Evolution de personnel médical en rythmologie à l'AP-HP**

Antoine Leenhardt et Christine Geffrier doivent échanger leurs données pour les affiner. Les résultats seront présentés à la réunion de septembre.

### **5. Publications en rythmologie à l'AP-HP : méthode d'évaluation**

Antoine Leenhardt expose les difficultés rencontrées pour cette évaluation et cette comparaison aux autres équipes en dehors de l'AP. L'importance du travail justifie de le répartir entre les membres du groupe.

Antoine Leenhardt adressera un mail aux participants pour définir les revues étudiées et la période étudiée notamment. Une dizaine de CHU seront identifiés et comparés à l'AP. Chaque membre du groupe prendra en charge les publications de sa propre équipe et d'un CHU.

### **6. Expérience des services publics hors AP-HP : les exemples de Montfermeil et de Poissy**

Jacky Sergent, chef du service de Montfermeil, et Thomas Chastre, responsable de l'activité de rythmologie à Poissy, rejoignent le groupe de travail pour faire part de leur expérience.

L'hôpital de Montfermeil a débuté l'activité de rythmologie en 1998. Actuellement, plus de 200 pacemakers sont posés par an, 100 défibrillateurs, 100 ablations réalisées. Cette activité est supportée par 2,5 ETP.

L'expérience de Poissy est originale puisque le PH en charge de la rythmologie, Thomas Chastre, est mi-temps à la Pitié et mi-temps à l'hôpital de Poissy. L'activité est d'environ 50 défibrillateurs, 60 ablations par an.

Cette expérience de partage d'activité d'un praticien hospitalier est tout à fait exemplaire et apparaît à tous être une solution très intéressante pour développer une activité de rythmologie dans des centres qui n'en sont pas dotés.

La concurrence avec les établissements privés est importante. A Montfermeil, une activité libérale est exercée par des cardiologues libéraux venant effectuer leurs tests d'effort au sein de l'hôpital. C'est la seule activité libérale au sein du service de cardiologie.

A Poissy, les Doppler périphériques sont effectués dans un cadre de contrats libéraux par les cardiologues de ville.

L'ensemble des participants reconnaît le caractère innovant et intéressant de l'expérience de Poissy avec le partage d'un praticien hospitalier sur deux sites. Cela peut être une solution à l'avenir pour les services de l'AP qui ne pratiquent pas la rythmologie et qui pourraient ainsi la mettre en place.

Un long débat s'engage sur l'intérêt du renfort des cardiologues libéraux au sein des hôpitaux de l'AP. Pour certains, cela représente une aide utilisable en cas de besoin au cas par cas. Pour d'autres, le principe même n'est pas acceptable. Cette discussion sera poursuivie au cours de la réunion de septembre.

**Prochaines réunions :**

**Jeudi 12 septembre à 17 heures**

**Mardi 15 octobre à 18 heures : ATTENTION :** les date et horaires sont atypiques car nous recevrons Jean-Claude Daubert

**Jeudi 21 novembre à 17 heures**

**Jeudi 19 décembre à 17 heures**

Le 1<sup>er</sup> juillet 2013

Jean-Yves Artigou  
Président du groupe

<b>COMPTE RENDU DE LA REUNION DU GROUPE CME DE RYTHMOLOGIE</b>
--

**Date :** 12 septembre 2013

**Lieu :** siège de l'AP-HP

**Présents :**

Vincent Algalorrondo (Antoine Béclère),  
Françoise Hidden-Lucet (Pitié Salpêtrière),  
Xavier Jouven (HEGP),  
Jean-Yves Le Heuzey (HEGP),  
Antoine Leenhardt (Bichat),  
Nicolas Lellouche (Henri Mondor),  
Martine Marchand (Robert Debré),  
Christophe Meune (Avicenne),  
Jean-Jacques Monsuez (René Muret)  
Khaled Zerhouni (Neuilly-sur-Seine),  
Christine Geffrier (DMA),  
et Jean-Yves Artigou.

**Invité :**

Marc Dupont (Direction des affaires juridiques)

**Excusés :**

Thierry Bégué, Ariel Cohen, Thomas Lavergne, Damien Logeart, Nicolas Mansencal, Simon Weber

**1. Approbation du compte rendu de la réunion du 27 juin 2013**

Ce compte rendu est approuvé.

