

Formation initiale à la CCAM

Corrigé des exercices de codage

Recherche simple de codes

1. Radiographie pulmonaire face + profil

|Z|B|Q|K|0|0|2|

§¹ 06.03.01

Si le nombre d'incidences n'est pas précisé, il faut comprendre "Radiographie du thorax, *quel que soit le nombre d'incidences*". On ne peut de toutes façons pas coder cet acte plusieurs fois pour expliciter cette notion.

On ne peut tenir compte du nombre d'incidences que si le libellé en fait une mention explicite (voir exercice 18). Pour mémoire, les actes utilisant les rayons X (hors chirurgie ou accès particulier) sont repérés par la lettre K en 4^{ème} position. (cf *Guide de lecture de la CCAM VObis, annexe p.79*)

2. Réalisation d'une botte plâtrée

|Z|E|M|P|0|0|5|

§ 14.05.02

Les appareillages orthopédiques des membres (contentions souples, plâtres, orthèses...) sont regroupés en fin de chaque chapitre concernant le squelette, dans le sous chapitre "*Autres actes thérapeutiques...*", et non rangés dans chaque articulation ou segment osseux. La mention de *botte plâtrée* figure explicitement dans la note sous ZEMP005 (bien lire les notes explicatives).

3. Suture d'une plaie cutanée de la paume de la main

|Q|Z|J|A|0|0|2|

ss § 16.03.03.01.

En cas d'imprécision (ici, absence de précision du caractère profond ou superficiel, et sur la taille de la plaie), on codera l'acte le plus "simple" ou le plus "léger" : ici, plaie superficielle de moins de 3 cm de grand axe. La différence entre "superficiel" et "profond" est expliquée dans la note en tête du chapitre 16. Le degré de précision nécessaire pour le codage correct en CCAM renforce l'intérêt du codage par le médecin qui a réalisé l'acte.

Remarquez le principe de l'emploi du partitif dans le libellé (cf *Guide de lecture de la CCAM VObis p.15*) : "parage et/ou suture de ...". Si le traitement avait concerné plusieurs plaies de même nature (taille, profondeur), le codage aurait été identique.

Notez également l'usage de "et/ou" : se codent de la même façon le parage seul, la suture sans parage, ou la combinaison des deux. (cf *Guide de lecture de la CCAM VObis, p.18*).

4. Fibroscopie vésicale

|J|D|Q|E|0|0|1|

ss § .08.01.06.01

Noter que ce libellé concerne tant une fibroscopie urétrale qu'une fibroscopie vésicale (si tant est que les deux actes puissent se pratiquer indépendamment). En CCAM il n'y a pas de

¹ Subdivisions de la CCAM : chapitre (chap), souschapitre (sschap), paragraphe (§), sousparagraphe (ss §)

distinction selon que l'acte est réalisé chez l'homme ou la femme ; la valorisation prend en compte la fréquence relative de réalisation de cet acte dans l'un et l'autre sexe.

L'endoscopie « transorificielle » (passant par un orifice naturel, par opposition à la coelioscopie) est toujours décrite par le lettre E en 4^{ème} position (en endoscopie digestive, ORL ou pulmonaire également). (cf *Guide de lecture de la CCAM V0bis, annexe p.79*)

5. Ablation de naevus sous-claviculaire

|Q|Z|F|A|0|3|6|

§ 16.03.07

Noter que le terme "ablation" dans la CCAM a le sens bien particulier de "*Ôter de l'organisme un élément qui lui est étranger*" et que le verbe utilisé dans le libellé de l'acte est "Exérèse". Il faut donc avoir en tête les différences possibles entre le langage courant médical et celui, basé sur des conventions, de la CCAM.

Comme pour l'exercice 2, la taille de l'exérèse n'est pas précisée ; on prend donc l'acte le plus simple ou le plus léger.

Les exérèses tangentielles et les curetages ne sont pas utilisés pour ce type de lésion.

6. Échographie rénale et vésicale

|J|A|Q|M|0|0|4|

§ 08.01.02

On peut profiter de cet exercice pour discuter de :

- la notion de procédure (cf *Guide de lecture de la CCAM V0bis, p.31*): à côté de l'acte isolé d'échographie rénale et de la région lombaire (JAQM003), figurent des actes de procédures décrivant son association *avec une échographie transcutanée de la vessie* (JAQM004) ou *avec une échographie transcutanée de la vessie et échographie de la prostate et des vésicules séminales par voie rectale* (JAQJ001). On ne codera pas les actes isolés qui constituent cette procédure, mais uniquement la procédure complète si on les a associés au cours de la même intervention,

- la notion de bilatéralité (cf *Guide de lecture de la CCAM V0bis, p.39*) figure dans le libellé de cet acte, décrit comme "unilatéral ou bilatéral" : il est donc exclu d'utiliser en sus un modificateur "bilatéral",

- la note d'inclusion précisant "*Avec ou sans : échographie des surrénales, de la prostate*", qui fait coder de la même façon cet acte qu'il y ait ou non échographie des surrénales ou de la prostate.

On peut également noter l'usage du mot "transcutané", qui, isolé, désigne une technique sans accès, alors que la locution "*par voie transcutanée*" évoque une effraction minimale de la peau (ponction...), sans accès chirurgical l'imagerie par ultrasons (échographie et doppler) se code avec la lettre M en 4^{ème} position. (cf *Guide de lecture de la CCAM V0bis, annexe p.79*)

7. Pose de stérilet

|J|K|L|D|0|0|1|

ss § 08.04.03.11

Tout ce qui concerne les dispositifs intra-utérins se trouve dans le chapitre 08 (système urinaire et génital), et non dans le 09 (procréation, grossesse...)

Cet exercice permet d'illustrer l'utilité d'un logiciel d'aide au codage, permettant une recherche sur les notes ou les termes entre crochets des titres (*cf Guide de lecture de la CCAM V0bis, p.16*), car on ne trouvera jamais le terme "stérilet" par une recherche sur le contenu des libellés.

8. Test allergologique par patch test par batterie européenne standard

|F|G|R|P|0|0|7|

§ 05.01.05

Les actes d'allergologie sont dans le chapitre 05 "Système immunitaire et hématopoïétique".

L'acte comprend aussi la lecture du résultat cutané -même si c'est 48h plus tard- et la rédaction du compte rendu comme pour tous les actes (notion d'acte global).

Notez également l'absence de termes étrangers dans les libellés de la CCAM qui ne peuvent figurer qu' *entre []*. Les termes synonymes (usuels) sont écrits entre []

9. Transfusion de trois culots globulaires

|F|E|L|F|0|1|1|

ss § 05.02.05.02

Noter l'usage du partitif dans le libellé : "Transfusion de concentré de globules rouges..." signifie *transfusion quel que soit le nombre de culots jusqu'à une demi-masse sanguine*.

10. Électromyogramme du membre supérieur droit par électrode

aiguille (*deltoïde + triceps+ long supinateur+ extenseur propre de l'index+ court abducteur du pouce*)

|A|H|Q|B|0|2|4|

ss § 01.01.01.01

En l'absence de précision sur l'emploi ou non de stimulodétection, on code l'acte "sans".

11. Champ visuel avec mesure de seuils

|B|L|Q|P|0|0|4|

ss § 02.01.06.02

À noter la terminologie internationale officielle qui utilise *campimétrie* et non *champ visuel*.

12. Cautérisation nasale pour épistaxis par endoscopie

|G|A|S|E|0|0|1|

ss § 06.02.02.03

Noter la différence entre le langage médical courant et l'écriture des libellés.

13. Électrocardiogramme

|D|E|Q|P|0|0|3|

ss § 04.01.01.01

Les règles de l'art sont de réaliser cet examen sur douze dérivations au moins. Il n'existe donc pas d'acte pour décrire un ECG sur moins de douze dérivations.

À noter que tous les actes "-gramme" sont libellés "-graphie" dans la CCAM.

