

La CCAM dans la poche

*Un guide pour bien coder avec la
Classification commune des actes
médicaux*

TABLE DES MATIÈRES

1 Introduction

1.1 POURQUOI ET POUR QUI CE GUIDE ?

1.2 QU'EST-CE QUE LA CCAM ?

1.3 À QUOI SERT LA CCAM ?

1.4 QUI DOIT UTILISER LA CCAM ?

1.4.1 Champs d'application

1.4.2 Champs non concernés

2 Les principes de construction (quelques repères pour s'y retrouver)

2.1 CONTENU DE LA CCAM

2.1.1 Ce que l'on trouve dans la CCAM

2.1.2 Ce que l'on ne trouve pas dans la CCAM

2.2 CLASSEMENT DES LIBELLES

2.2.1 Principes de classement

2.2.2 Organisation des chapitres

2.3 COMPRENDRE LES TERMES ET LES LIBELLES

2.3.1 Terminologie

2.3.2 Construction

2.3.3 Notes

2.3.4 Notions de nombre

2.3.5 « Bilatéral »

2.3.6 Les liaisons : « avec », « ou », « et/ou », « , »

2.4 DECHIFFRER LE CODE PRINCIPAL

3 Principe de l'acte global : un libellé pour toutes les composantes de l'acte

3.1 L'ACTE GLOBAL : UN LIBELLE DECRIT COMPLETEMENT UN ACTE

3.1.1 La notion d'acte global

3.1.2 Les règles de l'art

3.1.3 Acte isolé

3.1.4 Procédure :

3.1.5 Acte global : ce qui ne peut pas être décrit en plus

3.2 LA NOTION D'INTERVENTION

3.2.1 Définition de la notion d'intervention

3.2.2 Les intervenants

3.2.3 La dimension « temps »

3.2.4 La dimension « lieu »

3.2.5 Le compte rendu de référence

3.3 CODER UN ACTE

3.3.1 Les informations obligatoires

3.3.2 Les autres informations de la CCAM

3.3.3 Les autres informations utiles

3.3.4 **La Phase**, qu'est-ce que c'est ?

3.3.5 **L'Activité**, qu'est-ce que c'est ?

3.3.6 Cas particuliers du codage de l'activité d'anesthésie

4 CODER UNE INTERVENTION

4.1 COMMENT CODER UN ACTE BILATERAL ?

4.2 COMMENT CODER UN ACTE MULTIPLE ?

4.2.1 Répétition d'un geste au cours d'une intervention : utiliser les libellés avec indication numérique

4.2.2 Le cas des actes sur les dents ou sur les rayons de la main

4.2.3 Addition des surfaces brûlées traitées

4.3 COMMENT CODER UN ACTE REPETE ?

4.3.1 Répétition d'interventions identiques : séances et actes par 24h

4.3.1.1 Utiliser les actes en « Séance »

4.3.1.2 Utiliser les actes mentionnés « par 24 heures » ?

4.4 COMMENT UTILISER LES GESTES COMPLEMENTAIRES ?

4.5 ASSOCIATIONS D'ACTES

4.5.1 Combinaisons de codes prévues

4.5.2 Associations non prévues

5 Situations particulières

5.1 LIMITES LIEES AU LIEU D'INTERVENTION

5.1.1 Actes « au lit du malade », ou « à domicile »

5.1.2 Actes spécifiés « au bloc opératoire »

5.2 PARTICULARITES DE CHRONOLOGIE

5.2.1 Actes de durée prolongée, équipes successives

5.3 QUE FAIRE EN CAS D'ACTE NON INSCRIT A LA CCAM ?

6 Autres informations À coder

6.1 LA NOTION D'EXTENSION DOCUMENTAIRE

6.2 LES MODIFICATEURS

6.3 AUTRES INFORMATIONS

7 Annexes

7.1 LISTE DES CHAPITRES

7.2 LISTE DES SOCIETES SAVANTES CONTRIBUTIVES

7.3 REFERENCES DOCUMENTAIRES

AVERTISSEMENT

ATTENTION

Ce document est une version provisoire qui tient compte des règles de codage telles qu'elles sont connues à ce jour pour coder avec la CCAM selon la version V0bis.

Il sera réactualisé pour la version tarifante (V1) de la CCAM et intégrera alors des règles supplémentaires sur un certain nombre de points (ex. : modificateurs, associations d'actes...). Il sera alors fourni dans une version imprimée, en format compact pour tenir dans la poche d'une blouse.

REMERCIEMENTS

Ce travail, coordonné par P. Métral de l'ATIH, a bénéficié de la collaboration d'un groupe de médecins ayant débuté l'utilisation de la CCAM. Ils sont ici remerciés pour leur contribution :

-Mmes Buronfosse (AP-HP), Morgon (Hospices civils de Lyon), Weidmann (Hôpitaux Universitaires de Strasbourg).

-MM Botton (CH Villefranche), Cormier (CH Langon), Fernandes (Clinique St Roch - Montpellier), Kohler (CHU Nancy), Lehman (clinique du Parc –Castelnau le Lez).

Mme Melin pour la CNAMTS, et MM Bodin et Brunel pour l'ATIH, ont également participé à la rédaction.

1 Introduction

1.1 Pourquoi et pour qui ce guide ?

L'objectif de ce guide est de **favoriser le bon usage de la CCAM** par les médecins en leur présentant cette classification et ses règles d'utilisation de manière simple. Ils pourront ainsi trouver des réponses aux problèmes de codage qu'ils rencontrent et coder correctement les actes qu'ils réalisent avec la CCAM.

Sa présentation sous forme de questions-réponses choisies à partir des principales situations illustre les règles de recueil et favorise une consultation pour un problème ponctuel. Pour les problèmes les plus courants, il évite le recours au Guide de lecture et d'Utilisation de la CCAM, qui reste la référence.

1.2 Qu'est-ce que la CCAM ?

La CCAM est la « Classification Commune des Actes Médicaux ».

C'est l'outil de référence de description et de codage des actes techniques médicaux, commun aux praticiens exerçant en secteur libéral et en secteur public.

Son élaboration a été menée dans un partenariat entre l'état et les caisses d'Assurance maladie, en collaboration avec des représentants des sociétés savantes.

Elle bénéficiera d'une mise à jour régulière.

1.3 À quoi sert la CCAM ?

- **Dans le cadre de l'activité hospitalière**, elle se substitue aux différents champs du Catalogue des actes médicaux (CdAM) pour la description et le codage de l'activité technique des professions médicales. Elle est utilisée :

- dans les résumés du **PMSI** (programme de médicalisation des systèmes d'information),
- pour les statistiques d'activité (ex. : tableaux de bord de services, planification...),
- pour le calcul des coûts par activité et par séjour en comptabilité analytique hospitalière.

Du fait de sa prise en compte dans le PMSI pour la détermination du groupe homogène de malade (GHM), la CCAM intervient dans la **tarification à l'activité (TAA ou T2A)**, qui fixe les nouvelles modalités de tarification des hospitalisations à la fois dans le secteur privé et dans le secteur public.

- **Dans le cadre de l'activité libérale**, elle se substituera ultérieurement aux parties correspondantes de la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) pour la **tarification des honoraires médicaux** par l'assurance maladie, dans le cadre du paiement à l'acte. Elle entraînera la disparition des cotations NGAP en lettres-clés. La version Obis ne permet cependant que de décrire et de coder l'activité technique des praticiens. L'absence de détermination des valeurs des actes et des règles de tarification oblige à continuer la cotation avec la NGAP pour la facturation des honoraires.

La CCAM a également permis de remettre à jour la **hiérarchie des actes médicaux** les uns par rapports aux autres selon leur durée et leur difficulté.

1.4 Qui doit utiliser la CCAM ?

1.4. Champs d'application

La version Obis de la CCAM a été publiée le 1^{er} janvier 2003 ; elle suivait la publication de la version 0 utilisable depuis le 1^{er} janvier 2002. À partir du 1^{er} janvier 2004, **tout membre d'une profession médicale exerçant dans un établissement de santé public ou privé** soumis au PMSI doit utiliser la CCAM pour coder son activité technique, quel qu'en soit le lieu de réalisation : bloc opératoire, plateau technique d'exploration fonctionnelle, d'endoscopie ou d'imagerie, services des urgences, de réanimation ou unités de soins.

Les actes techniques médicaux hospitaliers réalisés sous délégation par un interne ou un professionnel de santé paramédical sont concernés ; leur déclaration reste sous la responsabilité du praticien responsable du patient.

