

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :
09/04/98

Origine :
ENSM
DGR

MMES et MM les Directeurs
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale

MMES et MM
les Médecins Conseils Régionaux
le Médecin Conseil Chef de Service de la Réunion
les Médecins Conseils Chefs de Service des Echelons Locaux

(Pour attribution)

Réf. :

ENSM n° 16/98 - DGR n° 36/98

Plan de classement :

23					
----	--	--	--	--	--

Objet :

Arrêté modifiant la Nomenclature Générale des Actes Professionnels du 29/01/98
paru au Journal Officiel du 28/02/98
Mesures concernant diverses spécialités.

Pièces jointes :

0	1
---	---

Liens :

Ann.circ	ENSM	23/94	DGR	70/94
----------	------	-------	-----	-------

Date d'effet

Dossier suivi par :

Téléphone :

Date de Réponse :

ENSM/Dr TARD - Dr/ROCHE-APAIRE

01 42 79 31 49

01 42 79 32 72

DGR/Mme ZIZINE-HUBERT

01 42 79 32 95

@

Echelon National du Service Médical
Direction de la Gestion du Risque

09/04/98

Origine :
ENSM
DGR

MMES et MM les Directeurs
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale

MMES et MM
les Médecins Conseils Régionaux
le Médecin Conseil Chef de Service de la Réunion
les Médecins Conseils Chefs de Service des Echelons Locaux

(Pour attribution)

N/Réf. : ENSM n° 16/98 - DGR n° 36/98

Objet : Arrêté du 29 Janvier 1998 relatif à la modification des actes de chirurgie reconstructrice, dermatologie, chirurgie vasculaire, neuro-chirurgie, **ORL** et chirurgie cardiaque.

L'attention des Caisses primaires d'assurance maladie et des Echelons du service médical est appelée sur la publication au Journal Officiel du 28 février 1998 de l'Arrêté du 29 janvier 1998* modifiant la NGAP. Cet arrêté est applicable à compter du 2 mars 1998.

La révision provisoire de la nomenclature réalisée en attendant la refonte globale de la Nomenclature aboutit à des remaniements limités pour certaines spécialités, plus importants pour d'autres.

I - Chirurgie plastique : (Titre II, III, VII et VIII)

Il s'agit d'une réécriture de plusieurs libellés qui figurent aux Titres II, III, VII et VIII. La modification de ces libellés a été faite en concertation avec le Syndicat National de Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique.

Pour chacun des libellés concernés il a été spécifié qu'il s'agissait d'actes à visée réparatrice.

L'objet de cette réécriture est de séparer ce qui relève de la chirurgie réparatrice, prise en charge par l'assurance maladie, de la chirurgie esthétique, non prise en charge, dans le prolongement de la Circulaire n° 588/96 du 8 Juillet 1996, relative à la non prise en charge de la chirurgie esthétique par l'assurance maladie.

Les ententes préalables, EP, qui étaient prévues pour certains de ces actes : traitement par abrasion des téguments de la totalité du visage, chirurgie corrective bilatérale des oreilles décollées, ont été supprimées.

Sont maintenues temporairement les EP pour la mise en place et l'ablation de prothèses mammaires et pour la lipectomie étendue de la paroi abdominale.

Le libellé et la cotation de ce dernier acte ont été établis pour inclure le temps de réparation d'une éventration ou d'un diastasis des muscles droits de l'abdomen. L'addition de la cotation de la réfection de la paroi abdominale, fréquemment associée au geste de lipectomie, était en effet un motif de litiges.

II - Traitement des angiomes plans par Laser : (Titre II) Chapitre 1er

Le traitement des angiomes plans par Laser faisait, depuis l'Arrêté du 5 Mai 1994, l'objet d'une Cotation Provisoire Ministérielle. Cet acte est désormais inscrit à la NGAP.

Les traitements des angiomes par tous les types de laser outre le laser à colorant pulsé, sont pris en charge à condition que le laser soit couplé à un hexascan (système robotisé permettant de varier les points d'impact du laser et réduisant le risque de cicatrice).