14. Séance d'acupuncture pour lombalgies chroniques

|A|N|R|B|0|0|1|

sschap 01.07

Les actes concernant la douleur sont classés dans le chapitre 01 (système nerveux).

Noter que c'est le seul acte d'acupuncture existant dans la CCAM.

Il est codé «par séance». Revoir la notion de séance dans la CCAM, qui conduit à coder chacune des réalisations de l'acte,. (cf *Guide de lecture de la CCAM V0bis*, p.41).

15. Gaz du sang

|G|L|H|F|0|0|1|

ss § 06.01.07.04

Cet exemple illustre la notion d'acte global : il n'est utilisable que dans le cas où sont réalisés le prélèvement artériel, ET le dosage biologique de la gazométrie sanguine, ET la mesure du pH par le même exécutant (par exemple, un pneumologue disposant de l'automate d'analyse). Dans le cas d'un prélèvement de sang artériel, puis d'un envoi au laboratoire, ce dernier codera son acte selon la nomenclature des actes biologiques (NABM) ; la CCAM ne prévoit pour l'instant aucun acte pour coder le prélèvement de sang artériel isolé.

16. Mammographie de dépistage

|Q|E|Q|K|0|0|4|

§ 16.02.02

Les actes sur le sein se trouvent dans le chapitre 16, avec ceux sur la peau. La mammographie de dépistage est distinguée des autres mammographies.

17. Séance de rééducation vestibulaire

|C|E|R|P|0|0|2|

§ 03.04.03

Illustre la notion de séance (voir exercice 14, et cf *Guide de lecture de la CCAM V0bis*, p.41).

18. Radiographies cervicales face + profil

|L|D|Q|K|0|0|1|

ss § 12.01.03.01

Le nombre d'incidences est ici prévu (voir exercice 1). Attention ! qu'il soit pratiqué une ou deux incidences, l'acte se codera toujours de façon identique.

19. Ablation de quatre dents de sagesse incluses

|H|B|G|D|0|3|8|

ss § 07.02.02.11

Le codeur se doit de toujours choisir le code décrivant le plus exactement l'acte exécuté : puisqu'il existe ici un acte décrivant l'avulsion de 4 dents, il n'est pas question de répéter ou de cumuler les actes HBGD004 et HBGD018, ou l'acte HBGD025, pour coder cette ablation.

À noter la terminologie qui ne connaît pas « dents de sagesse » mais « 3^{ème} molaire ». Pour les dents, il faudra également préciser la numérotation des dents concernées : ici 18, 28, 38, 48 (*cf Guide de lecture de la CCAM V0bis, p.28*).

Cas pratiques

ATTENTION : pour ces exercices, en l'absence de précision sur les conditions d'emploi de ces codes, on ne peut actuellement pas coder les modificateurs (cf Guide de lecture de la CCAM V0bis, p.28) autres que ceux concernant l'exécution d'actes bilatéraux, la localisation dentaire (cf Guide de lecture de la CCAM V0bis, p.) et les associations non prévues (cf Guide de lecture de la CCAM V0bis, p.37).

Il convient également de bien comprendre la notion d'INTERVENTION avant de réaliser ces exercices. (cf Guide de lecture de la CCAM V0bis, p.33).

1. Césarienne pour grossesse gémellaire

Primipare admise pour accouchement d'une grossesse gémellaire à 38 semaines d'aménorrhée.

§ Actes pour la mère :

- Monitoring des contractions utérines et du rythme cardiaque fœtal
- Déclenchement par ocytociques de l'accouchement
- Anesthésie péridurale
- Césarienne abdominale pendant le travail à 14 heures pour dystocie de dilatation.

J Q G A 0 0 3	1	_	0	_ _ _ _	_	_
J Q G A 0 0 3	4	2	0	_ _ _ _ _	_	_
code acte	activité	Doc	phase	Modificateurs	Ass NP	Rbst Excp.

ss § 09.03.03.02

L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal fait partie d'un accouchement habituel et ne se code qu'en dehors du travail et de l'accouchement (JQQP001, par 09.01.01). Il ne se code donc pas ici. Le déclenchement ne se code pas non plus.

Il existe quatre actes de césarienne, parmi lesquels on choisit le code correspondant à celle "au cours du travail", avec le code activité 1. Il ne faut pas coder de modificateur car cet acte est obligatoirement réalisé « en urgence » (notion d'urgence implicite).

L'anesthésie (cf Guide de lecture de la CCAM V0bis, p.42 et 43) est un geste obligatoire lors d'une césarienne : il se code donc avec le code principal de l'acte de césarienne et le code *Activité* 4, et non avec un code de geste complémentaire d'anesthésie (ss § 18.01.17.02). Le mode d'anesthésie (cf Guide de lecture de la CCAM V0bis, p.43 : *péridurale* = 2) se code dans la zone documentaire.

Dans cet exemple il ne faut coder que l'anesthésie pour césarienne (celle ci prend en compte dans sa valorisation l'éventuelle anesthésie péridurale préalable). En effet avec la CCAM il n'est pas possible de coder au cours d'une même intervention une anesthésie « obligatoire » (activité 4) avec une anesthésie « facultative » (AC d'anesthésie).

§ Actes pour un enfant

- Mise en incubateur d'un des deux enfants

Z Z E P 0 0 1	1	_	0	_ _ _ _ _	_	_
code acte	activité	doc	phase	modificateurs	Ass NP	Rbst Excp.

sschap. 09.05

Le code *Activité* d'un acte réalisé par un seul intervenant est par défaut 1.

2. Cancer colorectal avec métastase hépatique, exérèse de la métastase.

Laparotomie exploratrice, libération complète du foie, échographie peropératoire, métastasectomie hépatique par laparotomie.

Métastasectomie hépatique

H L F A 0 1 3	1	_	0	_ _ _ _ _	_	_
H L F A 0 1 3	4	1	0	_ _ _ _ _	_	_
<i>Code acte</i>	<i>activité</i>	<i>doc</i>	<i>phase</i>	<i>modificateurs</i>	<i>Ass NP</i>	<i>Rbst Excp.</i>

§ 07.04.12

Une des conséquences du principe de l'acte global est que l'acte thérapeutique inclut l'acte diagnostique (cf *Guide de lecture de la CCAM V0bis, p.32 corollaire3*). La laparotomie exploratrice (ZCQA001, par 07.01.12) n'est donc pas à coder ici. De même, la libération complète du foie est une étape obligatoire pour accéder à la lésion avant métastasectomie hépatique : elle n'est donc pas codée. Il n'existe d'ailleurs pas de code CCAM pour ce geste, à considérer comme un temps élémentaire.

Échographie peropératoire

Z Z Q M 0 0 2	1	_	0	_ _ _ _ _	_	_
Z Z Q M 0 0 2	4	1	0	_ _ _ _ _	_	_
<i>Code acte</i>	<i>activité</i>	<i>doc</i>	<i>phase</i>	<i>modificateurs</i>	<i>Ass NP</i>	<i>Rbst Excp.</i>

ss § 18.01.17.01

Par contre, l'échographie peropératoire fait partie des gestes complémentaires (cf *Guide de lecture de la CCAM V0bis, p.39*), qui sont une dérogation autorisée à ce principe de l'acte global. On doit donc la coder ici, sans renseigner la zone *Association non prévue*.

On notera que le code *Activité 1* du geste complémentaire est porté indépendamment de l'identité de l'exécutant (que l'exécutant de l'acte et du geste complémentaire soit le même ou non). En effet, ce code activité est attaché à un acte donné, et non en relation avec la qualité ou l'identité de l'exécutant (cf *Guide de lecture de la CCAM V0bis, p.35*). On notera également que tous les gestes complémentaires stipulés *peropératoires* (ou *au cours d'une intervention...*) comportent un code *Activité 4*.

Comme tout geste complémentaire, son code ne peut pas être porté seul sur un bordereau de recueil.