1.4.2 Champs non concernés

Les actes d'**anatomopathologie** ne sont pas dans cette version de la CCAM, mais les travaux pour leur intégration sont déjà en cours.

Les **actes cliniques des médecins** (consultations, examens cliniques) ne sont pas encore décrits dans la CCAM ; ils seront intégrés dans une prochaine.

Les actes de **biologie**, déjà décrits et codés dans la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM), ne figureront pas dans la CCAM.

Les actes des **professionnels de santé paramédicaux** ne sont pas décrits par la CCAM. Ils seront l'objet d'extensions ultérieures vers la Classification commune des actes des professionnels de santé (CCAPS). En particulier, les actes du domaine de compétence des infirmiers ou des personnels paramédicaux de rééducation ne sont pas dans la CCAM, même si un médecin est parfois amené à les réaliser (ex. : lavage gastrique, perfusion, ...).

L'utilisation de la CCAM dans le cadre de la tarification à l'acte n'est pas possible avec la version Obis actuelle (cf *supra*). Ainsi, **elle ne peut pas actuellement servir** :

- à la facturation des actes externes et des actes du secteur libéral des praticiens des hôpitaux publics,
- à la tarification des actes des médecins établis en secteur libéral,
- à la tarification des actes effectués par les **sages-femmes en secteur libéral**,
- à la tarification des actes des chirurgiens-dentistes en secteur libéral.

2 Les principes de construction (quelques repères pour s'y retrouver)

2.1 Contenu de la CCAM

2.1.1 Ce que l'on trouve dans la CCAM

La CCAM ne décrit que des actes que les sociétés savantes et l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) ont reconnus actuellement **validés**, c'est-à-dire offrant des garanties d'innocuité et d'efficacité avérées. **Leur inscription est indépendante de leurs modalités de prise en charge par la tarification.**

Certains actes sont inscrits temporairement comme **actes « en phase de recherche clinique »** ; selon le résultat de leur réévaluation par l'ANAES, ils seront soit intégrés définitivement, soit supprimés dans une version ultérieure, voire gardés avec le même statut jusqu'à obtention d'un niveau de preuve suffisant.

Chacun des actes techniques figurant dans la CCAM est décrit par un **libellé**, repéré par un code.

2.1.2 Ce que l'on ne trouve pas dans la CCAM

Les actes que l'ANAES a jugés **obsolètes** ne figurent pas dans la CCAM (ex. : tomographies pulmonaires).

Les actes considérés comme non actuellement validés ou utilisant des produits ou des dispositifs n'ayant pas encore obtenu l'autorisation de mise sur le marché (AMM) ne sont pas inscrits dans la CCAM (ex. : endoscopie intestinale par vidéocapsule ingérée).

Les **gestes élémentaires**, qui ne sont que des parties d'actes, ne sont pas décrits par des libellés particuliers dans la CCAM (ex. : voie d'abord, analgésie postopératoire).

2.2 Classement des libellés

2.2.1 Principes de classement

Les 7200 libellés environ que contient la CCAM sont rangés dans **16 chapitres** constitués par système ou par appareil (cf. liste des chapitres en annexe) : le classement ne suit donc **pas un plan par discipline**, mais correspond à **un principe anatomique**.

Ex. :

- tous les actes sur les vaisseaux sont classés dans le même chapitre 4 « système circulatoire », qu'il s'agisse des actes sur l'artère centrale de la rétine (angiographie rétinienne) ou des membres (suture de plaie artérielle de la main).

- Les sympathectomies, qu'elles soient cervicales ou lombaires, sont dans le chapitre 1 du système nerveux puisque l'action porte sur des nerfs.

- Les actes sur les dents sont dans le chapitre 7 du système digestif qui va des lèvres à l'anus.

Le chapitre 17 contient les libellés d'actes dans lesquels n'est volontairement pas précisée la topographie. On y trouve entre autres les actes de chimiothérapie, de radiothérapie externe et de curiethérapie, mais aussi les actes de ponctions, de biopsies... utilisables pour toute topographie non décrite par un libellé distinct.

Le chapitre 18 est consacré à des libellés particuliers : les **gestes complémentaires** (18.01) et les **modificateurs** (18.02). Il convient d'en prendre systématiquement connaissance, les libellés des actes des 17 autres chapitres ne décrivant qu'incomplètement l'activité d'un praticien. Par exemple, c'est dans la description des gestes complémentaires que l'obstétricien trouvera la liste des gestes accompagnant un accouchement : monitoring interne, épisiotomie, manœuvres d'extraction fœtale, révision utérine...

2.2.2 Organisation des chapitres

Chaque chapitre de la CCAM est organisé selon un plan constant, constitué de subdivisions successives en souschapitres, paragraphes et sousparagraphes.

Les **actes diagnostiques** sont **toujours en début de chapitre** (1^{er} souschapitre). Ils sont classés en paragraphes selon la technique utilisée (ex. : échographie, puis radiographie, puis endoscopie...).

Les **actes thérapeutiques** d'un chapitre sont classés **organe par organe** (selon la topographie) ; et **selon l'action** pour un organe donné (ex. : les ostéosynthèses, puis les ostéotomies, puis les exérèses osseuses).

Un acte ne figure qu'à un seul endroit selon un choix de classement anatomique (en fonction de la topographie concernée), et non pas par spécialité ou discipline.

Dans un chapitre, le classement des actes suit 3 principes :

- rangement anatomique, toujours dans l'ordre craniocaudal et proximodistal (système nerveux, membres) ou dans le sens du flux (digestif, vasculaire) ;

- complexité des actes : exérèses partielles, puis totales puis élargies ;
- « agressivité » de la voie d'abord : de la moins effractive à la plus effractive.

Lorsque le libellé mentionne **plusieurs actions** ou **plusieurs topographies**, il est classé à la première signalée.

Les actes n'étant pas classés par code mais selon une logique topographique, chaque acte peut être localisé dans la CCAM par sa **position hiérarchique** en 5 niveaux (chapitre, souschapitre, paragraphe, sousparagraphe et position dans le sousparagraphe).

Ex. HLHB001 « Biopsie hépatique transcutanée » (non guidée) est localisé en 07.01.11.01.03

07 = chapitre 07 « système digestif »,

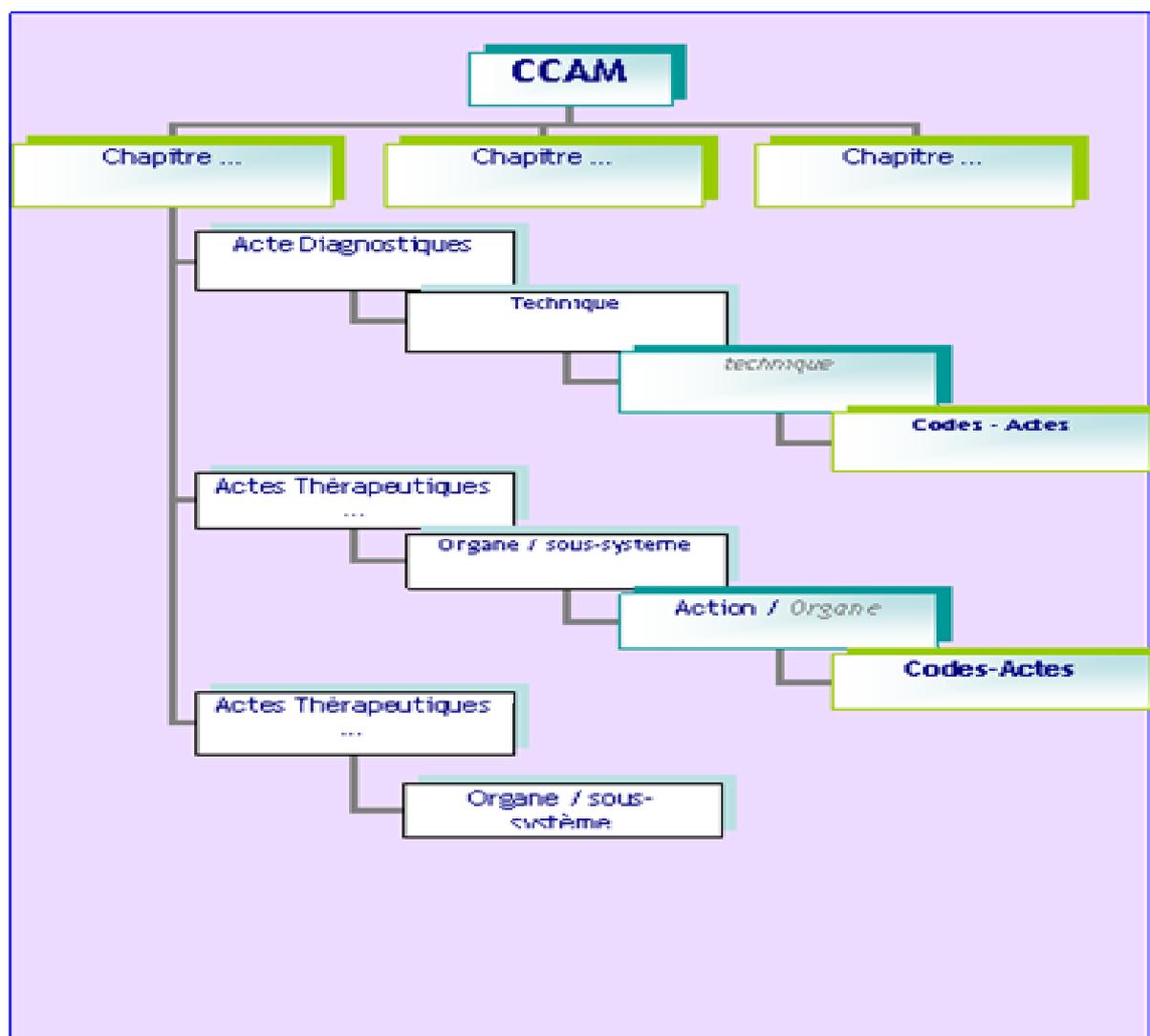
01 = souschapitre « actes diagnostiques »,