La cotation de la séance test reste inchangée.

La référence à l'âge de 18 ans est supprimée.

Il est indiqué "Pour tout patient âgé de plus d'un an, il est nécessaire de respecter un délai de 3 mois entre chaque passage sur une même surface".

Ce délai est nécessaire pour apprécier le blanchiment de l'angiome et pour déterminer l'opportunité d'un nouveau traitement. En revanche, il est apparu préférable de ne pas donner de délai entre les différentes séances de traitement pour un enfant de moins d'un an ; en effet il peut être important de traiter de façon itérative et précoce un petit nourrisson atteint d'une grande angiomatose.

La procédure d'entente préalable n'est actuellement maintenue qu'au delà de 6 passages sur la surface totale de l'angiome.

La cotation du traitement est formée de l'addition d'une cotation de base et d'une cotation supplémentaire qui varie selon le type de laser utilisé.

Elle doit être établie globalement pour le passage sur la surface totale de l'angiome, quel que soit le nombre de séances de traitement.

C'est la cotation globale d'un passage sur la totalité de la surface de l'angiome qui doit être prise en compte pour l'exonération du ticket modérateur.

La cotation de base, identique quel que soit le type de laser utilisé, varie selon la surface traitée. Elle est égale à K 18 pour une surface inférieure ou égale à 30 cm² (au lieu de 25 cm² antérieurement) et à K 7 par surface supplémentaire de 10 cm².

L'unité de surface supplémentaire a été réduite par rapport à la cotation provisoire (25 cm²) de façon à mieux ajuster la cotation à la surface traitée.

Le supplément de cotation est défini par référence aux mêmes unités de surface et varie suivant que le laser utilisé est à colorant pulsé ou non pour tenir compte d'un coût d'acquisition et de fonctionnement plus élevé pour les lasers à colorant pulsé.

Exemples :

Cotation globale d'un passage sur toute la surface d'un angiome plan d'une surface de 100 cm² chez un adulte de 25 ans traité par laser à argon couplé à un hexascan :

Cotation de base :

$K18+7K6 = \dots\dots\dots K60$

Cotation supplémentaire :

$K7+7K2,5 = \dots\dots\dots K24,5$

Cotation totale K84,5, l' article 11B ne s'applique pas car il s'agit de "suppléments".

Cette cotation K 84,5 s'applique que le passage sur la surface de l'angiome soit fait en 1 fois ou plusieurs fois.

Si le blanchiment de l'angiome n'est pas obtenu par ce premier passage un nouveau traitement peut être pris en charge après un délai de 3 mois.

Cotation globale d'un passage sur toute la surface d'un angiome plan d'une surface de 65 cm² chez un nourrisson de 5 mois traité par laser à colorant pulsé :

Cotation de base : $K18+4 K6 = \dots\dots\dots K42$

Cotation supplémentaire : $K20+4K7 = \dots\dots\dots K48$

Cotation totale K90, l'article 11B ne s'applique pas car il s'agit de "suppléments".

Si le blanchiment de l'angiome n'est pas obtenu par le premier traitement un nouveau traitement est possible sans délai.

Dans les rares cas qui nécessitent une anesthésie générale, la cotation de celle ci est fixée à K25 (par passage) quelle que soit la surface traitée.

D'autres lésions vasculaires de la peau peuvent être traitées par ce type de laser (couperose, télangiectasie, varicosités..) elles entrent dans le champ de l'esthétique et ne donnent pas lieu à prise en charge par l'Assurance Maladie.

III - Chirurgie Vasculaire : (Titre II) Chapitre V

Il existe dans le domaine des thérapeutiques endo-vasculaires, un champ de recoupement entre les activités des chirurgiens vasculaires et des radiologues interventionnels. Deux interventions, les angioplasties iliaques et les angioplasties fémorales, qui figuraient avant l'Arrêté du 28/1/97 au Titre II de la IIème Partie de la NGAP, parmi les actes de chirurgie artérielle, ont été pour des motifs de cohérence regroupées avec la radiologie interventionnelle dans la Nomenclature des actes médicaux utilisant les radiations ionisantes. Un renvoi a donc été inséré à la rubrique des actes de chirurgie artérielle, explicitant bien que ces actes entrent dans le champ de compétence des deux spécialités.