La présence de ce libellé de geste complémentaire interdit d'utiliser le code d'un acte isolé (en général plus précis comme HLQM001 Échographie transcutanée du foie et des conduits biliaires) pour décrire un geste peropératoire, même si l'exécutant de ce geste est différent de celui de l'acte principal.

Codage de l'intervention

H L F A 0 1 3	1	_	0	_ _ _ _ _	_	_
H L F A 0 1 3	4	1	0	_ _ _ _ _	_	_
Z Z Q M 0 0 2	1	_	0	_ _ _ _ _	_	_
Z Z Q M 0 0 2	4	1	0	_ _ _ _ _	_	_
<i>Code acte</i>	<i>activité</i>	<i>doc</i>	<i>phase</i>	<i>modificateurs</i>	<i>Ass NP</i>	<i>Rbst Excp.</i>

ATIH - CNAMTS

L'anesthésie de ces 2 actes étant signalée par le code *Activité 4*, il faut porter ce code avec le code principal de chacun des 2 actes (*cf Guide de lecture de la CCAM V0bis, p.44*).

Il faut donc lire le codage de la façon suivante :

Activité 1 de l'acte HLFA013 : la chirurgie

Activité 1 de l'acte ZZQM002 : l'échographie

Activité 4 de l'acte HLFA013 et de ZZQM002 : l'anesthésie

3. Plaies multiples de la main gauche par tondeuse à gazon

Patient sous bloc plexique complété par une anesthésie générale.

Pré lavage, parage, exploration de plaies multiples profondes de la main avec :

- fracture transversale diaphysaire de P1 du second doigt ; embrochage percutané en diagonale par deux broches
- plaie profonde du 3^{ème} doigt avec section tendineuse du fléchisseur, et section d'un nerf collatéral ; suture tendineuse et une suture nerveuse sous microscope, suture de la plaie en regard, immobilisation- plaie pulpo-unguéal ; réinsertion de l'ongle
- plaie profonde de la commissure entre troisième et quatrième doigt ; suture

Remarques générales

L'ensemble des traitements de ces plaies ayant lieu sous anesthésie générale et locorégionale, il conviendra de signaler cette modalité par le code 6 dans la zone *Extension documentaire* de l'anesthésie (cf *Guide de lecture de la CCAM V0bis*, p.43)

Les actes effectués ici sont associés mais ce n'est pas une association répertoriée ; il faudra donc vérifier quelles sont les règles fixées pour documenter la zone "Association non prévue" dont le remplissage est obligatoire lorsque l'association n'est pas répertoriée.

Chaque acte est d'abord codé comme s'il était réalisé de façon indépendante, avant de fournir la solution de codage de l'intervention décrite ici.

Plaies profondes de la main

Q C J A 0 0 1	1	_	0	_ _ _ _ _ _	_	_
Q C J A 0 0 1	4	6	0	_ _ _ _ _ _	_	_
<i>code acte</i>	<i>activité</i>	<i>doc</i>	<i>phase</i>	<i>Modificateurs</i>	<i>Ass NP</i>	<i>Rbst Excp.</i>

ss § 16.03.03.02

Bien lire les libellés et se référer aux règles d'usage du partitif et de "et/ou" (cf *Guide de lecture de la CCAM V0bis*, p15, 17, 18) : le libellé "Parage et/ou suture de plaie profonde..." sous entend que ce code est employé pour coder tous les parages, toutes les sutures ou leurs associations sur de telles plaies, quel qu'en soit le nombre. Avec le codage ci-dessus, on a ainsi codé le nettoyage, le parage et l'exploration des plaies multiples de la main, ainsi que la suture de la plaie profonde de la 3^{ème} commissure interdigitale.

Fracture P1 deuxième doigt

M D C B 0 0 3	1	_	0	_ _ _ _ _ _	_	_
M D C B 0 0 3	4	6	0	_ _ _ _ _ _	_	_
<i>code acte</i>	<i>activité</i>	<i>doc</i>	<i>phase</i>	<i>Modificateurs</i>	<i>Ass NP</i>	<i>Rbst Excp.</i>

ss § 13.02.06.02

Contrairement au libellé précédent, celui-ci n'utilise pas de partitif : "Ostéosynthèse... d'un doigt..." Ceci veut dire qu'il existe d'autres libellés quand il s'agit de plusieurs doigts, qu'on trouve effectivement en dessous sur la même page.

L'expression *embrochage percutané* du compte rendu correspond à la locution à *foyer fermé* du libellé de la CCAM il doit être utilisé quel que soit le nombre de broches utilisées.

Lésions troisième doigt

M J C A 0 0 6	1	_	0	_ _ _ _ _ _	_	_
---------------------	---	---	---	-------------	---	---

M J C A 0 0 6	4	6	0	_ _ _ _ _ _ _	_	_
<i>code acte</i>	<i>activité</i>	<i>doc</i>	<i>phase</i>	<i>Modificateurs</i>	<i>Ass NP</i>	<i>Rbst Excp.</i>

ss § 13.04.03.02

Les lésions multitissulaires (concernant tendon et nerf et/ou artère) du poignet et de la main se trouvent en fin de souschapitre sur les tissus du membre supérieur. Par contre, on trouve les sutures de nerf (avec ou sans suture d'artère) au sousparagraphe 01.05.04.02, et les sutures de plaie artérielle seule au paragraphe 04.03.09.01

Il faut remarquer que le codage de la suture d'une plaie de structure sousjacente (muscle, nerf, tendon, artère...) interdit le codage supplémentaire de la suture de la plaie cutanée en regard (principe de l'acte global).

La confection de l'appareillage en fin d'intervention ne se code pas : elle fait partie des bonnes pratiques pour le traitement de ce genre de réparation.

Plaie pulpo-unguéal

Q Z J A 0 0 6	1	_	0	_ _ _ _ _ _ _	_	_
Z Z L F 0 1 2	1	6	0	_ _ _ _ _ _ _	_	_
<i>code acte</i>	<i>Activité</i>	<i>doc</i>	<i>Phase</i>	<i>Modificateurs</i>	<i>Ass NP</i>	<i>Rbst Excp.</i>

§ 16.04.02

Les actes sur les phanères se trouvent dans le chapitre 16.

Si cet acte était réalisé isolément sous anesthésie générale, il faudrait coder : QZJA006 pour le geste chirurgical, et ZZLF012 pour le geste complémentaire d'anesthésie (« anesthésie facultative » pour cet acte)

Codage de l'intervention

Q C J A 0 0 1	1	_	0	_ _ _ _ _ _ _	x	_
M D C B 0 0 3	1	_	0	_ _ _ _ _ _ _	x	_
M J C A 0 0 6	1	_	0	_ _ _ _ _ _ _	x	_
Q Z J A 0 0 6	1	_	0	_ _ _ _ _ _ _	x	_
Q C J A 0 0 1	4	6	0	_ _ _ _ _ _ _	x	_
M D C B 0 0 3	4	6	0	_ _ _ _ _ _ _	x	_
M J C A 0 0 6	4	6	0	_ _ _ _ _ _ _	x	_

L'intervention est signalée par l'ensemble des codes énumérés ci-dessus, sauf pour la description de l'activité d'anesthésie. En effet, il n'est permis de mentionner simultanément des actes acceptant le code *Activité* 4 et des codes de geste complémentaire d'anesthésie (*cf Guide de lecture de la CCAM V0bis, p.45 et exercice cas pratique 1*) : on ne peut donc pas porter le code ZZLF012.

parentérale) dont le codage est interdit avec tout autre acte de suppléance. Par contre, on ne peut pas porter le code d'actes différents de suppléance d'une même fonction un jour donné. De même, on ne peut pas coder un acte de surveillance et un acte de suppléance d'une même fonction le même jour. La surveillance hémodynamique (EQQP011) est considérée comme un temps élémentaire de toute suppléance circulatoire Elle est codée ici car elle n'accompagne pas une suppléance hémodynamique.