11 = paragraphe « ponctions, biopsies, prélèvements »,

01 = sousparagraphe « ponctions et biopsies hépatiques »,

03 = acte en troisième position dans le sousparagraphe.

Figure 1. Structure hiérarchique de la CCAM



2.3 Comprendre les termes et les libellés

La rédaction des libellés répond à des règles strictes, essentielles à connaître pour utiliser correctement la CCAM et coder ses actes sans erreur.

2.3.1 Terminologie

La terminologie utilisée dans la CCAM respecte la terminologie anatomique internationale[\[1\]](#) francisée, désormais utilisée pour l'enseignement de l'anatomie ; ex. : la rotule est appelée « patelle », l'astragale « talus » .

Les termes employés ont été standardisés : ils n'ont qu'un sens, toujours le même, une même information est toujours désignée par le même terme. En cas de difficulté, les dictionnaires utilisés par les auteurs de la CCAM sont consultables (ex. Garnier Delamare, Robert...).

Les noms propres ne sont pas utilisés dans les libellés.

2.3.2 Construction

Les libellés font toujours référence à 3 composantes :

- l'action réalisée (ex. : exérèse),
- la topographie (organe) sur laquelle porte l'action (ex. : côlon, peau, déglutition),
- la voie d'abord (ex. : laparotomie, coloscopie) et, éventuellement la technique (ex. : échographie, radiologie).

2.3.3 Notes

Dans de très nombreux cas les libellés sont complétés par des notes destinées à définir et préciser des termes ou expliciter le libellé et ses conditions d'utilisation.

Attention, ces notes peuvent être situées à différents endroits : sous le libellé quand la note ne porte que sur ce libellé, mais parfois à un niveau hiérarchique supérieur quand la note concerne la plupart des actes d'un sousparagraphe, d'un paragraphe, voire d'un chapitre.

Les notes peuvent être **explicatives** et préciser les libellés (définitions de termes, notes d'inclusion, synonymes, nom d'intervention ...) : elles ne sont alors que des **exemples d'utilisation** des termes ou des libellés.

D'autres notes sont **limitatives** et correspondent à des règles de codage et des tables de contrôle (notes « À l'exclusion de : », notes « Avec ou sans : »).

2.3.4 Notions de nombre

L'article « **de** » a toujours le sens de « un ou plusieurs », il est toujours suivi du singulier.

Ex. : « Suture de plaie cutanée » veut dire « suture d'une ou de plusieurs plaies cutanées ».

« un » n'est utilisé que comme adjectif numéral et non comme article, avec le sens de « un seul » ; sauf impossibilité médicale, on trouve alors d'autres libellés pour les modalités multiples.

Ex. : « Ablation d'un corps étranger » concerne bien l'ablation d'un seul corps étranger.

Certains libellés précisent le nombre de réalisations ou la réalisation multiple :

Ex. : « Destruction de 10 lésions cutanées ou plus (...) »

« Avulsion de 3 à 5 dents (...) en un temps »

« Exérèse partielle du tibia (...) par abords multiples »

« Arthrodèse de plusieurs articulations tarsométatarsiennes (...) ».

Quand le nombre n'est pas précisé, le libellé est utilisable quel que soit le nombre de réalisations de l'acte au cours de l'intervention.

2.3.5 « Bilatéral »

Cette notion ne concerne que des actes réalisés à droite et à gauche du corps, sur des organes ou des régions pairs (ex. : oreille, rein, membre inférieur).

Selon la fréquence respective des interventions sur ces topographies, on trouvera :

- un libellé décrivant la réalisation unilatérale et un autre pour la réalisation bilatérale ;
- un libellé regroupant ces 2 possibilités : il comporte alors la mention « unilatéral ou bilatéral » ;
- un libellé dans l'intitulé duquel aucune précision n'est apportée sur le caractère unilatéral ou bilatéral : par convention, ce libellé décrit toujours un acte unilatéral.

2.3.6 Les liaisons : « avec », « ou », « et/ou », « , »

« Avec », parfois remplacé par « et », indique que les 2 informations (actions, topographies...) figurent dans le compte rendu de l'acte :

Ex. PAMH001 « Cimentoplastie intraosseuse extrarachidienne, par voie transcutanée avec guidage radiologique », nécessite que la cimentoplastie soit réalisée par voie transcutanée et

sous guidage radiologique concomitant. En l'absence de guidage on ne peut pas utiliser le code.

« **Ou** » est toujours exclusif (l'un, ou l'autre, mais jamais les 2 à la fois) :

Ex. : « scanographie de l'abdomen ou du pelvis (...) » est valable soit pour une scanographie abdominale, soit pour une scanographie pelvienne.

L'expression « **et/ou** » traduit la notion de « ou » inclusif (l'un, ou l'autre, ou les 2 à la fois)

Ex. « parage et/ou suture de plaie de l'auricule » s'utilise pour le parage seul, le parage et la suture, et la suture seule (l'auricule désigne l'oreille externe).

La virgule est utilisée dans une énumération pour éviter la répétition de « avec », de « ou » ou de « et/ou » ; elle les remplace et en reprend le sens.

2.4 Déchiffrer le code principal

Chaque libellé est repéré par un **code principal** composé de sept caractères (quatre lettres et trois chiffres).

L'attribution des **quatre caractères alphabétiques du code principal** répond à une logique, chaque caractère ayant une signification. Les dictionnaires de cette codification figurent dans les annexes du *Guide de lecture et d'utilisation de la CCAM*.

Les deux premiers caractères sont attribués selon la **TOPOGRAPHIE** :

- le **premier** repère l'**APPAREIL** selon l'ordre des chapitres,

- le **second**, l'**ORGANE** ou la **FONCTION** :

- **A***** = système nerveux : tous les codes qui commencent par A concernent le système nerveux

AA** = encéphale,

AD** = nerfs crâniens.

- **B***** = œil : tous les codes qui commencent par B concernent l'œil,

BF** = cristallin,

BG** = rétine et segment postérieur, ...

Le **troisième** caractère décrit l'**ACTION**. C'est le type d'action qui est codé, les libellés peuvent utiliser des termes plus précis selon les modalités qu'impose l'organe.

****C*** = Réunir : les ostéosynthèses, les sutures de plaies, les anastomoses ont C en 3^{ème} position du code.

****Q*** = Mesurer, enregistrer : pour l'imagerie, les explorations fonctionnelles, les ECG, EEG on utilise la lettre Q en 3^{ème} position du code.

Le **quatrième** caractère décrit le **MODE D'ACCÈS** ou la **TECHNIQUE**.

- ***A** = abord par incision chirurgicale classique, dit « abord ouvert »,
- ***C** = accès transpariétal endoscopique » : cœlioscopie, arthroscopie...,
- ***E** = endoscopie par les voies naturelles, « transorificiel »,
- ***K** = imagerie externe par rayons X, sans accès,
- ***M** = échographie, ultrasons externes sans accès.