IV - Neurochirurgie : (Titre III) Chapitre 1er

Le libellé relatif à la thermocoagulation facettaire, acte effectué le plus souvent par des neurochirurgiens dans le traitement de la douleur, avait été, lors de la rédaction de l'Arrêté du 28 Janvier 1997, placé au chapitre de la radiologie interventionnelle.

A la demande des neurochirurgiens, ce libellé a été remplacé au Titre III, Article 3, dans le cadre de la neurochirurgie de la douleur. La cotation est KC 40, quel que soit le nombre d'étages et de côtés traités. La cotation Z14,5 pour "radioscopie de longue durée" sous amplificateur de brillance peut y être associée.

V - Actes d'ORL : (Titre IV) Chapitre II

La cotation de la laryngoscopie directe en suspension, acte effectué en salle d'opération, sous anesthésie générale, a été réévaluée : K30.

La nasofibrolaryngoscopie cotée par la Directive Nationale d'Assimilation n°676/677/85 du 4 février 1985 a été inscrite à la NGAP. L'inscription de cet acte annule et remplace la Directive Nationale d'Assimilation.

Un acte nouveau a été inscrit : la panendoscopie des voies aérodigestives supérieures : K60

Cet acte, indispensable dans le bilan des cancers ORL, à caractère fréquemment pluri-focal, comporte une étude complète (larynx, oesophage, trachée, sinus) qui est habituellement réalisée en un seul temps sous anesthésie générale et qui soulevait de fréquentes difficultés de cotation.

VI - Chirurgie cardiaque sous circulation extra-corporelle (CEC) : (Titre VII) Chapitre V

Les modifications du Titre VII, Chapitre V, Article 5 concernent deux cotations celle de l'acte d'anesthésie-réanimation et celle de l'acte de surveillance de la CEC. **L'arrêté précise qu'il s'agit d'actes effectués conformément aux dispositions du Décret n°91-78 du 16 Janvier 1991 relatif aux activités de chirurgie cardiaque.**

Ces modifications soulèvent des problèmes complexes, imparfaitement résolus qui sont évoqués dans l'Annexe à cette circulaire.

Il est difficile de décrire en termes de nomenclature ces deux actes en raison de la multiplicité des intervenants (dont les activités se chevauchent souvent), de la multiplicité des actes réalisés et de la variabilité des pratiques en fonction de l'état des malades et des habitudes des équipes.

Les libellés établis en 1982 étaient devenus inadaptés et conflictuels en raison du changement des pratiques, en particulier :

- du progrès de la CEC dont la surveillance ne nécessite plus la présence de deux médecins perfusionnistes,
- du séjour systématique en réanimation chirurgicale pour la période post opératoire (durée moyenne de l'ordre de 3 à 4 jours). Le Décret n°91.78 du 16 janvier 1991 spécifie bien que l'établissement dans lequel sont pratiquées les interventions sous CEC doit comprendre une unité de réanimation chirurgicale.

Il résultait de cette absence d'évolution de la nomenclature un manque de transparence qui a été à l'origine d'arrangements locaux ou de conflits.

1) Surveillance de la CEC

Elle donnait lieu à plusieurs suppléments prévus par la Directive Nationale d'Assimilation n°7990 du 14 décembre 1984 :

- supplément pour cardioplégie.....K40
 - supplément pour hémofiltration et/ou auto transfusion.....K40 (1)
 - hémofiltration.....K100
- avec application de l'article 11B.

La présence de deux médecins perfusionnistes (KC70/médecin) était également fréquemment facturée.

Il en résultait des cotations très variables, les plus habituelles étaient :

- KC70+KC70+K40+K40 (1) sans hémofiltration.
- K100+KC70/2+KC70+K40+K40 (1) avec hémofiltration.