**2. Enseignement de la rythmologie à l'AP-HP**

Jean-Yves Le Heuzey situe l'enseignement de la rythmologie au niveau national en rappelant que le diplôme interuniversitaire n'est pas nécessaire pour la réalisation des actes mais l'accréditation des centres dépend du nombre de titulaires diplômés. Cet enseignement se déroule sur deux ans avec des stages qui, au niveau national, se répartissent en 80 centres hospitalo-universitaires, 40 centres hospitaliers non universitaires et 30 centres privés.

Au niveau de l'Île-de-France, il y a 20 inscrits par an. 5 centres à l'AP-HP (Antoine Béclère, Bichat, HEGP, Mondor et La Pitié), 5 centres privés (CCN, Massy, Labrouste, la Clinique Ambroise Paré et Parly II) et 3 centres hospitaliers généraux (Lagny, Poissy et Montfermeil). Il n'y a pas plus de deux stagiaires par site.

Les stagiaires sont observateurs à l'Assistance publique, en dehors de ceux qui ont un statut : les chefs de clinique ou les internes en stage. En revanche, les autres stagiaires, nettement majoritaires, ne peuvent participer activement aux soins pour des problèmes de responsabilité. M. Dupont confirme que le statut de médecin bénévole n'est pas encouragé à l'Assistance Publique.

Chacun s'accorde sur la nécessité d'identifier un statut spécifique pour ces étudiants du DIU de rythmologie et de stimulation leur permettant d'effectuer les gestes diagnostiques et thérapeutiques. Les stages d'accueil en hospitalier non AP et dans le secteur libéral proposent aux étudiants la réalisation de ces gestes pratiques, constituant ainsi un élément attractif très fort pour ces stagiaires. Leur fidélisation ultérieure à la structure d'accueil est importante.

L'attractivité de l'AP-HP passe aussi par l'accueil de médecins étrangers formés dans nos services d'excellence : ils participent au rayonnement international de l'AP-HP et cela renforce l'importance de créer un statut spécifique permettant de les accueillir dans les meilleures conditions (Françoise Hidden-Luçet).

### **3. Comparaison finalisée de l'activité rythmologique à l'AP-HP et hors AP-HP**

Christine Geffrier présente le diaporama affiné de cette comparaison d'activité confirmant la tendance globale d'une augmentation sensible de l'activité dans les services hospitaliers hors AP aux dépens avant tout du secteur libéral et pour une moindre partie de l'AP-HP.

Le diaporama figure en annexe.

### **4. Les différents contrats possibles avec les médecins hors AP-HP**

M. Dupont, direction des affaires juridiques, expose les différents modes d'exercice à l'AP-HP pour un médecin libéral : GCS, clinicien praticien (ce statut n'a pas de concrétisation à l'AP) ou plus récemment les contrats d'activité libéraux à la faveur de la loi HPST.

Un long débat s'engage sur l'intérêt de ces partenariats.

Pour Cochin qui a une expérience positive d'un GCS, cette organisation permet de ne pas laisser échapper vers le secteur privé un recrutement de rythmologie de niveau I. Les médecins du GCS participent aux différentes activités du service y compris à la formation des internes et des étudiants.

Pour d'autres, le recrutement hospitalier risque d'être détourné vers le privé et la disparité dans les rémunérations avec les autres médecins libéraux ayant un statut d'attaché pose problème. L'intérêt de l'Assistance Publique n'apparaît pas clairement pour certains (Antoine Leenhardt).

Il apparaît à l'ensemble des participants que dans l'état actuel du fonctionnement des services de rythmologie à l'AP-HP, il soit possible d'augmenter l'activité de 20 à 30 % par

rapport à ce qu'elle est actuellement en s'en donnant des moyens purement humains : recrutements médicaux et paramédicaux.

L'idée d'un recrutement supplémentaire par l'intermédiaire de cardiologues libéraux apparaît mauvaise pour certains, et en tout cas non prioritaire pour l'ensemble des participants.

Le partage d'un poste de praticien hospitalier entre deux services de cardiologie de l'AP-HP : l'un de niveau III, l'autre de niveau 1, apparaît à tous être une excellente solution avec en amont, la nécessité d'augmenter le nombre d'internes dédiés à l'activité de rythmologie des services de cardiologie.

#### **5. Evolution du personnel médical en rythmologie à l'AP-HP**

L'évolution du personnel hospitalier et hospitalo-universitaire en 2005 est comparée à celle de 2013 dans un document remis sur table et figurant en annexe.