La construction structurée de cette partie du code permet des **vérifications rapides du codage ou des tris**, par exemple pour distinguer les actes par cœlioscopie et les actes par laparotomie.

Les actes qui ont les mêmes codes sur les 4 lettres sont distingués par un compteur de trois chiffres attribués aléatoirement, sans signification particulière.

HHQE004 « Coloscopie partielle au-delà du colon sigmoïde » se décompose ainsi :

H = système digestif

HH = côlon

Q = analyse, examen

E = accès endoscopique transorificiel (par voie naturelle)

004 = compteur distinguant les différentes coloscopies diagnostiques.

3 Principe de l'acte global : un libellé pour toutes les composantes de l'acte

3.1 L'acte global : un libellé décrit complètement un acte

3.1.1 La notion d'acte global

La notion d'acte global est un principe fondamental de la CCAM.

Chacun des libellés décrit un **acte dans l'intégralité de sa réalisation**, et dans le respect des **règles de l'art**. Le libellé d'acte inclut **implicitement tous les temps obligés** de sa réalisation selon les bonnes pratiques admises par la société savante de la discipline, de la préparation à la rédaction du compte rendu.

Exemple d'extrait de compte-rendu opératoire : Péritonite sur appendicite perforée

- Préparation du patient, incision médiane sous ombilicale pour laparotomie exploratrice ;
- exploration : collection purulente intrapéritonéale généralisée avec appendice nécrotique ;
- appendicectomie ;
- toilette péritonéale avec irrigation lavage de la cavité ;
- fermeture de la laparotomie sur une lame.

Codage : HHFA020 « Appendicectomie avec toilette péritonéale pour péritonite aigüe généralisée, par laparotomie ».

Toutes les étapes font partie de l'acte global, aucune ne peut être codée séparément. En CCAM, la description n'est pas analytique et ne distingue pas les différents gestes composant l'acte.

En plus des libellés habituels d'actes isolés, la CCAM comporte des procédures qui combinent dans le même libellé, plusieurs actes réalisés dans le même temps et qui sont décrits indépendamment ailleurs. Les procédures permettent ainsi de décrire des interventions complexes par un seul libellé.

3.1.2 Les règles de l'art

Les actes sont prévus pour être réalisés dans les règles de l'art, **comportant tous les temps** correspondant à la bonne pratique. Cette notion est fournie par les sociétés savantes au moment de la rédaction et de la hiérarchisation des libellés.

Pour connaître le contenu implicite des actes décrits, un utilisateur pourra se référer à des ouvrages techniques ; par exemple, pour les actes de chirurgie : **Encyclopédie Médico-Chirurgicale (EMC)**, (ELSEVIER, Paris). Il pourra aussi interroger les rédacteurs de la CCAM sur le forum du site de la CCAM consacré aux questions de codage (www.ccam.sante.fr) ou la société savante concernée.

3.1.3 Acte isolé

Cas le plus fréquent, il s'agit d'un acte qui se réalise de façon indépendante, isolée et qui se suffit à lui-même. Ces actes sont de complexité variable. Le terme *isolé* n'est jamais écrit dans le libellé, il est implicite :

NFQC001 « Exploration de l'articulation du genou, par arthroscopie ».

3.1.4 Procédure :

Il s'agit de libellés qui décrivent l'association fréquente de plusieurs « actes isolés » au cours de la même intervention. Une procédure est créée quand ces actes, qui peuvent être réalisés indépendamment, sont couramment effectués dans le cadre d'interventions réglées.

FAFA0015 « Amygdalectomie par dissection, avec adénoïdectomie ».

3.1.5 Acte global : ce qui ne peut pas être décrit en plus

Le respect du principe d'acte global doit conduire le plus souvent à n'utiliser qu'un libellé pour décrire l'acte réalisé. Tous les cas de combinaisons de gestes explicitement ou implicitement compris dans l'acte global selon les règles de l'art conduisent à une interdiction d'association de codes redondants. Des **tables d'exclusions informatisées** permettront une vérification automatique du respect de cette règle de l'acte global dans les logiciels de saisie ou de contrôle de la CCAM.

Les temps obligés d'un acte, même s'ils sont décrits par ailleurs sous forme d'actes isolés, font partie de l'acte global et ne peuvent pas être décrits une seconde fois par un de ces autres libellés :

Ex. « La réduction de la fracture », et « la confection d'un appareil d'immobilisation (plâtre)» font partie de toute « ostéosynthèse de fracture».

Les actes isolés composant une procédure ne peuvent être associés entre eux ni à la procédure :

FAFA015 « Amygdalectomie par dissection, avec adénoïdectomie » est une procédure qui regroupe FAF008 « Adénoïdectomie » et FAFA014 « Amygdalectomie par dissection » : les 2 codes d'actes isolés ne peuvent pas être associés pour décrire cette intervention (exclusion).

Seul doit être porté le code FAFA 015.

Le temps exploratoire accompagnant un acte thérapeutique ne peut pas être décrit par un code supplémentaire associé à l'acte thérapeutique (dans le cas où il existe un libellé d'acte diagnostique correspondant qui pourrait offrir cette possibilité) :

JKFE001 « Exérèse de polype de l'utérus par hystéroscopie » inclut nécessairement le geste initial d'exploration endoscopique de la cavité utérine ; en aucun cas ce temps ne peut donner lieu à codage d'une *hystéroscopie diagnostique* (exclusion de JKQE002).

Une biopsie ne peut pas être signalée si elle est suivie d'un geste d'exérèse du même organe ou de la même zone anatomique au cours de l'intervention.

L'angiographie réalisée au cours d'un acte thérapeutique vasculaire par voie intraluminale (ex. : angioplastie ou fibrinolyse *in situ*) ne peut pas être codée en plus.

Le geste mentionné dans une note « Avec ou sans : » inscrit sous le libellé de l'acte fait partie de l'acte global et ne peut pas lui être associé.

La surveillance en salle de réveil après une intervention fait partie des règles de l'art et ne peut pas être codée avec la CCAM.

L'analgésie postopératoire est comprise dans le geste d'anesthésie, même si elle est réalisée par un autre médecin.

La surveillance d'une fonction vitale ne peut pas être décrite en plus de la suppléance de la même fonction.

La suppléance alimentaire (nutrition entérale ou parentérale) ne peut pas se coder, pour un jour donné, en plus d'une autre suppléance car elle est comprise, dans les règles de l'art, dans la prise en charge des autres suppléances (ex. : l'assistance respiratoire suppose une suppléance alimentaire).

La radiographie ou scopie de contrôle peropératoire est comprise dans les règles de l'art de pose d'un matériel d'ostéosynthèse.

L'anesthésie locale pour les petits gestes sur la peau fait partie des règles de l'art du geste chirurgical et est comprise dans l'acte global.

3.2 La notion d'intervention

3.2.1 Définition de la notion d'intervention

La notion d'intervention est essentielle car elle conditionne l'application des règles d'association des codes. Celles-ci ne s'appliquent que dans les cas où les actes concernés sont bien réalisés au cours d'une même intervention. Deux actes effectués au cours de deux interventions différentes seront décrits et codés indépendamment. D'où la nécessité d'horodater (date + heure) tous les actes.

Définition : une intervention est l'ensemble des actes réalisés sur le même patient **dans le même temps**, quels que soient le nombre et la spécialité des participants et la nature des actes.

Le terme d'*intervention* ne doit pas être pris dans le sens restrictif d'*intervention chirurgicale*.

Exemples d'interventions :

- une appendicectomie,
- un bilan radiologique du squelette pour une affection rhumatologique,
- l'ensemble des actes chirurgicaux effectués chez un patient traumatisé multiple au cours de la même anesthésie générale,
- une mammographie accompagnée d'une échographie du sein,
- l'exérèse d'une lésion accompagnée d'une biopsie extemporanée.

Dans la plupart des cas, une intervention comporte un seul acte et est décrite par un seul libellé.

3.2.2 Les intervenants

Une intervention peut être réalisée par un seul ou plusieurs intervenants, voire plusieurs équipes. Le choix du code principal de l'acte décrivant l'intervention est indépendant du nombre d'intervenants qui y participent.

3.2.3 La dimension « temps »

Une intervention comprend un ou plusieurs actes réalisés de façon synchrone ou dans la continuité : une heure de début et une heure de fin peuvent être définies (le début et la fin de la journée pour les actes « par 24 heures »).