Par ailleurs les associations d'actes de suppléance, surveillance, gestes techniques ponctuels de réanimation sont répertoriées dans des tables. Il ne faut pas remplir la case «association non prévue»

Radiologie à J7

 Z C Q H 0 0 2 	 1 	 _ 	 0 	 _ _ _ _ _ _ 	 _ 	 _
<i>Code acte</i>	<i>activité</i>	<i>Doc</i>	<i>phase</i>	<i>Modificateurs</i>	<i>Ass NP</i>	<i>Rbst Excp.</i>

§ 07.01.05

Reprise chirurgicale J7

 Z C J A 0 0 2 	 1 	 _ 	 0 	 _ _ _ _ _ _ 	 _ 	 _
<i>code acte</i>	<i>activité</i>	<i>Doc</i>	<i>phase</i>	<i>modificateurs</i>	<i>Ass NP</i>	<i>Rbst Excp.</i>
 Z C J A 0 0 2 	 4 	 _ 	 0 	 _ _ _ _ _ _ 	 _ 	 _

§ 07.06.05

La toilette péritonéale temps élémentaire de l'acte global ne peut pas être codée d'ailleurs elle n'existe pas en CCAM

"Évacuation d'une collection intraabdominale, par laparotomie".

La note *Avec ou sans* : au début du paragraphe interdit le codage de la pose du drain.

Transfusion à J8

 F E L F 0 1 1 	 1 	 _ 	 0 	 _ _ _ _ _ _ 	 _ 	 _
<i>code acte</i>	<i>activité</i>	<i>Doc</i>	<i>phase</i>	<i>modificateurs</i>	<i>Ass NP</i>	<i>Rbst Excp.</i>

§ 05.02.04

Si cette transfusion avait été faite au bloc, en peropératoire, ou en salle de réveil, cet acte n'aurait pas été à coder, car il est inclus dans l'acte d'anesthésie, et seule la transfusion massive (geste complémentaire) pourrait être codée en plus de l'acte d'anesthésie.

Imagerie à J8

 Z C Q M 0 0 8 	 1 	 _ 	 0 	 _ _ _ _ _ _ 	 _ 	 _
<i>code acte</i>	<i>activité</i>	<i>doc</i>	<i>phase</i>	<i>Modificateurs</i>	<i>Ass NP</i>	<i>Rbst Excp.</i>

§ 07.01.03

En l'absence d'indication plus précise, on doit coder "échographie de l'abdomen".

Réanimation à J8

 G L L D 0 1 5 	 1 	 _ 	 0 	 _ _ _ _ _ _ 	 _ 	 _
 E Q Q P 0 1 1 	 1 	 _ 	 0 	 _ _ _ _ _ _ 	 _ 	 _
<i>code acte</i>	<i>activité</i>	<i>doc</i>	<i>phase</i>	<i>Modificateurs</i>	<i>Ass NP</i>	<i>Rbst Excp.</i>

§ 06.04.02

À coder chaque jour de ventilation (cf Guide de lecture de la CCAM V0bis, p.41-42) et de surveillance hémodynamique.

Réanimation à J9

G L L D 0 1 5	1	_	0	_ _ _ _ _ _ _	_	_
E Q Q P 0 1 1	1	_	0	_ _ _ _ _ _ _	_	_

code acte

activité

doc

phase

Modificateurs

Ass NP

Rbst Excp.

Idem supra

Réanimation à J10

G L L D 0 0 6	1	_	0	_ _ _ _ _ _ _	_	_
E Q Q P 0 1 1	1	_	0	_ _ _ _ _ _ _	_	_

code acte

activité

doc

phase

Modificateurs

Ass NP

Rbst Excp.

L'ablation des voies vasculaires centrales et de la sonde d'intubation trachéale ne se codent pas, comme toute ablation ne nécessitant pas d'accès particulier. Leur score est inclus dans celui de l'acte de pose. Il est possible de coder la surveillance hémodynamique (EQQP011) dans la mesure où la surveillance ne s'est pas arrêtée à 0 heure

Il est possible de coder soit, le sevrage de la ventilation, soit le code de ventilation dans la mesure où celle-ci ne s'est pas arrêtée à 0 heure. Par contre on ne peut mentionner que l'un des codes de ventilation ou de sevrage (cf. explication *supra*) pour un jour donné.

Relevé des actes

J2

H F F A 0 0 2	1	_	0	_ _ _ _ _ _ _	_	_
H F F A 0 0 2	4	_	0	_ _ _ _ _ _ _	_	_

code acte activité doc phase modificateurs Ass NP Rbst Excp.

J7

Z C J A 0 0 2	1	_	0	_ _ _ _ _ _ _	_	_
Z C J A 0 0 2	4	_	0	_ _ _ _ _ _ _	_	_
Z C Q H 0 0 2	1	_	0	_ _ _ _ _ _ _	_	_
G E L D 0 0 4	1	_	0	_ _ _ _ _ _ _	_	_
G L L D 0 1 5	1	_	0	_ _ _ _ _ _ _	_	_
E N L F 0 0 1	1	_	0	_ _ _ _ _ _ _	_	_
E P L F 0 0 2	1	_	0	_ _ _ _ _ _ _	_	_
E Q Q P 0 1 1	1	_	0	_ _ _ _ _ _ _	_	_

ATIH - CNAMTS

<i>code acte</i>	<i>activité</i>	<i>doc</i>	<i>phase</i>	<i>Modificateurs</i>	<i>Ass NP</i>	<i>Rbst Excp.</i>
J8						
F E L F 0 1 1	1	_	0	_ _ _ _	_	_
G L L D 0 1 5	1	_	0	_ _ _ _	_	_
Z C Q M 0 0 8	1	_	0	_ _ _ _	_	_
E Q Q P 0 1 1	1	_	0	_ _ _ _	_	_

<i>code acte</i>	<i>activité</i>	<i>doc</i>	<i>phase</i>	<i>Modificateurs</i>	<i>Ass NP</i>	<i>Rbst Excp.</i>
J9						
G L L D 0 1 5	1	_	0	_ _ _ _	_	_
E Q Q P 0 1 1	1	_	0	_ _ _ _	_	_

<i>code acte</i>	<i>activité</i>	<i>doc</i>	<i>phase</i>	<i>Modificateurs</i>	<i>Ass NP</i>	<i>Rbst Excp.</i>
J10						
G L L D 0 0 6	1	_	0	_ _ _ _	_	_
E Q Q P 0 1 1	1	_	0	_ _ _ _	_	_

<i>code acte</i>	<i>activité</i>	<i>doc</i>	<i>phase</i>	<i>Modificateurs</i>	<i>Ass NP</i>	<i>Rbst Excp.</i>
------------------	-----------------	------------	--------------	----------------------	---------------	-------------------

5. Traumatisme facial lors d'un accident de la voie publique survenu un dimanche

Fracture fronto-naso-maxillaire, fracture maxillo-malaire gauche, fracture Lefort II fermée non déplacée, plaies palpébrale supérieure gauche épargnant le bord libre, temporales et nasales, section canalicules lacrymaux inférieur gauche et droit.

Sous AG avec intubation : intervention en urgence pour parage et suture des différentes plaies, ostéosynthèse par plaque et fil d'acier après réduction sanglante de la fracture fronto-naso-maxillaire, exploration et réfection du plancher orbitaire gauche, canthopexie transnasale bilatérale, intubation bicanaliculaire des voies lacrymales gauche et droite.

Remarques générales

La mention X en modificateur signale la possibilité de coder la notion d'*intervention le dimanche*, si celle ci est finalement retenue. Elle ne correspond pas à la notion d'*urgence*, qui est implicite pour tous les actes de traumatologie.

L'intubation nécessaire à une anesthésie générale par inhalation ne se code pas (geste élémentaire).