La cotation de la surveillance de la CEC a donc été forfaitisée et simplifiée avec deux niveaux.

- KC 150 sans hémofiltration
- KC 180 avec hémofiltration.

La récupération per opératoire, filtration et réinjection avec lavage du sang épanché peut être cotée en supplément de l'acte de CEC soit : KC40.

L'inscription de cet acte annule et remplace la Directive Nationale d'Assimilation n° 7990/84 du 14 décembre 1984.

2) Acte d'anesthésie-réanimation en chirurgie cardiaque

La Nomenclature prévoyait une cotation globale KC300 pour "l'équipe d'anesthésie-réanimation".

¹ ou KC40 : en cas de récupération per opératoire, filtration et réinjection avec lavage du sang épanché (Cotation provisoire des actes d'auto transfusion pré opératoire - Arrêté du 25 mars 1993, Article 1 (J.O. 28/3/93).

Ce libellé soulevait plusieurs problèmes :

- difficultés pour couvrir l'ensemble de la procédure qui comporte plusieurs périodes distinctes, assumées par des praticiens différents,
- difficultés de partage des honoraires entre différents intervenants,
- difficultés pour assurer la présence obligatoire en réanimation 24 heures sur 24 de praticiens qualifiés.

En pratique, plusieurs actes étaient cotés en supplément du KC 300 (notamment mise en place d'une sonde de Swan-Ganz, surveillance per opératoire des pressions intra-cardiaques et intra-vasculaires, (surveillance des gaz du sang ...).

De la lecture de certains bordereaux 615, se dégageait l'impression d'une salle d'opération surpeuplée en permanence (2 à 3 chirurgiens, un anesthésiste-réanimateur, un éanimateur, deux perfusionnistes, 1 neurologue, 1 cardiologue).

La solution adoptée par la Commission Permanente de la NGAP, en attendant la refonte globale de la Nomenclature, distingue deux cotations forfaitaires correspondant aux deux périodes per opératoire et post opératoire.

Cette distinction est plus conforme à la pratique actuelle où la réanimation des malades déjà opérés et l'acte d'anesthésie ne peuvent être effectuées - au moins le même jour - par le même praticien.

Elle est également économiquement neutre, puisque plusieurs actes antérieurement facturés en supplément, sont dorénavant inclus dans les forfaits.

Quelques éléments demeurent potentiellement litigieux :

- l'EEG per opératoire,
- la surveillance cardiologique en post réanimation,
- le rôle éventuel des différents intervenants.

En conclusion, la chirurgie cardiaque sous CEC est une activité hautement spécialisée et multi disciplinaire.

Une solution d'attente et de compromis a été recherchée, avec deux objectifs principaux :

- forfaitiser l'acte de surveillance de la CEC,
- distinguer deux périodes dans l'acte d'anesthésie-réanimation en chirurgie cardiaque : la première qui concerne l'anesthésie et la surveillance post réanimation à partir de J4 et la seconde qui concerne la réanimation.

Une annexe technique à cette circulaire a été rédigée en concertation avec le rapporteur et le Syndicat National de la Chirurgie Cardiaque d'Exercice Libéral afin que les professionnels concernés et les médecins conseils puissent avoir un langage commun.

Le contrôle de cette nomenclature nécessite une approche fortement médicalisée vu la complexité des problèmes, la diversité des actes et des intervenants et du fait de la variabilité des situations cliniques.

Les professionnels se sont engagés dans un objectif de transparence, à expliciter dans les dossiers médicaux les indications médicales des actes susceptibles de sortir des forfaits établis dans l'arrêté.