3.2.4 La dimension « lieu »

Une intervention est réalisée le plus souvent dans un plateau technique (bloc opératoire, plateau d'exploration fonctionnelle, plateau d'imagerie). Un service de réanimation est assimilé à un plateau technique pour la réalisation des actes de suppléance ou de surveillance des fonctions vitales.

Le lieu de réalisation de certains actes est précisé dans le libellé : « au bloc opératoire », « au lit du malade » (ex. : radiographie au lit du malade), voire « à domicile » (transfusion à domicile).

3.2.5 Le compte rendu de référence

Le document de référence pour le codage d'un acte et son contrôle est le **compte rendu d'intervention** (compte rendu opératoire, d'exploration, d'endoscopie, d'imagerie...) ou, pour les actes de réanimation, le dossier du patient. Le compte rendu et le libellé doivent obligatoirement être cohérents, le compte rendu faisant foi pour valider le codage.

Lorsque les précisions pour coder exactement un acte manquent et/ou sont inaccessibles, le codeur doit se référer à l'acte dont libellé le décrit dans ses modalités les plus simples : par exemple, si la CCAM distinguent deux libellés, l'un « sans » et l'autre « avec laser », l'absence d'information à ce sujet dans le compte rendu à coder oblige à utiliser le code du libellé « sans laser ».

3.3 Coder un acte

3.3.1 Les informations obligatoires

Pour tout acte, outre le **code principal** correspondant au libellé descriptif de l'acte réalisé, d'autres informations sont à recueillir obligatoirement : il faut au minimum fournir le code de la **phase** et le code de l'**activité**.

Coder un acte impose donc de fournir au moins les 3 informations suivantes :

1. **Le code principal** de l'acte, c'est le code à 7 caractères lié au libellé,
2. **Le code Phase**, habituellement à zéro, prend des valeurs différentes pour quelques actes décrits dans la CCAM avec plusieurs phases ; à chaque code (de 1 à 3) correspond alors un libellé,
3. **Le code Activité** a, par convention, la valeur 1 pour l'intervenant principal ; certaines valeurs de ce code ont un sens particulier, invariable dans l'ensemble de la CCAM : code 4 pour l'Activité d'anesthésie générale ou locorégionale obligatoire, code 5 pour la surveillance d'une circulation extracorporelle (cf. 3.4).

Dans de nombreux cas, pour un acte donné, code Phase et code Activité ne peuvent prendre qu'une seule valeur, ce qui simplifie leur recueil.

3.3.2 Les autres informations de la CCAM

Un code d'extension documentaire, facultatif, réservé à certains actes (cf. 6.1).

Les modificateurs éventuels qui modulent la valorisation de l'acte (tarif et ICR) (cf 6.2).

La mention d'association non prévue, le remboursement exceptionnel et les numéros de dents sont des informations qui ne sont fournies que pour des circonstances particulières.

3.3.3 Les autres informations utiles

Elles servent notamment pour les besoins d'analyse d'activité ou la facturation :

- la **date** et, au mieux, l'**heure** de réalisation (horodatage),
- l'identification du **médecin prestataire** qui a réalisé l'acte (ou des prestataires).

3.3.4 La Phase, qu'est-ce que c'est ?

La *phase* est une étape de l'acte global : un *acte en plusieurs phases* est constitué d'étapes successives, distinctes chronologiquement les unes des autres. L'ensemble de ces phases constitue l'acte global, elles sont liées. Le codage de la phase est obligatoire.

La grande majorité des actes se déroule **en 1 seule phase** : le **code de Phase** reste alors à **0**.

Quelques actes de la CCAM comportent plusieurs phases, réalisées habituellement à des dates différentes. Pour ces actes, chaque phase est repérée par un **libellé complémentaire de phase et un code de Phase** :

MJMA006 « Reconstruction d'un tendon de la main par transplant libre, en 2 temps »

Phase 1 : « reconstruction de la gaine fibreuse digitale avec pose de prothèse provisoire, par abord direct » - « Avec ou sans : réfection des poulies ».

Phase 2 : « transplant libre de tendon de la main ».

Chaque phase peut être décrite au cours d'interventions, voire de séjours différents, éventuellement par des praticiens différents. Chaque phase a ses propres caractéristiques (exclusions, associations, tarif, ...).

3.3.5 L'Activité, qu'est-ce que c'est ?

Lorsque les règles de l'art nécessitent plusieurs praticiens pour réaliser un acte, chacun pratiquant des parties distinctes de l'intervention, la participation de chacun est repérée par un souslibellé décrivant son geste et par un code d'« *Activité* » (de 1 à 5) qui permet de la repérer. Ce code est obligatoire.

Chaque fois **qu'un seul intervenant** prend la totalité de l'acte en charge, la valeur du code « *Activité* » est 1 ;

Ex. « Radiographie unilatérale ou bilatérale de la hanche selon 1 ou 2 incidences » (NEQK002). Le radiologue est le seul médecin à intervenir, son activité est codée 1.

Pour les actes qui imposent habituellement une anesthésie générale ou locorégionale,

- le geste opératoire est repéré par le code « *Activité* » 1,

- le geste d'anesthésie par le code « *Activité* » 4. Celui-ci désigne le geste d'anesthésie générale ou locorégionale quasi obligatoire dans les règles de l'art.

En chirurgie cardiothoracique, la surveillance médicale d'une CEC (circulation extracorporelle) est repérée par le code « *Activité* » 5.

Pour les actes où les règles de l'art imposent la collaboration de plusieurs praticiens pour la réalisation du geste principal, il existe autant d'activités que d'équipes obligatoires ; le code « *Activité* » correspondant s'accompagne d'un libellé complémentaire explicite.

JQLF002 « Exsanguinotransfusion chez le fœtus, par ponction transcutanée du cordon »

Activité 1 : guidage échographique

Activité 2 : exsanguinotransfusion chez le fœtus

Activité 3 : assistance hémobiotique

Activité 4 : anesthésie.

Seuls les actes prévus avec plusieurs activités dans la CCAM peuvent être décrits avec plusieurs activités. Dans les cas où il y a plusieurs intervenants pour une même intervention sans que ce soit nécessaire dans les règles de l'art, l'acte ne peut être codé qu'une fois pour l'activité 1, sans possibilité de coder une activité 2.

Un même praticien ne peut pas coder 2 activités différentes pour une même intervention, car les règles de l'art suppose que chacun se consacre pleinement à une seule activité.

3.3.6 Cas particuliers du codage de l'activité d'anesthésie

La CCAM ne retient la notion d'anesthésie que pour les gestes d'anesthésie générale ou locorégionale réalisés par un médecin distinct de celui effectuant le geste principal.

Les anesthésies locales, qui sont habituellement réalisées par l'intervenant principal (chirurgien ou médecin), ne peuvent pas être codées car elles font partie de l'acte global.

L'activité d'anesthésie répond à 2 situations :

- A) L'anesthésie est systématique pour l'acte (dans les règles de l'art). Dans ce cas, l'acte accepte le code Activité 4 pour le geste d'anesthésie.

JGFE004 « Résection d'une hypertrophie de la prostate, par endoscopie ».

L'urologue code JGFE004 + Activité 1.

L'anesthésiste code JGFE004 + Activité 4 qu'il s'agisse d'une anesthésie générale ou locorégionale rachidienne (cf. extension documentaire).

- B) L'anesthésie est optionnelle pour l'acte : possible mais non systématique (ex. : accouchement par voie basse, gastroscopie...).

Le code « *Activité* » 4 n'existe pas pour cet acte. La réalisation d'une anesthésie de ce type est repérée par le code d'un libellé particulier : le geste complémentaire d'anesthésie facultative (sousparagraphe 18 01 17 02). Pour ce geste d'anesthésie facultative, l'anesthésiste est l'opérateur principal et utilise le code Activité 1.

Gastroduodénoscopie sous anesthésie générale

Le gastroentérologue code :

HEHQE002 «Endoscopie oesogastroduodénale » + Activité = 1.

L'anesthésie pour cet acte n'est pas obligatoire mais indiquée comme facultative, elle se code ZZLF012 « Anesthésie ... facultative au cours d'un acte ... » + Activité = 1.

- C) Certains actes de la CCAM ne sont pas prévus autoriser la réalisation d'une anesthésie. Il n'est pas possible de coder un geste d'anesthésie pour ces actes (ex. : tests neuropsychologiques, actes de rééducation).