#### **6. Publications en rythmologie à l'AP-HP**

Antoine Leenhardt a eu trois réponses seulement au questionnaire qu'il avait adressé à l'ensemble des services de cardiologie. Le recensement des publications pour les comparer entre elle apparaît être un projet trop ambitieux et trop difficile à réaliser.

#### **7. Réunion du 17 octobre 2013 avec la participation du Professeur Daubert**

La prochaine réunion sera consacrée à un échange avec le Professeur Jean-Claude Daubert, rythmologue, Président du CNU de cardiologie.

#### **Prochaines réunions :**

Jeudi 17 octobre à 17 heures : salle 119.

Jeudi 21 novembre à 17 heures

Jeudi 19 décembre à 17 heures : séance de validation du rapport final

Le 16 septembre 2013

Jean-Yves Artigou  
Président du groupe

<b>COMPTE RENDU DE LA REUNION DU GROUPE CME DE RYTHMOLOGIE</b>
--

**Date :** 17 octobre 2013

**Lieu :** siège de l'AP-HP, salle 119

**Présents :**

Vincent Algalorrondo (Antoine Béclère),  
Franck Boccara (Saint Antoine),  
Françoise Hidden-Lucet (Pitié Salpêtrière),  
Jean-Yves Le Heuzey (HEGP),  
Antoine Leenhardt (Bichat),  
Nicolas Lellouche (Henri Mondor),  
Nicolas Mansencal (Ambroise Paré),  
Martine Marchand (Robert Debré),  
Jean-Jacques Monsuez (René Muret)  
Simon Weber (Cochin),  
Marc Dupont (DAJ)  
Christine Geffrier (DMA),  
Et Jean-Yves Artigou.

**Invité :**

Jean-Claude Daubert

**Excusés :**

Thierry Bégué, Ariel Cohen, Xavier Jouven, Thomas Lavergne, Damien Logeart, Christophe Meune, Khaled Zerhouni

**1. Approbation du compte rendu de la réunion du 12 septembre 2013**

Ce compte rendu est approuvé.

**2. Présentation des travaux du groupe au Professeur Jean-Claude Daubert**

Le Professeur Jean-Claude Daubert, rythmologue au CHU de Rennes, est Président du CNU de cardiologie.

Madame Geffrier (DMA) présente les données d'activité de l'Ile-de-France en comparant les différents secteurs : AP, établissements publics hors AP et privés. :

L'AP est stable ou légèrement en baisse tandis que le privé chute légèrement et que le public hors AP progresse sensiblement.

Elle présente également une comparaison entre les régions Ile-de-France, PACA, Rhône-Alpes et Bretagne.

Le diaporama figure en annexe de ce compte rendu.

J.-Y. Artigou présente ensuite la synthèse des cinq précédentes réunions : souhait de conserver et de développer l'activité de rythmologie à l'AP-HP, évolution du personnel médical centré sur la rythmologie (travail de Antoine Leenhardt et Madame Geffrier), difficultés rencontrées pour préciser l'activité de publications et le rayonnement international dans cette sous-spécialité de la cardiologie ainsi que les différentes pistes déjà évoquées.

J.-C. Daubert fait part de son expérience en Bretagne où pour la région, sept centres ont été autorisés à pratiquer la rythmologie interventionnelle. En revanche, la pose de défibrillateurs automatiques et les ablations complexes sont exclusivement effectuées dans les deux CHU de Rennes et de Brest. Des conventions existent entre ces deux CHU et les autres centres avec des partages de praticiens hospitaliers de ces centres vers le CHU à l'occasion d'une journée par semaine pour réaliser les gestes complexes.

Parallèlement, le service de Rennes accueille 4 praticiens libéraux pour la rythmologie dans le cadre de contrat d'activité libérale, les attachés ont quasiment disparu.

J.-C. Daubert se félicite de ce partenariat qui se passe dans de bonnes conditions pour toutes les parties. Les indications sont de fait posées par les cardiologues libéraux pour leurs patients.

#### Stagiaires-Médecins bénévoles : vide statutaire

Le statut de médecin bénévole étant en net retrait à l'AP, Il apparaît indispensable de pouvoir faire bénéficier d'un véritable statut les médecins stagiaires dans le cadre de l'actuel DIU de rythmologie et stimulation cardiaque, ainsi que les médecins à diplôme étranger venant en formation, afin de leur permettre d'effectuer des actes de rythmologie. Ce vide statutaire pénalise l'AP par rapport aux structures publiques hors AP et au privé.