Parage et suture des plaies de la face

Q A J A 0 1 3	1	_	0	X _ _ _ _	_	_
Z Z L F 0 1 2	1	1	0	X _ _ _ _	_	_
<i>code acte</i>	<i>activité</i>	<i>doc</i>	<i>phase</i>	<i>modificateurs</i>	<i>Ass NP</i>	<i>Rbst Excp.</i>

§ 16.03.03

La taille et la profondeur de la plaie ne sont pas précisées : on porte donc le code de l'acte le moins lourd ou le plus simple.

QAJA013 peut être utilisé quel que soit le nombre de plaie (*de* partitif).

Cet acte n'étant pas habituellement réalisé sous AG, ce geste se code comme un geste complémentaire.

Parage et suture d'une plaie de la paupière

B A C A 0 0 2	1	_	0	X _ _ _ _	_	_
Z Z L F 0 1 2	1	1	0	X _ _ _ _	_	_
<i>code acte</i>	<i>activité</i>	<i>doc</i>	<i>phase</i>	<i>modificateurs</i>	<i>Ass NP</i>	<i>Rbst Excp.</i>

§ 02.02.01

Contrairement au libellé QAJA013 qui concerne une ou plusieurs plaies, le code BACA00 2 ne s'utilise que pour une plaie de la paupière.

Il existe un autre libellé BACA007 pour des **plaies multiples** de la paupière, sans atteinte du bord libre, qu'elles soient uni- ou bilatérales (donc pas de modificateur bilatéral).

Traitement de la fracture fronto-naso-maxillaire avec canthopexie

L A C A 0 0 9	1	_	0	X _ _ _ _	_	_
L A C A 0 0 9	4	1	0	X _ _ _ _	_	_
<i>code acte</i>	<i>activité</i>	<i>doc</i>	<i>phase</i>	<i>Modificateurs</i>	<i>Ass NP</i>	<i>Rbst Excp.</i>

ss § 11.02.02.01

Il existe une procédure décrivant l'association du traitement de la fracture et la canthopexie.

Celle-ci (BADA001, par 02.02.07) ne se code donc pas en sus du traitement isolé de la fracture (LACA013).

Réfection du plancher de l'orbite

L A M A 0 0 7	1	_	0	X _ _ _	_	_
L A M A 0 0 7	4	1	0	X _ _ _	_	_
<i>code acte</i>	<i>activité</i>	<i>doc</i>	<i>phase</i>	<i>Modificateurs</i>	<i>Ass NP</i>	<i>Rbst Excp.</i>

ss § 11.02.03.03

Notez la note d'inclusion sous le titre du sousparagraphe 11.02.03.03.

Réparation des canalicules lacrymaux

B B M A 0 0 4	1	_	0	X B _ _	_	_
B B M A 0 0 4	4	1	0	X B _ _	_	_
<i>code acte</i>	<i>activité</i>	<i>doc</i>	<i>phase</i>	<i>Modificateurs</i>	<i>Ass NP</i>	<i>Rbst Excp.</i>

§ 02.03.02

L'acte étant réalisé de façon bilatérale, on code le modificateur "Bilatéral" puisque le libellé de la CCAM utilisé concerne une structure paire (*cf Guide de lecture de la CCAM V0bis, p.39-40*). Le code de rétablissement de la continuité des canalicules lacrymaux a été choisi de préférence au code d'intubation des canalicules lacrymaux (BBLD001), car il s'agit d'une intubation pour rétablissement de la continuité.

Codage de l'intervention

Q A J A 0 1 3	1	_	0	X _ _ _	x	_
B A C A 0 0 2	1	_	0	X _ _ _	x	_
L A C A 0 0 9	1	_	0	X _ _ _	x	_
L A C A 0 0 9	4	1	0	X _ _ _	x	_
L A M A 0 0 7	1	_	0	X _ _ _	x	_
L A M A 0 0 7	4	1	0	X _ _ _	x	_
B B M A 0 0 4	1	_	0	X B _ _	x	_
B B M A 0 0 4	4	_	0	X B _ _	x	_
<i>code acte</i>	<i>activité</i>	<i>doc</i>	<i>phase</i>	<i>Modificateurs</i>	<i>Ass NP</i>	<i>Rbst Excp.</i>

Le codage définitif de cette intervention nécessite de renseigner la zone *Association non prévue*. Le code ZZLF012 ne peut être porté sur ce recueil ; il est en effet interdit de l'associer à un code *Activité* 4 (voir exercice cas pratique 1 et 3). Il faudra remplir la case « association non prévue » pour chaque praticien car les associations citées ne sont pas répertoriées .

Questions à choix multiples

Pour l'utilisation des modificateurs et du code Association non prévue, se référer aux règles qui seront arrêtées ultérieurement.

1. Scanner cérébral programmé, sans puis avec injection de produit de contraste IV.

A- § 01.01.05. Non, pas avec le thorax bien entendu. Bien penser à regarder l'ensemble des libellés pouvant correspondre, pour éviter de coder le premier sur lequel on tombe.

B- § 01.01.05. Code correct pour le scanner, mais le code *Activité* 4 n'est pas autorisé avec ce code.

C- § 01.01.05, 18.01.17 et 18.01.04. Le code d'angiographie peropératoire ne sert pas à coder l'injection de produit de contraste puisqu'il existe un libellé explicite avec injection. Pour l'anesthésie c'est effectivement un code de geste complémentaire (chap.18.01.17), ce geste ne concernant que l'équipe d'anesthésie, l'activité devrait être codée 1 (et non 4 comme dans la proposition) (cf. *Guide de lecture de la CCAM V0bis* p.27 et 42).

D- § 01.01.05.

E- § 01.01.05. Un examen (scanographie, remnographie...) sans puis avec injection se code avec le seul code d'examen avec injection.

2. Implantation stéréotaxique d'électrode de stimulation intracérébrale chez un patient obèse souffrant de maladie de Parkinson

A- cf 01.04.01.01 et 18.02. Le réglage initial est implicite dans toute pose d'appareillage, et ne doit pas être codé en sus (ce n'est pas un AC c'est un acte complet)(cf. note explicative du ss § 01.04.01.01 et le guide de lecture *Guide de lecture de la CCAM V0bis p.18 ? et 31-32, règle1 corollaire1*). Dans cet exemple le modificateur « obésité » ne pourrait pas être noté : en effet le texte ne précise pas le BMI et il est très peu probable que ce modificateur soit autorisé avec la chirurgie crânienne et intracrânienne.

B- cf 01.04.01.01 et 18.02. Idem supra

C- ss § 01.04.01.01. *Pour l'utilisation des modificateurs se référer aux règles qui seront arrêtées ultérieurement.*

D- § 01.04.01.01 et 18.02. Idem réponse A, sans le modificateur. Si D garde sa forme initiale, dire que l'anesthésiste ne peut pas coder un geste différent de celui du chirurgien

E- ss § 01.04.01.01. *Pour l'utilisation des modificateurs se référer aux règles qui seront arrêtées ultérieurement, a priori le modificateur obésité ne sera pas pris en compte pour la chirurgie intracrânienne.* De plus il n'y a aucune précision sur le niveau du BMI (body mass index) qui doit être supérieur à 35 pour que le modificateur puisse être envisagé.