4 CODER UNE INTERVENTION

4.1 Comment coder un acte bilatéral ?

- ❖ Si, au cours d'une intervention, le même acte est réalisé bilatéralement sur des organes pairs (sein, poumon, membres inférieurs...), il faut respecter le principe d'un seul code par intervention.

Pour ces actes, il y a 3 possibilités :

a) il existe un libellé mentionnant le caractère bilatéral (actes couramment réalisés en bilatéral)

- soit un libellé décrit l'acte unilatéral et un autre décrit l'acte bilatéral :

LMMA012 « Cure unilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par abord inguinal ».

LMMA001 « Cure bilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par abord inguinal ».

- soit un seul libellé précise « unilatéral ou bilatéral » :

CBQE001 « Examen unilatéral ou bilatéral de l'oreille externe et/ou moyenne, sous microscope ou par endoscopie méatale ».

b) il n'existe qu'un libellé, sans précision de latéralité : il convient d'ajouter au code principal, le modificateur « Acte bilatéral » autorisé :

- soit D (comme « deux ») si l'acte nécessite deux accès (par exemple, un pour chaque ostéosynthèse ou pour chaque œil),

BAMA012 « Reconstruction du bord libre de la paupière avec repositionnement des cils, sans autogreffe ni lambeau » + modificateur D.

- soit B (« bilatéral ») si un seul accès permet d'intervenir sur les deux organes,

JJFA008 « Kystectomie ovarienne, par laparotomie » + modificateur B.

❖ Si le geste pratiqué de chaque côté est différent, il faut décrire chacun des gestes par le libellé adéquat avec deux codes différents (sauf en cas de procédure).

NCCA002 « Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse du tibia, à foyer ouvert ».

+

NCCA019 « Ostéosynthèse de fracture ou de décollement épiphysaire supramalléolaire des deux os de la jambe, à foyer ouvert ».

4.2 Comment coder un acte multiple ?

Il faut distinguer :

- les actes multiples : répétition d'un acte de même type (= se codant de façon identique) au cours d'une même intervention ;

- les actes répétés : répétition d'un acte de même type (= se codant de façon identique) au cours d'interventions différentes.

4.2.1 Répétition d'un geste au cours d'une intervention : utiliser les libellés avec indication numérique

La règle est d'utiliser les libellés qui précisent le nombre de réalisation du geste (ou le nombre de lésions traitées).

Attention, il est INTERDIT de coder plusieurs fois le même acte pour la même intervention en dehors de certains actes sur les dents et les doigts.

Le nombre de réalisation peut être précisé par :

- un nombre de réalisation du geste,
 - un nombre seuil de réalisation du geste (ex. : « au moins 2 », « 3 ou plus »),
 - un intervalle (ex. : « de 5 à 10 »),
 - les termes « multiples » ou « plusieurs ».

Il faut utiliser le code du libellé décrivant le plus exactement le nombre de gestes (incidences, actions...) effectués au cours de l'intervention.

- ◆ Attention, parfois le libellé comprend implicitement la réalisation multiple !

Quand un libellé ne fait pas référence à un nombre de réalisation, le code s'utilise que la réalisation de l'acte soit unique ou multiple au cours de la même intervention.

LGQK001 « Radiographie du sacrum et/ou du coccyx » :

L'absence de précision sur le nombre d'incidences réalisées dans le libellé oblige à coder LGQK001 toute radiographie d'un ou des deux sites, quel que soit le nombre d'incidences utilisées.

QZHA001 « Biopsie dermoépidermique » est valable que l'on pratique un ou plusieurs biopsies de peau (au cours de la même intervention), quelles que soient les localisations.

Rappel : « de » est toujours utilisé dans son sens « un ou plusieurs ».

4.2.2 Le cas des actes sur les dents ou sur les rayons de la main

Seuls les actes de traitements conservateurs des dents et ceux portant explicitement sur un rayon de la main peuvent être codés plusieurs fois au cours de la même intervention.

Obturation radiculaire de 2 molaires après apexification se code :

HBBD002 et HBBD002 (une fois le code par dent traitée).

Suture de plaie d'un tendon d'un muscle fléchisseur des doigts par abord direct sur 2 rayons de la main (ou d'un rayon sur chaque main) se code :

MJCA001 et MJCA001 (une fois le code par doigt traité).

4.2.3 Addition des surfaces brûlées traitées

Pour les traitements de brûlures (pansement initial ou secondaire, excision ou greffe), en cas de plusieurs topographies traitées simultanément par le même type d'acte, la règle est d'additionner les pourcentage de surface corporelle pour déterminer le bon libellé à coder.

Excision d'une brûlure du dos de 8% de la surface corporelle + d'une brûlure de la cuisse gauche de 3% de la surface corporelle se code :

QZFA012 « excision d'une brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains de 10% à 12,5% de la surface corporelle ».

L'addition ne vaut que pour des brûlures de même groupe topographique.

4.3 Comment coder un acte répété ?

4.3.1 Répétition d'interventions identiques : séances et actes par 24h

4.3.1.1 Utiliser les actes en « Séance »

Dans le cas de traitements comportant habituellement la répétition d'actes identiques sans que le nombre total de réalisation soit uniforme selon les patients, l'acte est décrit sous forme de « séance » qui concerne une occurrence du geste thérapeutique.

Ces actes en « séance » se codent à chaque réalisation.

FGLB001 « Séance d'injection d'extrait allergique à concentration donnée pour désensibilisation spécifique par voie souscutanée ».

QZNP013 « Séance de destruction de 1 à 5 lésions cutanées superficielles, par électrocoagulation ».

Si l'acte est réalisé plusieurs fois au cours d'un même séjour hospitalier, il sera codé à chaque réalisation.

Si l'acte est réalisé deux fois dans la même journée, il doit être codé 2 fois.

4.3.1.2 Utiliser les actes mentionnés « par 24 heures » ?

Il s'agit d'actes de surveillance ou de suppléance d'une fonction vitale, ou de soins continus prolongés ; leur libellé comporte explicitement la mention « par 24 heures ».

EQMP001 « Suppléance hémodynamique par dispositif de contreimpulsion diastolique intraaortique, par 24 heures ».

Ils ne peuvent se coder qu'une seule fois par jour civil (entre 0h et 24h) pour un patient donné même s'il est réalisé plusieurs fois.

FELF003 « Administration intraveineuse simultanée de deux des produits sanguins suivants : plasma frais congelé, plaquettes, facteur antihémophilique, fibrinogène, antithrombine III pour suppléance de coagulopathie, par 24 heures ».

Si trois séquences de transfusion sont réalisées le même jour, à 9h00, 13h00, et 23h00 : à coder une seule fois pour cette journée.

Ils se codent tous les jours de réalisation, même en cas de réalisation sur moins de 24h (si l'acte est commencé ou arrêté en cours de journée, il se code car il a été réalisé pendant la période).

Ex. Une suppléance respiratoire (ventilation assistée) débutée le mardi à 21h00, interrompue le vendredi à 10h00, sera codée quatre fois (mardi, mercredi, jeudi, vendredi).

Rappel : la surveillance d'une fonction vitale ne se code pas s'il y a une suppléance de cette fonction le même jour (cf 3.1.6).

4.4 Comment utiliser les Gestes Complémentaires ?

Le chapitre 18 propose des « Gestes Complémentaires » ; l'emploi de ces libellés est différent de celui des actes des autres chapitres. Il s'agit de gestes facultatifs, réalisés inconstamment au cours de certains actes, qui ne peuvent jamais être pratiqués seuls.

Ne pouvant être réalisés seuls, ils ne peuvent être codés qu'associés à certains actes de la CCAM. Chaque code de geste complémentaire ne peut être mentionné qu'avec une liste

limitative de codes d'actes. Pour un acte donné les gestes complémentaires autorisés sont signalés entre parenthèses sous le libellé.

Accouchement par voie basse sur présentation céphalique chez une primipare sous analgésie péridurale, avec épisiotomie :

en plus du code décrivant l'accouchement (JQGD010), 2 gestes complémentaires sont à décrire pour l'intervention :

- JMPA006 « Épisiotomie », codé par l'obstétricien (code activité =1)

et

- AFLB010 « Anesthésie rachidienne au cours d'un accouchement par voie basse », codé par l'anesthésiste avec le code d'activité 1 car il est l'intervenant principal pour l'anesthésie facultative (l'accouchement par voie basse JQGD010 n'accepte pas l'activité 4).