Marc Dupont fera à la prochaine réunion des propositions dans ce sens. Il lui est demandé également de réfléchir à la possibilité de recruter des praticiens attachés sur des modes différents de la vacation hebdomadaire : l'idée d'une vacation mensuelle est évoquée (Françoise Hidden-Lucet).

M. Dupont réfléchira également aux possibilités de détacher un médecin titulaire hospitalier ou hospitalo-universitaire dans un autre service de l'AP : mise à disposition avec ou sans contrepartie. Cette réflexion doit également concerner la mise à disposition dans des services publics hors AP.

#### Partenariat avec des médecins libéraux

Pour les centres qui n'ont pas de rythmologie in situ, celle-ci est réalisée sur place pour une partie de l'activité non soumise à autorisation par des praticiens libéraux sur des contrats de praticiens attachés ou par un GCS pour Cochin, et pour le reste de l'activité transférée dans les centres le plus souvent libéraux où travaillent les praticiens attachés.

Ce sujet est initiateur de la création du groupe, et sa perception n'est pas consensuelle. Au terme d'un tour de table où tous les centres sauf Lariboisière sont représentés, les axes suivants se dégagent :

L'ensemble des participants s'accorde sur le but fixé : réintégrer au sein de l'APHP tous les patients adressés dans des structures extérieures pour des gestes de rythmologie interventionnelle ou des implantations de prothèses et, au-delà, développer cette activité si les moyens le permettent.

Il apparaît à tous nécessaire de créer des postes d'internes fléchés en rythmologie dans les centres lourds ainsi que des praticiens hospitaliers rythmologues partagés entre un centre lourd et un centre léger. Le rôle de ce PH rythmologue est de prendre en charge sur le plan diagnostique et thérapeutique tous les patients de rythmologie du service ne disposant pas d'une unité de rythmologie lourde. Les actes non soumis à autorisation pourraient être réalisés sur place par le PH. Les actes soumis à autorisation seraient réalisés dans la structure lourde.

Le partenariat avec les médecins libéraux sous forme de contrat d'activité libérale est longuement discuté. Pour certains, le principe même de ce partenariat n'est pas souhaitable, exposant notamment à un détournement du recrutement de l'AP vers le secteur privé. Pour d'autres cela peut être une solution à envisager selon les situations propres à chaque service ou en cas d'insuffisance des premières mesures.

Au terme d'un tour de table et d'une longue discussion, une tendance majoritaire se dégage pour ne pas mettre en priorité les contrats d'activité libérale au moins dans un premier temps.

#### Quantification de la réserve de recrutement en rythmologie à l'AP

Il est important d'estimer l'activité de rythmologie qui échappe à l'AP directement : patients initialement pris en charge dans les services de l'Assistance Publique et adressés en dehors faute de prise en charge possible par le service d'accueil. Cette quantification permettra d'évaluer les recettes possibles et les besoins en personnels médicaux et non médicaux nécessaires pour atteindre l'exhaustivité dans cette prise en charge.

Chaque service va être contacté pour adresser cette estimation avant la prochaine réunion du groupe afin de l'intégrer dans le rapport.

Au-delà de ces patients qui se présentent dans les services, il faut aussi estimer le nombre supplémentaire de ceux qui ne sont pas comptabilisés parce qu'ils n'arrivent pas jusque dans les services, redirigés en amont : urgences, contacts téléphoniques ...)

### **3. Synthèse : Jean-Claude Daubert**

J.-C. Daubert insiste sur le caractère programmé de la rythmologie qui doit permettre une organisation satisfaisante de sa prise en charge avec la nécessité d'une souplesse et d'une adaptation au cas par cas.

Il observe enfin que Paris a pris un retard manifeste dans la prise en charge de la rythmologie comparé aux CHU en régions. Il espère que notre réflexion contribuera à rattraper ce retard.