3. Sympathectomie lombaire par cœlioscopie chez une personne obèse

A- ss § 01.06.04. Noter le classement par appareil et non par discipline de la CCAM (les actes sur le système nerveux sympathique sont dans le chapitre 01). *Pour l'utilisation des modificateurs se référer aux règles qui seront arrêtées ultérieurement* ce modificateur ne pourrait être codé que si le BMI est > à 35 ; l'anesthésiste n'a pas la possibilité de coder ce modificateur, il utiliserait éventuellement le modificateur ASA3/4

- B-** ss § 01.06.04 et 07.01.12. On ne code bien sûr pas une intervention par coelioscopie avec le code de l'acte par laparotomie, plus celui de la coelioscopie exploratrice (cf. *Guide de lecture de la CCAM V0bis* p.31-32, *règle1 corollaire3*).
- C-** cf 01.06.04 et 18.01.17.02. L'anesthésie étant la règle pour ce type d'intervention, elle ne doit pas être codée par un geste complémentaire, mais par le code de l'acte réalisé avec le code *Activité "4"* de plus le modificateur obésité ne sera pas autorisé avec les actes d'anesthésie
- D-** § 01.06.04. (*modificateur "Obésité" pour l'activité 1 ? se référer aux règles qui seront arrêtées ultérieurement*) *idem A sans modificateur*
- E-** cf 01.06.04 et 18.01.17.02. *Idem réponses C sans modificateur*

4. Sutures d'une plaie cutanée de la paupière droite, et de deux plaies cutanées de la paupière gauche (sans atteinte du bord libre), sous anesthésie locale

A- § 02.02.01. La mention "d'une" dans le libellé "Suture d'une plaie..." signifie que ce n'est applicable que pour une plaie unique (cf. *Guide de lecture de la CCAM V0bis* p.15), et sous-entend également qu'un libellé est prévu pour les plaies multiples. Il n'est donc pas associable à lui-même en cas de plaies multiples. Le modificateur "Bilatéral" ne peut être utilisé car il existe un autre acte de la CCAM qui prend en compte cette notion (BACA007) .

B- § 02.02.01. Même remarque que pour A, même si la combinaison des codes est un peu différente. En ce qui concerne l'anesthésie, « l'anesthésie locale » ne se code pas en CCAM, elle fait partie du geste chirurgical. Si une anesthésie générale ou locorégionale était réalisée elle ne se coderait pas BACA002 activité 4 mais ZZLF012.

NB la mention « anesthésie » « 4 » n'apparaît pas au dessous de ce libellé.
C- § 02.02.01. Cette réponse serait correcte, sans le modificateur "Bilatéral", qui n'est pas autorisé ici.

D- § 02.02.01. bonne réponse ; il n'y a ni modificateur ni anesthésie codés dans cette proposition

E- § 02.02.01. Le code BACA002 est incompatible avec le code BACA007, car il est compris dans ce dernier (, principe de l'acte global) (cf. *Guide de lecture de la CCAM V0bis* p.31-32, *règle1 corollaire2*).

5. Réalisation au cours de la même consultation d'une audiométrie tonale et d'une audiométrie vocale, sans tympanométrie

A- ss § 03.01.01.01. Le libellé du code CDQP012 ("audiométrie vocale **ET** tonale") signifie qu'il doit être utilisé quand ces deux gestes sont réalisés au cours d'une même intervention (procédure, cf. *Guide de lecture de la CCAM V0bis* p.31-32, *règle1 corollaire2* et p.17-18 pour l'usage du « et »). Le code CDQP010 ne peut donc pas être mis deux fois ici. La phase ne peut être utilisée que pour les actes décrits en plusieurs phases et pour lesquels les différentes phases sont détaillées sous le libellé (cf. *Guide de lecture de la CCAM V0bis* p.36).

B- ss § 03.01.01.01. *Idem* réponse A pour l'utilisation du double code CDQP010.

C- ss § 03.01.01.01.

D- ss § 03.01.01.01. On ne double bien sûr pas cet acte qui est implicitement toujours bilatéral.

E- ss § 03.01.01.01. La règle de l'art est bien sûr de réaliser toujours une audiométrie bilatérale. Il n'est donc pas licite d'utiliser le modificateur "Bilatéral"(cf. *Guide de lecture de la CCAM V0bis* p.39 *situation 4*).

6. Réintervention en urgence pour hémostase après exérèse de l'auricule

A- § 03.02.03. S'il y avait anesthésie ce serait avec un code complémentaire et non une code *Activité 4*. S'il n'y avait qu'une anesthésie locale, elle ne se coderait pas.

B- §03.02.03. Le modificateur "Urgence" n'est pas autorisé, une telle intervention n'étant jamais programmée.

C- §03.02.03. Le code de suture de plaie de l'auricule n'a pas à être utilisé ici, l'acte d'hémostase secondaire existant en tant que tel.

D- §03.02.03. Idem B et C

E- §03.02.03. Idem B et C

7. Myringotomie pour pose bilatérale d'aérateurs transtympaniques chez un enfant de deux ans

A- ss § 03.03.01.01. La myringotomie fait partie de l'acte de pose d'aérateurs transtympaniques. Elle n'a donc pas à être codée en plus.

B- ss § 03.03.01.01. Il existe un code de pose bilatérale d'aérateurs transtympaniques. Il n'est donc pas licite de doubler le code de pose unilatérale. Remarque , sauf pour les actes de traumatologie de la main et les actes dentaires , **un code CCAM ne peut jamais être associé à lui même.**

C- ss § 03.03.01.01. Il existe un code de pose bilatérale d'aérateurs transtympaniques. Il n'est donc pas licite d'utiliser le modificateur "Bilatéral" (cf. *Guide de lecture de la CCAM V0bis p.39-40, situation4*).

D- ss § 03.03.01.01. Voir E pour l'anesthésie. mettre plutôt ici le commentaire de E sur l'anesthésie

E- ss § 03.03.01.01 et 18.01.17.02. *Pour l'utilisation des modificateurs se référer aux règles qui seront arrêtées ultérieurement.* La CCAM ne prévoit pas de code *Activité 4* pour cet acte (possibilité d'anesthésie locale, notamment chez l'adulte). Il faut donc coder le geste complémentaire d'anesthésie avec l'*Activité 1* (cf. *Guide de lecture de la CCAM V0bis p.42 et 44*). La modalité d'anesthésie se code en extension documentaire (AG=1,cf *Guide de lecture p43*).

8. Explorations électrophysiologiques par sonde intraveineuse intracardiaque droite avec déclenchement d'une tachycardie ventriculaire mal tolérée, échec de réduction par produits pharmacologiques, et réduction par choc électrique externe

A- ss § 04.01.01.03 et 04.02.03.11. On laisse le code "Association non prévue" non rempli, car elle est prévue dans les notes donc acceptée ("coder éventuellement...") c'est vrai à cause de la mention «coder... » mais ce n'est pas une association répertoriée et en réalité il faudra remplir la case Ass NP (cette note sera modifiée dans la prochaine version)

L'acte DERP004 est décrit en urgence, le modificateur ne peut pas être utilisé

B- ss § 04.01.01.03. Le choc électrique externe n'est pas implicite dans cet acte. Il est à coder en plus le cas échéant.

C- ss § 04.01.01.03 et 04.02.03.11. Il s'agit d'un déclenchement de tachycardie à l'étage ventriculaire, et non auriculaire. De plus, il faut considérer la réduction comme faite en urgence (il ne s'agit pas d'un acte "programmé") *Pour l'utilisation des modificateurs (urgence ?) se référer aux règles qui seront arrêtées ultérieurement.*

D- ss § 04.01.01.03 et 04.02.03.11. Pour la cardioversion en urgence, voir C.

E- ss § 04.01.01.03 et 04.02.03.11. On ne code pas les deux actes comme deux phases différentes du même acte (*cf Guide de lecture de la CCAM p36*).

9. Angiographie suivie de dilatation du tronc cœliaque, avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée

A- ss § 04.03.13.02. Le code documentaire peut ici être utilisé, car il est documenté dans les notes de chapitre. Attention, un même code documentaire pourra correspondre à une information différente, suivant l'acte pour lequel il est prévu. Ce sont les notes de chapitre qui donnent sa signification. Ce champ "code documentaire" ne pourra être utilisé qu'avec les codes officiellement proposés par les sociétés savantes ET validées par la structure de maintenance de la CCAM.

B- ss § 04.03.13.02. Cette réponse n'est pas fautive pour le PMSI ou la tarification, mais incomplète par rapport à l'utilisation du code documentaire.