Le Directeur de la Gestion du Risque Le Médecin Conseil National Adjoint

Denis PIVETEAU

Docteur A.ROUSSEAU

ANNEXE : CHIRURGIE CARDIAQUE Sous Circulation Extra Corporelle (CEC)

Compte tenu du caractère très spécifique de la chirurgie cardiaque, il est apparu nécessaire d'apporter quelques éléments supplémentaires issus de différents documents :

Enquête ARTECC 1997 : Etat des lieux de l'anesthésie-réanimation en chirurgie cardiaque
(Ph. MAURIAT, D. BOMPARD, R. DJAMONI).

Rapport sur l'activité des unités de chirurgie cardiaque françaises en 1994 publié en Août 1996 (Direction des Hôpitaux, CNAMTS, Groupe Image).

Rapports du Docteur D. GAILLARD auprès de la Commission Permanente de la NGAP (sur la Surveillance de la CEC Mars 1996 - et l'Anesthésie-Réanimation en Chirurgie Cardiaque Mai 1996).

Ces éléments explicitent bien les difficultés rencontrées dans le domaine de la Nomenclature.

I - Eléments statistiques sur l'activité de chirurgie cardiaque :

Chaque année, 40 000 malades sont opérés sous CEC en France dont 10 000 dans le secteur privé.

Le nombre total de médecins anesthésistes-réanimateurs en chirurgie cardiaque est de 381 (77% d'entre eux exerçant au bloc et en réanimation).

La répartition de la nature des interventions est la suivante : (public + privé)

- chirurgie valvulaire.....	36%
- chirurgie coronaire.....	53%
- cardiopathies congénitales.....	8%
- autres.....	3%

En secteur privé, la fréquence de la chirurgie coronaire est plus élevée, puisque elle représente 63% des interventions.

Pour la chirurgie coronaire, les interventions se répartissent de la façon suivante : monotronculaires (17%) bitronculaires (30%) tritronculaires (50%). 30% des interventions portent sur des malades de plus de 70 ans.

La durée moyenne du séjour en réanimation est de l'ordre de 3 jours. Cette durée peut aller de 1 à 60 jours (95% des patients restent plus de 24 heures et moins de 15 jours).

Au total, la chirurgie cardiaque s'est caractérisée ces dernières années par plusieurs évolutions :

- stabilisation ou même diminution du nombre de malades opérés, du fait de la réduction de la chirurgie valvulaire et de la montée en charge de l'angioplastie coronaire.
- évolution vers une complexité croissante des interventions réalisées (pontages multiples...) qui concernent des patients plus âgés et plus fragiles.

II - Différentes étapes lors de la chirurgie cardiaque :

Bilan pré opératoire

Certains examens sont communs à la chirurgie valvulaire et à la chirurgie coronaire :

ECG, radio thorax, échocardiographie transthoracique, Doppler vasculaire, EEG et EFR (pour beaucoup d'équipes), visites pré opératoires (cardiologue, anesthésiste-réanimateur, chirurgien, médecin perfusionniste), bilan biologique avec étude complète de l'hémostase.

D'autres examens peuvent être effectués en cas de pathologies associées : scanner cérébral, fibroscopie digestive, panoramique dentaire....

D'autres sont plus spécifiques aux types principaux de chirurgie réalisée :

- pour la chirurgie valvulaire :
 - l'échocardiographie transoesophagienne
 - cathétérisme gauche et angiographie
 - cathétérisme droit (indispensable si HTAP et chirurgie mitrale)
 - coronarographie si âge 50 ans ou antécédents coronaires.
- pour la chirurgie coronaire
 - coronarographie (couplée à un cathétérisme gauche).

Période per opératoire

La durée moyenne des interventions sous CEC est de l'ordre de cinq heures, la durée moyenne de la CEC est de l'ordre de 1 heure 40 minutes.

Cependant, les exigences de sécurité exigent que le perfusionniste soit présent au bloc opératoire pendant toute la durée de l'intervention.

Pour la période per opératoire, trois gestes ont été particulièrement discutés par le rapporteur :

La mise en place et la surveillance d'une sonde Swan-Ganz.