**Prochaine réunion :**

Jeudi 21 novembre à 17 heures : rédaction du rapport

Le 18 octobre 2013

Jean-Yves Artigou  
Président du groupe

## COMPTE RENDU DE LA REUNION DU GROUPE CME DE RYTHMOLOGIE

**Date** : 21 novembre 2013

**Lieu** : siège de l'AP-HP, salle 119

**Présents :**

Vincent Algalorrondo (Antoine Béclère),  
Françoise Hidden-Lucet (Pitié Salpêtrière),  
Thomas Lavergne (HEGP)  
Antoine Leenhardt (Bichat),  
Nicolas Lellouche (Henri Mondor),  
Damien Logeart (Lariboisière),  
Nicolas Mansencal (Ambroise Paré),  
Martine Marchand (Robert Debré),  
Jean-Jacques Monsuez (René Muret)  
Simon Weber (Cochin),  
Khaled Zerhouni (Neuilly sur Seine)  
Marc Dupont (DAJ)  
Christine Geffrier (DMA),  
Et Jean-Yves Artigou.

**Excusés :**

Thierry Bégué, Franck Boccara, Xavier Jouven, Christophe Meune, N. Taright

### 1. Approbation du compte rendu de la réunion du 17 octobre 2013

Ce compte rendu est approuvé.

### 2. Réserve d'activité rythmologique dans nos services : analyse des réponses des services

Christine Geffrier (DMA) présente les réponses des différents services synthétisés sur un document intégré à la version préliminaire du rapport envoyé à tous les membres le 10 décembre.

Au-delà de cette activité effectivement externalisée, un tour de table tente de préciser celle qui est potentiellement récupérable au sein des services de l'AP-HP. Cette estimation est difficile à faire, et chacun souligne qu'elle est imprécise par nature.

Le chiffre de 25 % par service apparaît raisonnable: un quart de l'activité supplémentaire pourrait être réalisée si les moyens, essentiellement médicaux, étaient optimaux.

### 3. Statut des stagiaires du DIU et des médecins en formation

Marc Dupont (DAJ) répond aux trois questions soulevées :

- médecins bénévoles : sans qu'il y ait d'obstacle majeur, il s'agit d'un dispositif qui pourrait facilement conduire à des dérives et c'est principalement pour cela que l'AP-HP a jusqu'à présent adopté une position fermée sur ce sujet ;
- pour les stagiaires du DIU qui n'ont pas d'employeur, ce qui est le plus fréquent, la voie du bénévolat pourrait être explorée le cas échéant ;
- pour les médecins diplômés étrangers, il faut qu'ils répondent au cadre statutaire avec inscription au Conseil de l'Ordre et qu'ils disposent du plein exercice... Cela ne rend donc pas possible la participation des médecins étrangers dans ce cadre.

Recrutement de Praticiens attachés sur des modes différents de la vacation hebdomadaire : Il n'y a pas de possibilité de déroger à cette fréquence hebdomadaire qui s'inscrit dans le Code de la Santé publique.

Possibilités de détachement d'un médecin titulaire dans un autre service de l'AP-HP : Cela est possible. Dans le schéma habituel du PH affecté à un service, cette année probatoire l'empêche de pouvoir être localisé sur deux sites (Françoise Hidden-Luçet). En pratique, cet obstacle semble contournable.

### 4. Rédaction du rapport

Jean-Yves Artigou propose un document martyr qui fait l'objet de corrections et d'une responsabilisation des rédacteurs.

Pour le 10 décembre prochain, Antoine Leenhardt, Jean-Yves Le Heuzey, Christine Geffrier, Marc Dupont, Namik Taright, adresseront à Jean-Yves Artigou, la rédaction finalisée du paragraphe les concernant.

Du 10 au 19 décembre, la version globalisée du rapport sera adressée à tous les membres pour modifications.

Le groupe se réunira une dernière fois le **19 décembre** au siège pour finaliser le rapport.

Le 25 novembre 2013

Jean-Yves Artigou  
*Président du groupe*

<b>COMPTE RENDU DE LA REUNION DU GROUPE CME DE RYTHMOLOGIE</b>
--

**Date** : 19 décembre 2013

**Lieu** : siège de l'AP-HP

**Présents** :

Vincent Algalorrondo (Antoine Béclère),  
Françoise Hidden-Lucet (Pitié Salpêtrière),  
Jean-Yves Le Heuzey (HEGP),  
Antoine Leenhardt (Bichat),  
Nicolas Lellouche (Henri Mondor),  
Damien Logeart (Lariboisière),  
Nicolas Mansencal (Ambroise Paré),  
Martine Marchand (Robert Debré),  
Christophe Meune (Avicenne),  
Jean-Jacques Monsuez (René Muret)  
Simon Weber (Cochin),  
Khaled Zerhouni (Neuilly sur Seine),

Christine Geffrier (DMA),  
et Jean-Yves Artigou.