C- ss § 04.03.13.02 et 04.01.04.02. L'acte de dilatation du tronc cœliaque comprend l'angiographie préalable, réalisée dans le même temps (*cf Guide de lecture de la CCAM V0bis p.37-38*). Il manque également le code d'extension documentaire pour préciser la branche artérielle concernée (*cf. dans la CCAM en note d'inclusion au paragraphe 04.03.13, tronc cœliaque = A*).

D- ss § 04.03.13.02 et 04.01.04.02. Idem C pour l'angiographie.

E- ss § 04.03.13.02 et 18.01.04.02. Comme pour la proposition C, l'angiographie ne doit pas être codée en plus, y compris par un acte complémentaire. (l'AC = angio per op ... pas vraiment ce cas de figure ; de plus sauf omission fâcheuse le coder éventuellement n'est plus utilisé pour indiquer le codage éventuel de l'AC. Les Ac autorisés seront mentionnés au dessous du libellé.

10. Échographie-doppler cardiaque transthoracique, suivie d'une échographie-doppler transœsophagienne

A- ss § 04.01.03.01. Il s'agit d'une procédure, pour laquelle il existe un acte (DZQJ008). Il ne faut donc pas coder les deux actes la constituant (*cf. Guide de lecture de la CCAM V0bis, p.32, règle1 corollaire2*).

B- ss § 04.01.03.01. On peut en profiter pour rappeler le sens du terme "transcutané" ou "transœsophagien". Ce terme isolé signifie qu'il n'y a pas d'effraction de la peau ou des muqueuses, alors que les termes "par voie transœsophagienne" ou "par voie transcutanée" correspondent à une effraction minime des téguments (ponction par exemple).

C- ss § 04.01.03.01. Il manque l'échographie transœsophagienne.

D- ss § 04.01.03.01 et 18.01.04.01. L'acte d'échographie au cours d'un acte intracavitaire cardiaque (cathétérisme) ne convient évidemment pas.

E- ss § 04.01.03.01 Il manque l'échographie transcutanée.

11. Angioplastie d'élargissement et pontage coronarien de l'interventriculaire par un greffon artériel et greffon veineux avec deux anastomoses distales, par abord direct et avec CEC

A- ss § 04.02.04.02 et 18.01.04.03. Il ne faut pas coder le prélèvement d'autogreffe, qui est compris dans l'acte (voir note du ss § 04.02.04.02)

B- ss § 04.02.04.02. Noter le code *Activité 5* (part de la CEC réalisée par le perfusionniste) pour les interventions avec CEC.

C- ss § 04.02.04.02 et 18.01.04.03. Idem A. De plus, on ne doit pas coder l'angioplastie d'élargissement, qui est comprise dans l'acte (voir note du chapitre 04.02.04.02)

D- ss § 04.02.04.02. L'acte de pontage par deux greffons artériel et veineux existant, il ne faut bien sûr pas utiliser deux actes, l'un de pontage par un greffon veineux, l'autre par un greffon artériel.

E- ss § 04.02.04.02 et 18.01.04.03. Idem A et D.

12. Adénoïdectomie, suivie d'une myringotomie pour pose d'un aérateur transtympanique droit

A- ss § 05.02.01.01 et 03.03.01.01. La procédure d'adénoïdectomie avec pose d'aérateur transtympanique existant (FAFA001), on ne code pas les deux actes isolés correspondants.

B- ss § 05.02.01.01 et 03.03.01.01. Idem A. ici on code d'une part la procédure d'autre part ses éléments constitutifsça fait beaucoup pour le même patient !

C- ss § 05.02.01.01 et 03.03.01.01. Idem A. De plus, la pose d'aérateur transtympanique inclut la myringotomie.

D- ss § 05.02.01.01 et 03.03.01.01. Idem C.

E- ss § 05.02.01.01.

13. Lobectomies pulmonaires inférieure et moyenne droites par thoracotomie

A- § 06.03.02. La procédure pour une bilobectomie existant, on n'utilise pas deux fois le code de lobectomie pulmonaire pour coder cette intervention. Nous rappelons qu'en CCAM un acte n'est pas associable à lui même (sauf doigts et dents). Ce n'est pas parce que la case Ass NP est coché que cela l'autorise . **B-** § 06.03.02. Idem A.

C- § 06.03.02. Idem A.

D- § 06.03.02.

E- § 06.03.02. tout praticien qui code un seul acte ne doit pas remplir la case Ass NP

14. Laryngectomie totale avec réalisation d'une trachéotomie et curage cervical bilatéral complet

A- ss § 06.02.05.03. Il faut également coder le curage cervical (voir note du chapitre 06.02.05.03)

B- ss § 06.02.05.03 et 05.02.02.02. Bonne réponse. On notera la présence de curages ganglionnaires au chapitre 05 ; Remarque il existe un curage, bien spécifique en geste complémentaire, au chapitre 18 (pour les exérèses pulmonaires). Le code documentaire de l'anesthésie devrait il être rempli ici ?

C- ss § 06.02.05.03 et 06.02.06.02. La trachéotomie fait partie de l'acte de laryngectomie totale, réalisée dans les règles de l'art. Il est donc interdit de la coder en plus. Par contre, il faut coder le curage ganglionnaire. (Cf. la note "coder éventuellement le curage...")

D- ss § 06.02.05.03, 06.02.06.02 et 05.02.02.02. Idem C pour la trachéotomie même si c'est une autre modalité de réalisation.

E- ss § 06.02.05.03 et 05.02.02.02. Ce n'est pas très sympathique de faire un curage cervical sans anesthésie !

15. Méatotomies nasales, moyenne et inférieure, par endoscopie

A- ss § 06.02.03.01. Bonne réponse. La note d'inclusion précise "avec ou sans méatotomie inférieure", d'où l'intérêt de toujours lire les notes accompagnant le libellé ou les chapitres (y compris dans les applications informatiques)

B- ss § 06.02.03.01. Non, l'acte GBPE001 inclut le GBPE003.

C- ss § 06.02.03.01. Rien à voir avec l'acte recherché (bien qu'il soit dans le même chapitre)

D- ss § 06.02.03.03. Rien à voir avec l'acte recherché

E- ss § 06.02.03.01. Idem B Ce n'est pas parce que la case Ass NP est coché que cela l'autorise .

16. Pose d'anneau ajustable périgastrique par laparotomie chez un obèse

A- ss § 07.03.02.09. Bonne réponse.

B- ss § 07.03.02.09. *Pour les modificateurs se référer aux règles qui seront fixées.* Mais pour l'acte décrit le modificateur obésité ne sera jamais autorisé car il est implicite pour cet acte

C- ss § 07.03.02.09. Il ne s'agit pas de la même intervention, celle-ci est plus lourde là encore le modificateur obésité ne pourrait pas être codé (idem B).

D- ss § 07.03.02.09. Idem que pour C avec ou sans modificateur, ce n'est pas ça.

E- ss § 07.03.02.09. une telle intervention se déroule beaucoup mieux avec une anesthésie... là encore le modificateur obésité ne pourrait pas être codé (idem B).

17. Exérèse de la plaque d'une exstrophie vésicale avec dérivation urinaire, avec ostéotomie du bassin, chez un nouveau-né

A- ss § 08.02.03.11. Ce type d'intervention se réalise exclusivement chez le nouveau-né donc le modificateur nouveau né est implicite pour l'acte et ne peut être codé..

B- ss § 08.02.03.11. Ce n'est pas un acte à plusieurs phases. On ne doit donc pas coder celles-ci.(cf *Guide de lecture de la CCAM V0bis p.36*) pas plus que le modificateur

C- ss § 08.02.03.11. Idem A et C. Par contre, les activités sont ici bien codées.(cf. *Guide de lecture de la CCAM V0bis, p.35-36*) mais le modificateur n'est toujours pas permis

D- ss § 08.02.03.11. Idem A.

