

Recommandations : impact sur les cotations

311 - Les cardiologues qui ont accompli leur obligation d'E.P.P. connaissent bien le raisonnement de l' « *Evidence Based Medicine* », fondé sur le respect des recommandations. Une telle démarche a pour objectif premier la qualité des soins, mais elle permet aussi de justifier les cotations qui en découlent.

Les recommandations de prise en charge de la fibrillation auriculaire (ACC/AHA/ESC 2006) proposent pour le cardiologue un certain nombre de stratégies, en fonction de l'état du patient. Les cotations peuvent différer en fonction des options prises.

Nous verrons quelques exemples sur deux articles.

Cas clinique n° 1

Homme de 65 ans, diabétique de type 2 et hypertendu, adressé par le médecin traitant pour découverte d'une arythmie. Il s'agit d'un premier épisode de fibrillation auriculaire et il est proposé une tentative de régularisation médicamenteuse, avec éventuellement ensuite choc électrique en cas d'échec. Le trouble du rythme est bien toléré. Il est raisonnable d'envisager un traitement en ambulatoire.

Règles issues de la recommandation à respecter pour le cardiologue

Le simple respect de ces critères va générer un certain nombre de cotations et influencer sur leur nature : - évaluation minimale (*tableau 6 de la recommandation*) :
-* historique et examen clinique (traduction en nomenclature : une consultation) -
* électrocardiogramme -* échocardiogramme ;

- contrôle de la fréquence cardiaque pendant la période initiale (Recommandation § 8.1.2.1) ;

- anticoagulation d'au moins trois semaines avant le début de la cardioversion pharmacologique (Recommandation § 8.2.7) ;

- prescription ensuite d'amiodarone (Recommandation § 8.1.5.) ;

- tenir compte des délais d'action parfois prolongés de l'amiodarone par voie orale (Recommandation § 8.1.5.4.1).

Protocole proposé dans la lettre au médecin traitant à l'issue de la consultation initiale :

- AVK, et bêtabloqueur, avec modalités de surveillance et d'adaptation bien précisées. Le cardiologue rédige la première ordonnance afin que le traitement soit débuté sans tarder ;

- échocardiogramme programmé, et que l'on préfère, en l'absence d'urgence, différer d'une quinzaine de jours afin de le pratiquer dans de bonnes conditions sur un coeur ralenti ;

- introduction d'amiodarone après au moins trois semaines de traitement anticoagulant. Cette précision est notée dans la lettre lors de la consultation initiale ;

- consultation et ECG de contrôle après au moins quatre semaines d'amiodarone afin de décider de la conduite à tenir en fonction du retour ou non en rythme sinusal.

Actes pratiqués et cotations : - J1 : CSC + MCC ; - J15 : Echocardiogramme (DZQM006) ; - J 50 : CS + DEQP003 + MPC + MCS.

Commentaire sur les cotations : - *La première consultation* : -* pourquoi pas C2 + DEQP003 ? En effet, on peut considérer qu'il s'agit d'un acte de consultant puisque le malade est adressé sur demande explicite de son médecin traitant. Néanmoins, le protocole thérapeutique prévu par le cardiologue implique une consultation de contrôle relativement rapprochée. La règle des six mois ne permet pas la cotation C2. -* la cotation CsC, par contre est tout à fait licite. Il y a eu en effet (article 15-1 des dispositions générales de la nomenclature) un examen du patient, un électrocardiogramme et la rédaction de conclusions diagnostiques et thérapeutiques adressées au médecin traitant. _ Cependant, dans la mesure où le cardiologue a rédigé une ordonnance et qu'il prévoit de revoir le patient, ne risque-t-on pas de parler de « suivi direct » incompatible avec la cotation CsC ? _ Non car : - le libellé de la Csc prévoit que le cardiologue qui cote une CsC « *peut procéder à la prescription du traitement en collaboration avec le médecin traitant* » ; - l'adaptation du traitement, en particulier celle des

AVK, sera faite par le médecin traitant à partir des propositions du cardiologue. -
L'échocardiogramme :

Variante possible : en cas d'urgence, l'examen aurait pu être fait d'emblée, lors de la première consultation.

La cotation devenait alors DZQM006 associé à DEQP003 tarifé à 50 %.

En effet : - il ne serait pas possible alors de coter un acte de consultation du fait de la cotation, dans le même temps, d'un échocardiogramme, car seule la cotation d'un ECG est cumulable avec une Cs (Art.III- 3-A des D.G. de la C.C.A.M.) ; - l'ECG, associé à l'écho, peut être coté, mais seulement à 50 %. En effet, « *L'association de deux actes au plus, y compris les gestes complémentaires, peut être tarifée. L'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé, est tarifé à taux plein, le second est tarifé à 50 % de sa valeur* ». (Art.III-3-B-1 des D.G. de la C.C.A.M.). - *La deuxième consultation :*

Pourquoi ne pas coter une deuxième CsC ?

L'article 15-1 des D.G. de la N.G.A.P. ne prévoit pas de limite de périodicité pour la CSC, et, à la lecture stricte du texte, rien ne s'y opposerait formellement. Toutefois, l'esprit de la cotation CsC, lorsqu'elle a été créée, est qu'il s'agit d'un acte peu répétitif, et dans l'exemple pris ici, il est habituel de coter une Cs (avec MPC et MCS) associée à un ECG.

Peut-on vraiment coter une MCS, puisque cette deuxième consultation est programmée à l'initiative du cardiologue? Oui, car, « *lorsque le médecin correspondant, conventionné à tarifs opposables, reçoit le patient pour des soins itératifs et procède à un retour d'information au médecin traitant, il bénéficie d'une majoration de coordination applicable à la consultation* » (Convention 2005 art. 1-2-2). Le patient reste en « parcours de soins ».

Les principales caractéristiques de ce cas clinique sont que la cotation C2 est impossible lors de la première consultation, qui est pourtant un acte de consultant, mais aussi que le patient est en « parcours de soins », avec possibilité de demander les majorations conventionnelles qui en résultent. Nous verrons dans un article ultérieur que d'autres situations, avec d'autres cotations, sont envisageables.

|Remarques - L'objet de cet article n'est évidemment pas de donner une information d'ordre médical sur la prise en charge de la fibrillation auriculaire. Le but est simplement d'illustrer, à partir d'une situation clinique imaginée, mais courante, les conséquences sur les cotations, en appliquant à la fois un raisonnement d' « *Evidence Based Medicine* » et les règles de la nomenclature. |