**1. Approbation du compte rendu de la réunion du 21 novembre 2013**

Ce compte rendu est approuvé.

**2. Rédaction du rapport du groupe**

L'intégralité de la réunion est consacrée à la relecture et la correction au fur et à mesure du rapport du groupe qui devient définitif en fin de séance.

Le 21 décembre 2013

Jean-Yves Artigou  
Président du groupe

<b>COMPTE RENDU DE LA REUNION DU GROUPE CME DE RYTHMOLOGIE</b>
--

**Date** : 7 février 2014

**Lieu** : siège de l'AP-HP

**Présents** :

Loïc Capron (président de la CME)  
Françoise Hidden-Lucet (Pitié Salpêtrière),  
Antoine Leenhardt (Bichat),  
Nicolas Lellouche (Henri Mondor),  
Damien Logeart (Lariboisière),  
Nicolas Mansencal (Ambroise Paré),  
Jean-Jacques Monsuez (René Muret)  
Simon Weber (Cochin),  
Khaled Zerhouni (Neuilly sur Seine),  
Marc Dupont (Direction des affaires juridiques)  
Christine Geffrier (DMA)  
Catherine Ravier  
et Jean-Yves Artigou.

Cette réunion se tient à la demande du Président Loïc Capron qui a souhaité rencontrer le groupe de travail après que Jean-Yves Artigou lui ait exposé le 8 janvier 2014 les préconisations et conclusions du groupe.

Depuis la dernière réunion du 21 décembre 2013, une estimation des recettes financières engendrées par les activités de rythmologie ont été évaluées d'une façon générale, et sur deux sites : Lariboisière et Henri Mondor.

Au terme de la réunion, il est décidé de préciser la conclusion du rapport du groupe.

Le groupe se réunit immédiatement après cette réunion, à 17 heures, pour préciser les conclusions du rapport à la lumière de la discussion précédente dans le cadre d'une rédaction collective.

En fin de réunion, le texte du rapport est déclaré définitif.

Le 10 février 2014

Jean-Yves Artigou  
Président du groupe

**Annexe 4**

Activités nouvelles

### **Activités nouvelles (Dr Namik Taright)**

Le travail de recensement mené par le groupe permet d'identifier certaines activités récentes qui, comme les systèmes de télésurveillance pour défibrillateur cardiaque implantable (DCI), ne peuvent être codées par les cardiologues.

Certains défibrillateurs n'apparaissent pas dans les outils de codage de l'AP-HP faute de référencement ou du fait d'un retard de référencement. Dans ce cas, il s'agirait d'améliorer le processus de mise à jour des références.

Pour les systèmes de télésurveillance, le problème est plus complexe. Un certain nombre de références (codes LPP : 3407713, 3414541, 3427822, 3433314, 3435017, 3456628, 3464579, 3474164, 3491091, 3492564, 3499030, 3499780) inscrites à la liste des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation ne sont pas présentes dans nos outils de codage. Selon l'AGEPS contactée à la demande du groupe par le Dr Taright, ces références ne peuvent être ajoutées à nos outils car il ne s'agit pas formellement de dispositifs médicaux implantables.

Le groupe considère cette réponse difficilement recevable à deux titres : d'une part, les références appartiennent à la liste des LPP publiée par l'ATIH dans un objectif de remboursement lors de la transmission de nos données, d'autre part, des établissements de la région Île-de-France transmettent ces références dans leurs fichiers complémentaires. L'AP-HP doit donc être en mesure de réaliser cette opération.

C'est donc ce qui a été réalisé depuis et nous avons transmis à fin octobre 2013 :

- 15 systèmes de télésurveillance pour DCI LUMAX 540 HF-T, BIOTRONIK, HOME MONITORING ;
- 9 systèmes de télésurveillance pour DCI LUMAX 540 DR-T, BIOTRONIK, HOME MONITORING ;
- 5 systèmes de télésurveillance pour DCI LUMAX 540 VR-T, BIOTRONIK, HOME MONITORING.

Cependant ces systèmes restent valorisés à 0 € car le référentiel de prix utilisé pour cette transmission reste celui que l'AGEPS met à disposition du DIM/DMA via la DEFIP duquel ces références restent absentes.

Ce point reste donc à trancher.