Cette sonde placée par voie percutanée (habituellement jugulaire) et poussée jusque dans l'artère pulmonaire permet de suivre les pressions à différents niveaux (artère pulmonaire, oreillette droite, capillaire pulmonaire), de mesurer le débit cardiaque et d'assurer le monitoring continu de la saturation veineuse en oxygène du sang veineux mêlé (SV02).

Si tous les praticiens s'accordent sur son utilisation dans les cas graves, (chirurgie coronaire avec mauvaise fonction ventriculaire gauche, sténoses tritrunculaires, sténose du tronc commun, polyvalvulopathies avec HTAP) il n'en est pas de même dans les cas courants (bonne fonction ventriculaire) pour lesquels son utilisation est variable selon les équipes.

Dans 95% des cas, elle est mise en place au bloc opératoire après l'induction de l'anesthésie.

Compte tenu de sa durée d'utilisation (48 à 72 heures) et des contraintes de son monitoring, sa mise en place anticipée n'est justifiée que chez les malades arrivant au stade de la chirurgie cardiaque dans un état grave et passant directement de la réanimation à la salle d'opération.

L'EEG per opératoire

En France, peu de centres surveillent effectivement l'EEG per opératoire.

Son indication est cependant indiscutable pour certaines interventions (chirurgie de l'aorte ascendante et/ou de la crosse aortique, chirurgie pédiatrique, chirurgie sous arrêt circulatoire, hypothermie profonde...).

L'Echocardiogramme transoesophagien per opératoire

Sa pratique est également très variable et encore évolutive. Il est surtout utilisé pour la vérification des plasties mitrales, en cas de complications per-opératoires et/ou de difficultés de sortie de CEC.

Conséquences sur les cotations :

L'acte d'anesthésie-réanimation comprend explicitement :

l'ensemble des actes pré et per opératoires (anesthésie générale, mise en place et surveillance des voies veineuses, mise en place et surveillance d'une pression artérielle sanglante...),

la mise en place éventuelle de la sonde de Swan-Ganz,

la surveillance des pressions intra cardiaques et/ou intra-vasculaires (le libellé correspondant du Chapitre V, Article premier a été d'ailleurs supprimé).

Il comprend aussi la surveillance de l'EEG par l'anesthésiste.

Il s'agit là d'un point discutable et potentiellement litigieux, (y compris sur le plan des responsabilités), tant les pratiques et les situations cliniques sont variables.

Dans des situations complexes évoquées ci-dessus (chirurgie de l'aorte ascendante et/ou de la crosse aortique, chirurgie pédiatrique, chirurgie sous arrêt circulatoire, hypothermie profonde..), la cotation d'un EEG par un praticien différent de celui qui réalise l'acte d'anesthésie-réanimation (habituellement un neurologue) peut être acceptée : à condition que les motifs de la réalisation de l'EEG soient inscrits au dossier et que l'EEG ait donné lieu à un compte rendu.

De même, la cotation d'un échocardiogramme transoesophagien (KE65) peut être acceptée à condition qu'il soit effectué par un praticien différent de celui qui a pratiqué l'anesthésie et qu'il fasse l'objet d'un compte rendu.

Période post opératoire immédiate en unité de réanimation chirurgicale

Pendant cette période qui dure environ 3 jours, en l'absence de complications, le patient est sous surveillance continue des fonctions vitales (notamment surveillance électrocardioscopique, contrôles des gaz du sang).

Conséquences sur les cotations

L'ensemble des actes réalisés pendant cette période de réanimation sont inclus dans la cotation forfaitaire K 250. Seuls peuvent être cotés les actes d'exploration spécialisés nécessités par l'état du malade et réalisés par un praticien n'appartenant pas à l'équipe d'anesthésie-réanimation (endoscopie bronchique ou digestive, EEG, échocardiogramme transoesophagien, coronographie...).

Prolongation du séjour en réanimation chirurgicale pour survenue de complications après J3

Les suites délicates (difficultés d'extubation, instabilité hémodynamique...) peuvent nécessiter une prolongation du séjour en réanimation au même titre que les complications proprement dites.

Celles-ci s'observent dans 20% des cas et peuvent concerner un ou plusieurs organes.