L'utilisation d'un code de geste complémentaire autorisé en plus de l'acte principal, ne constitue pas une « association non prévue d'actes » et ne fait pas l'objet d'un codage de cette information.

4.5 Associations d'actes

Habituellement, les procédures permettent de décrire une intervention par un seul code principal d'acte ; dans certains cas cependant, la description d'une intervention ne peut se faire qu'en associant plusieurs libellés. Ces associations peuvent être assez fréquentes et prévues dans la CCAM ; ou au contraire être occasionnelles et non prévues. Le codage d'une association d'actes n'est possible que si elle ne fait pas l'objet d'une **règle d'interdiction**, contrôlée par une **liste d'exclusion** : c'est le cas pour la répétition d'un acte, pour les combinaisons d'actes isolés existant sous forme de procédure, d'actes techniquement incompatibles entre eux, etc. ...

Attention :

Une **association est définie pour une intervention donnée** : les actes réalisés au cours de 2 interventions distinctes ne constituent pas une association.

Cependant, des contrôles de cohérence pourraient être effectués *a posteriori* entre les différentes interventions d'un même patient.

4.5.1 Combinaisons de codes prévues

La CCAM accepte que l'on combine plusieurs codes principaux d'acte pour une intervention dans 4 cas seulement :

- a) le second geste est un **geste complémentaire** du chapitre 18, autorisé pour l'acte,

- b) il s'agit de la répétition d'un acte de **traitement conservateur de dent** ou d'un acte sur un **rayon des doigts de la main** : à titre d'exception pour ces seuls cas, le code peut être associé à lui-même.

- c) **les actes « par 24 heures »** peuvent être associés entre eux, sous réserve des règles d'exclusions entre surveillance et suppléance.

- d) dans quelques cas, une **note « *Coder éventuellement* : »** donne explicitement le libellé ou le type de libellés que l'on peut utiliser conjointement. Cette note signifie que l'association a été prévue par la CCAM mais n'est pas décrite par une procédure en raison de sa moindre fréquence ou de la multiplicité de ses variantes.

JGFC001 « Vésiculoprostatectomie totale par coelioscopie » Coder éventuellement : curage lymphonodal (cf 05.02.02.04)

+

FCFC003 « curage lymphonodal pelvien par cœlioscopie ».

Ces 4 cas sont les seules situations où la mention de plusieurs codes principaux pour l'intervention ne nécessite pas de renseigner la case « *Association non prévue* ».

4.5.2 Associations non prévues

En dehors de ces 4 situations, la CCAM qualifie les associations de codes d'« *Association non prévue* ». Elle repère une association inhabituelle d'actes dont le caractère aléatoire empêche toute systématisation. C'est notamment le cas des interventions pour traumatismes multiples.

Au code principal de chacun des actes pratiqués au cours de l'intervention et codés ensemble, il conviendra d'ajouter le code « *Association non prévue* », choisi en fonction du type d'association réalisée. **Actuellement, les codes à utiliser pour renseigner cette information ne sont pas définis.**

L'information « *Association non prévue* » ne peut pas être utilisée pour signaler une association interdite par les règles de la CCAM.

5 Situations particulières

5.1 Limites liées au lieu d'intervention

5.1.1 Actes « au lit du malade », ou « à domicile »

Ces expressions sont utilisées dans 12 libellés d'actes pour décrire leur réalisation en dehors des conditions habituelles (ordinairement, dans un bloc médicotechnique dédié : services de radiologie, d'explorations fonctionnelles...).

L'expression « au lit du malade » s'applique au patient "dans son lit" (ex. : en réanimation), mais également présent dans un service d'urgences, et autres situations assimilées. Les libellés de ce type d'actes sont souvent moins précis dans leur description que ceux d'actes identiques réalisés au niveau d'un plateau technique. **Il est interdit d'associer leurs codes en cas de réalisation hors d'un bloc pour améliorer le niveau d'information.**

Ex. Enregistrement de potentiels évoqués :

Si l'enregistrement se fait dans le plateau technique ou au bloc sous anesthésie, il existe une vingtaine d'actes différents (potentiels auditifs, vestibulaires, visuels, somesthésiques, moteurs).

Si le technicien se déplace auprès du patient pour réaliser l'acte → AZQP002 « Enregistrement de potentiels évoqués, au lit du malade ».

Pour les transfusions ou les dialyses, il existe également des actes spécifiques pour la réalisation « à domicile » :

FELF003 « Transfusion de concentré de globules rouges, à domicile ».

5.1.2 Actes spécifiques « au bloc opératoire »

Quelques actes sont précisés « au bloc opératoire » et ne peuvent s'utiliser que dans ce cas.

C'est notamment le cas des « pansements chirurgicaux » pour brûlures, dont une note précise qu'il s'agit de pansements réalisés au bloc opératoire. Les pansements qui ne sont pas réalisés au bloc ne se codent pas avec la CCAM (actes infirmiers).

5.2 Particularités de chronologie

5.2.1 Actes de durée prolongée, équipes successives

Certains actes nécessitent, pour leur achèvement, une réalisation étalée sur une durée prolongée et variable.

GGJB001 « Drainage d'un épanchement de la cavité pleurale, par voie transcutanée sans guidage ».

NEBP001 « Réduction orthopédique progressive de fracture du fémur, par traction continue collée ».

Suivant le principe de l'acte global, le codage de tels actes "sur une durée prolongée" comprend implicitement, l'ensemble des temps initiaux (pose, installation), intermédiaires (adaptation, surveillance) et terminaux (ablation du système, désinstallation). **Ils doivent donc être codés une fois et une seule, à la date de fin de leur réalisation.**

Le praticien qui installe le dispositif et celui qui doit ensuite le surveiller, puis en décide l'ablation, peuvent être différents. Un seul opérateur peut être identifié pour une activité donnée : il appartient aux praticiens ou à l'établissement de définir, dans le système d'information interne, les règles d'identification à appliquer dans ces – rares – situations.

5.3 Que faire en cas d'acte non inscrit à la CCAM ?

Les actes inscrits à la CCAM sont ceux que les sociétés savantes considèrent comme légitimes à y figurer à la date de constitution ou de mise à jour de la classification ; leur inscription définitive est soumise à l'avis scientifique de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES).

La méthodologie détaillée est publiée sur le site de l'ANAES (www.anaes.fr). La liste de ces actes est publiée sur le site de la CNAMTS (www.ameli.fr).

➤ L'ANAES peut refuser une inscription à la CCAM pour un acte devenu **obsolète**, (c'est-à-dire tombé en désuétude en raison de son archaïsme technique, de son manque d'efficacité, voire de sa dangerosité). Ce type est considéré non conforme aux règles de l'art et ne sera pas admis au remboursement.

➤ Pour un **acte émergent** qui lui est soumis, l'ANAES peut donner un avis défavorable à son inscription à la CCAM, si l'acte est jugé “ **non éprouvé scientifiquement** ». L'acte reste alors provisoirement dans le domaine expérimental, hors nomenclature, dans l'attente de la publication des données scientifiques sur son efficacité.

➤ Pour les actes nouveaux ne figurant pas encore à la CCAM, une procédure a été prévue pour leur inscription : les praticiens doivent adresser à leur société savante pour demander l'inscription. La société savante transmettra une demande d'inscription à l'ANAES, qui après analyse de la littérature se prononcera sur son inscription. La commission de la nomenclature se prononcera sur son niveau de tarification, puis l'acte sera publié officiellement lors de la mise à jour de la CCAM.

Dans la version actuelle V0bis quelques actes ont pu être **oubliés** par les sociétés savantes, ils ne peuvent être **ni décrits ni facturés** à l'assurance maladie tant qu'ils ne sont pas inscrits à la CCAM. Il s'agit bien d'une situation d' « acte hors nomenclature ».

Les actes qui ne sont pas dans la CCAM n'ont pas de code et ne peuvent pas être pris en charge par l'assurance maladie (art. 41 de la loi 2003-1199 de financement de la sécurité sociale du 18 décembre 2003).

Dans tous les cas, le codage par assimilation n'est plus possible et est strictement interdit.

6 Autres informations À coder

6.1 La notion d'Extension Documentaire

Ce code permet de fournir un niveau de détail supplémentaire sur les modalités d'exécution de l'acte ; sa saisie est facultative, laissée au libre choix des praticiens ou de l'établissement **en respectant les codes proposés officiellement par la CCAM.**

L'extension documentaire n'existe actuellement que pour trois familles de libellés.