Les plus fréquentes sont ventilatoires, hémodynamiques, rythmiques, cérébrales (AVC), rénale (insuffisance rénale post opératoire), digestives et infectieuses.

Selon leur gravité, elles peuvent nécessiter un séjour prolongé en réanimation ou le transfert dans une autre unité.

Conséquences sur les cotations :

En cas de défaillance d'organe persistant après J3, le maintien **en réanimation chirurgicale** est justifié et permet la cotation d'un K50 chaque jour pendant 10 jours.

La cotation de la surveillance en réanimation implique une présence continue et une disponibilité complète du médecin responsable.

La nature des complications justifiant la prolongation du séjour en réanimation devra être clairement indiquée dans le dossier médical en vue de permettre un éventuel contrôle.

La collaboration de différents spécialistes (gastroentérologue, néphrologue, neurologue...) est souvent nécessaire en fonction de la nature des complications.

Un code de bonne conduite, a été établi avec les représentants du Syndicat National de Chirurgie Cardiaque d'Exercice Libéral.

Période d'hospitalisation entre J4 et le départ du malade du service de chirurgie cardiaque

Pendant cette période, qui dure de 4 à 10 jours et en l'absence de complications, le malade ne relève plus de la réanimation. Sa surveillance est effectuée par le chirurgien, l'anesthésiste-réanimateur et de façon habituelle par le cardiologue.

Le Décret n°91 78 du 16 Janvier 1991 spécifie d'ailleurs que :

"L'établissement dans lequel sont pratiquées les interventions sous CEC, doit comprendre :.....

4°) une unité de cardiologie comportant une unité de soins intensifs de cardiologie disposant d'appareils d'imagerie cardiovasculaire dont un appareil de coronarographie".

Conséquences sur les cotations

Le texte de l'Arrêté spécifie que la surveillance à partir de J4 est comprise dans l'acte d'anesthésie-réanimation.

Le problème de la surveillance conjointe de la part du cardiologue (médicalement nécessaire) n'a pu être résolu dans l'Arrêté.

Il existe en effet une incohérence "structurelle" entre l'article premier (électrocardiographie) du Chapitre V (coeur péricarde) du Titre VII et les Articles 8 et 20 des Dispositions Générales.

Il résulte de cette incohérence de très nombreux conflits concernant la cotation des ECG effectués chez des patients hospitalisés notamment pendant la période post opératoire.

"La Cour de Cassation dans un Arrêt du 23 Janvier 1992 a posé le principe que les examens cardiologiques avec ECG pratiqués dans les 20 jours suivant une intervention chirurgicale sont assimilables à des actes de radiologie et des analyses médicales, considérant que l'énumération faite dans la deuxième partie de l'Article 8 n'est pas limitative."

Le Conseil d'Etat a statué à deux reprises dans un sens différent.

Le problème particulièrement confus de la cotation de la surveillance cardiologique pendant la période considérée (entre la sortie de réanimation et la sortie du malade de l'unité de chirurgie cardiaque) n'est pas résolu. Des contentieux en ce domaine n'ont pas lieu d'être déclenchés, tant que les difficultés d'interprétation réglementaire ne seront pas tranchées.

III - Hémofiltration au cours de la CEC

Les experts du SNCCEL en proposent la définition suivante :

"C'est une technique qui permet de contrôler la volémie circulante dans sa quantité et en partie dans sa qualité. En effet, l'usage d'un hémofiltre, branché en dérivation sur le circuit extra corporel, permet d'éliminer la surcharge hydro-sodée et ionique majorée par l'utilisation des solutions asanguines pour l'amorçage des circuits et des solutions cardioplégiques pour la protection myocardique".

Ses indications sont : la CEC pédiatrique, les patients en insuffisance rénale et/ou circulatoire chronique avant la CEC, les clampages aortiques prolongés, les surcharges hydro-sodées, les hémodilutions importantes.

L'hémofiltration semble être appliquée dans 30 à 40% des interventions.