➤ **Les actes d'anesthésie**, pour en préciser les modalités. Ces codes s'utilisent aussi bien pour l'anesthésie décrite en Activité 4 que pour les gestes complémentaires d'anesthésie.

- Tableau 1. Codes d'extension documentaire destinés à préciser la modalité d'anesthésie :

<i>Modalité d'anesthésie</i>	<i>Code d'extension documentaire</i>
Anesthésie générale	1
Anesthésie péridurale	2
Rachianesthésie	3
Bloc plexique ou tronculaire	4
Anesthésie Locorégionale intraveineuse (ALRIV)	5
Anesthésie combinée (AG + ALR)	6

➤ Pour **préciser certaines artères** dans le chapitre 04 des actes sur l'appareil circulatoire :

- pour préciser l'artère du membre supérieur concernée (04.03.09),
- pour préciser la branche de l'aorte abdominale concernée (04.03.13),
- pour préciser l'artère du membre inférieur concernée (04.03.16).

➤ Pour préciser la **modalité de drainage des voies urinaires supérieures** dans le chapitre 08 des actes sur le **système urinaire** (paragraphe 08.02.02 « voies urinaires supérieures »).

6.2 Les modificateurs

Il s'agit d'informations qui décrivent des situations qui modifient la réalisation de l'acte et peuvent conduire à sa majoration (tarif et ICR).

Pour la V0bis, l'utilisation des modificateurs est limitée au cas des **actes bilatéraux** précisés avec **B ou D** selon que la voie d'abord est commune (B) ou distincte (D).

6.3 Autres informations

- **Code pour remboursement exceptionnel** : son utilisation sera précisée dans le cadre des règles de tarification en cours de discussion et applicable à partir de la mise en œuvre de la V1 tarifante (ex. : chirurgie plastique pour raison médicale).

- **Code de désignation des dents soignées** : c'est la numérotation internationale des dents déjà utilisée actuellement pour la NGAP qui restera en vigueur.

7 Annexes

7.1 Liste des chapitres

- 01 Système nerveux central, périphérique et autonome
- 02 Œil
- 03 Oreille
- 04 Système circulatoire
- 05 Système immunitaire et hématopoïétique
- 06 Système respiratoire
- 07 Système digestif
- 08 Système urinaire et génital
- 09 Actes concernant la procréation, la grossesse et le nouveau-né
- 10 Système endocrinien et métabolisme
- 11 Système ostéoarticulaire et musculaire de la tête
- 12 Système ostéoarticulaire et musculaire du cou et du tronc
- 13 Système ostéoarticulaire et musculaire du membre supérieur
- 14 Système ostéoarticulaire et musculaire du membre inférieur
- 15 Système ostéoarticulaire et musculaire du corps entier
- 16 Système tégumentaire –glande mammaire
- 17 Actes sans précision topographique
- 18 Gestes complémentaires et modificateurs
- 19

7.2 Liste des sociétés savantes contributives

38 sociétés savantes ont participé directement à l'élaboration de la CCAM, et ont été chargées de faire le lien avec les sociétés très spécialisées représentant des sousdisciplines.

Association Dentaire Française

Association Française de Formation Continue en Angiologie

Association Française d'Urologie (AFU)

Collège Nationale des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)

Collège National des Médecins de la Douleur

Fédération Française des Collèges de Gynécologie Médicale

Fédération Française des Oncologues Médicaux

Fédération Française de Psychiatrie

Société de Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire de Langue Française
Société de Chirurgie Vasculaire de Langue Française
Société Française d'Allergologie et Immunologie Clinique
Société Française Anesthésie et Réanimation
Société Française de Biophysique et Médecine Nucléaire
Société Française de Cardiologie
Société Française de Chirurgie Digestive
Société Française de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (SOFCOT)
Société Française de Chirurgie Pédiatrique
Société Française de Chirurgie Plastique Reconstructive et Esthétique
Société Française de Dermatologie
Société Française Endocrinologie
Société Française d'Etude et de Traitement des Brûlures
Société Française d'Hématologie
Société Française de Médecine Interne
Société Française de Médecine Physique et Réadaptation (SOFMER)
Société Française Neurochirurgie
Société Française Neurologie
Société Française d'Ophtalmologie
Société Française d'ORL et de pathologie Cervico-faciale
Société Française de Pédiatrie
Société Française de Radiologie et Imagerie Médicale
Société Française de Radiothérapie Oncologique
Société Française de Rhumatologie
Société Française de Stomatologie, Chirurgie Maxillo Faciale et Chirurgie Plastique de la Face
Société Française de Transfusion Sanguine
Société Francophone pour l'Application des Ultrasons à la Médecine et à la Biologie
Société Nationale Française de Gastroentérologie
Société de Néphrologie
Société de Pneumologie de Langue Française
Société de Réanimation de Langue Française

7.3 Références documentaires

Orthographe et Lexicologie :

Dictionnaire des termes de médecine, Garnier-Delamare, Paris, Maloine Ed., 1998 25^{ème} édition

Encyclopédie Médico-Chirurgicale (EMC), *Techniques Chirurgicales* (ELSEVIER, Paris)

Dictionnaires Le Robert, Paris

Répertoire illustré d'anatomie humaine, Heinz Feneis, édition française Antoine DEHM, Paris, MEDSI Ed., 1986

CCAM :

CCAM V0bis : www.le-pmsi.org ou www.ameli.fr

Guide de lecture et d'utilisation de la CCAM (V0bis), ATIH.

Sites Internet :

ATIH, Agence technique de l'information sur l'hospitalisation : www.le-pmsi.org ou www.atih.sante.fr ; publication de la CCAM téléchargeable, publication du Guide de lecture et d'utilisation, publication des listes d'actes par sociétés savantes, libellés courts, exercice de formation, forums PMSI.

CNAMTS, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés : www.ameli.fr : publication de la CCAM, format pour les éditeurs de logiciels, aspects tarifaires, méthodologie de rédaction des libellés, méthodologie de hiérarchisation des libellés, guide de lecture, liste des avis ANAES, enquête sur la fréquence des actes.

www.ccam.sante.fr : présentation, diaporama de formation, exercices de formation, forums codage.

GMSIH, Groupement pour la modernisation des systèmes d'information hospitaliers : www.GMSIH.fr ; Guide d'adaptation des systèmes d'information pour le passage à la CCAM, Etude concernant l'assistance au codage et à la saisie des actes CCAM, Echanges des actes au sein du SIH. Spécifications de messages CCAM, NGAP et NABM, Mise en oeuvre de la CCAM dans les établissements de santé au 1er janvier 2004.

ANAES, agence nationale pour l'accréditation et l'évaluation hospitalières : www.anaes.fr ; méthode générale d'évaluation des actes, publication des avis.

Index

« ET ».....	10
« OU ».....	10
à domicile.....	23
<u>acte global</u>	12, 13, 14, 17, 24
actes bilatéraux	26
actes cliniques	5
actes externes	5
actes techniques	4, 5
activité	15, 17, 21, 24, 25
ANAES.....	24
anesthésie.....	14, 16, 17, 25
appareil.....	13
association.....	13, 15, 22
au bloc.....	5, 23
BILATERAL	
bilatéral.....	10
CCAPS.....	5
chronologie.....	23
code principal	11, 14, 15, 22
commentaires	

dentistes	5
endoscopie.....	5, 7, 11, 15, 18
exploration fonctionnelle.....	5, 15
extension documentaire.....	15, 25
fonction.....	11, 20
geste complémentaire.....	17, 21
<i>guide de lecture</i>	11
hiérarchie	4
honoraires	4
intervention.....	23
Intervention.....	10, 12, 13, 14, 18, 19, 21, 22, 23
mise à jour	4, 24
Modificateurs.....	3, 15, 18, 25, 26
<u>notes</u>	9
NOTES.....	9
organe.....	7, 13
par 24h.....	20
phase	15, 16
<u>PMSI</u>	4
position hiérarchique	7
procédure.....	13, 18, 22
réanimation.....	5
rédaction.....	12
référence.....	4, 15
règle de l'art.....	12, 14, 16

règles	3, 4, 12, 14, 16, 26
règles d'utilisation.....	4
SAE.....	4
sages-femmes	5
Séance.....	20
sociétés savantes	12, 24, 27
T2A	4
tarification à l'activité	4
TERMINOLOGIE.....	9
<u>terminologie anatomique</u>	9
urgences.....	5

[1] À l'opposé, la version française de la Classification internationale des maladies (CIM-10) n'utilise pas les termes internationaux.