E- ss § 08.02.03.11. Il s'agit d'un acte à plusieurs activités (généralement urologue et orthopédiste), en une seule phase. C'est explicite dans le libellé. Chaque équipe doit donc coder l'acte en ajoutant le code *Activité* correspondant à son geste : codes *Activité* 1 et 2 pour les exécutants du geste chirurgical, code *Activité* 4 comme d'habitude pour l'anesthésie.

18. Évacuation de bartholinite par ponction

A- ss § 08.04.05.01. Une incision n'est pas une ponction (mode d'accès ouvert pour les incisions représentées par la lettre A en 4° position)

B- ss § 08.04.05.02. C'est encore moins une exérèse...

C- ss § 08.04.05.02. ... et encore moins une exérèse de lésion vulvopérinéale!

D- ss § 08.04.05.01. Idem A et C.

E- ss § 08.04.04.01. La notion de ponction suppose un B en 4° position. Attention, le classement par chapitre trouve parfois ses limites. Il faut donc savoir faire les recherches informatiques, notamment en y incluant la recherche sur les notes.

19. Exérèse par laparotomie d'un kyste ovarien droit, et de deux kystes ovariens gauches

A- ss § 08.04.01.03. Le terme "kystectomie" du libellé est à lire comme "Exérèse de kyste", c'est à dire en tant que partitif, signifiant : "exérèse d'un ou plusieurs kystes" (cf. *Guide de lecture de la CCAM V0bis p.15*). Il ne faut donc utiliser le code qu'une seule fois. Par contre, le modificateur "Bilatéral" peut être utilisé, car il n'est ni explicite, ni implicite dans le libellé ou dans les notes"(cf. *Guide de lecture de la CCAM V0bis p.39*).

B- Voir A.

C- Voir A. *Pour les codes d'associations d'actes se référer aux règles qui seront fixées le codage de Ass NP ne change rien (remarque ici le praticien déclare avoir enlevé 6 kystes....)*

D- Il faut utiliser le modificateur "Bilatéral".

E- Voir A. Les actes bilatéraux ne se codent JAMAIS par répétition du code, surtout si l'on y ajoute le modificateur "Bilatéral"

20. Pelvectomie antérieure chez une femme, suivie par une urétérostomie cutanée, par laparotomie pourquoi certains termes sont ils soulignés ?

A- ss § 08.02.03.07 et 08.04.03.05. Il s'agit d'une procédure. On ne peut donc coder indépendamment les deux actes la constituant.

B- Idem A, (*pour les codes d'associations d'actes se référer aux règles fixées ultérieurement*)

C- ss § 08.06.02.03. Il existe un chapitre spécifique pour l'espace pelvien, que ce soit chez la femme et chez l'homme. Là aussi, une recherche informatique de l'acte pourra aider, avant d'avoir une bonne connaissance de la structure de la classification.

D- ss § 08.06.02.03 et 08.02.02.04. Un libellé de pelvectomie avec urétérostomie cutanée existe (JFFA001).

E- Idem D

21. Remodelage du rebord de l'orbite, avec autogreffe osseuse par abord direct, avec prélèvement d'autogreffe corticale sur un site à distance, sans changement de position

A- cf 11.02.03.10 et 18.01.15. Non, il existe un code de remodelage avec autogreffe (LAMA010)

B- cf 11.02.03.10 et 18.01.15. On ne code l'acte complémentaire de prélèvement d'autogreffe que si celui-ci est facultatif (par exemple, s'il est possible de faire soit une autogreffe, soit d'utiliser un matériau inerte), mais on ne le code pas s'il fait partie intégrante de l'acte global.. *cela n'est plus vrai c'est le code de l'AC qui sera mentionné au dessous du libellé*" On peut regarder l'exemple du ss § 13.02.03.05 (MBMA001), pour lequel la reconstruction peut se faire soit par autogreffe, soit par matériau inerte.

C- Idem B. attention l'anesthésiste s'est trompé et a mis activité 1 sur LAMA010

D- Réponse correcte. Voir commentaires de la réponse B.

E- Idem B. L'anesthésie aurait été à coder pour LAFA008 si l'acte complémentaire avait été autorisé.

22. Ostéosynthèse de la jonction lombosacrée sans exploration du contenu canalaire, par abord postérieur

A- ss § 12.02.01.03. Il n'est pas évoqué d'arthrodèse dans le libellé de la question.

B- ss § 12.02.01.03. Voir la note d'exclusion de cet acte : "*à l'exclusion d'ostéosynthèse de la jonction lombosacrée*". Insister sur l'importance de ne jamais regarder les libellés seuls, mais toujours avec les notes qui les accompagnent.

C- ss § 12.02.01.03. Pas d'exploration du contenu canalaire dans la question.

D- ss § 12.02.01.03. Insister sur l'importance de la recherche informatique, pour mettre en perspective tous les libellés possibles, et pour examiner leurs notes, afin de faire le choix le plus judicieux

E- ss § 12.02.01.03. Il n'y a pas d'exploration du contenu canalaire.

23. Ostéotomie simple suivie d'ostéosynthèse de la diaphyse humérale

A- ss § 13.02.03.03

B- ss § 13.02.03.03 et 13.02.03.02. Penser à lire les notes en tête de chapitre (13) : "*l'ostéotomie inclut l'ostéosynthèse et/ou la contention par appareillage externe*". Par ailleurs il faudrait coder activité 4 pour l'anesthésie de MBCA011

C- Idem B. il faudrait coder activité 4 pour l'anesthésie de MBCA002

D- Idem B, il faudrait coder activité 4 pour l'anesthésie de MBCA011 ; Coder Ass NP ne permet pas davantage l'association

E- Idem C, idem D pour les associations.

24. Arthroscopie diagnostique, suivie d'un débridement de l'articulation scapulohumérale lors de l'arthroscopie

A- cf 13.01.05 et 13.03.02.04. L'arthroscopie diagnostique est incluse dans l'acte thérapeutique utilisant le même mode d'accès, et ayant lieu dans la même intervention

B- Idem A, Coder Ass NP ne permet pas davantage l'association

C- Idem A, même avec des codes "Phase" différents.

D- Idem A, même avec des codes "Activité" différents. Indiquer 2 intervenants ne permet pas plus l'association

E- Le code MEJC001 suffit pour décrire l'arthroscopie diagnostique, et le débridement qui le suit. On notera l'importance de la recherche y compris sur les termes entre crochets des libellés. Dans les conventions de la CCAM, le terme convenu n'est pas "débridement", mais "nettoyage" (*debridement* en anglais).

25. Pose d'une traction pour réduction progressive d'une hanche instable non traumatique chez un enfant de 6 mois, suivie de la surveillance de la traction

A- ss § 14.03.02.02. Le modificateur "Enfant" ne peut être utilisé, car il est explicite dans le libellé.

B- ss § 14.03.02.02.. *Pour les codes de modificateurs se référer aux règles qui seront fixées.* Ce n'est pas du tout le même acte

C- ss § 14.02.01.01. Bonne réponse.

D- Voir B.

E- Libellés redondants.

26. Ablation d'une prothèse unicompartimentaire du genou, et remplacement par une prothèse tricompartmentaire, avec reconstruction osseuse tibiale sous rachianesthésie

A- ss § 14.03.03.07. Les termes "Changement" et "Remplacement" sont définis en tête de chapitre (14). Une prothèse unicompartimentaire et une prothèse tricompartmentaire peuvent être considérées comme un matériel de type analogue, et donc le terme "changement" du libellé convient. On utilisera le terme "remplacement" quand, par exemple, on enlèvera une valve cardiaque biologique pour la remplacer par une valve mécanique. Si on avait la précision l'AC de prélèvement d'autogreffe osseuse à distance (PAFA010) pourrait être codé

B- ss § 14.03.03.07 et 18.01.17.02. L'anesthésie est habituelle lors de cet acte, et ne doit pas être codée en geste complémentaire, la précision sur le mode d'anesthésie de code par une extension documentaire «3» (*cf Guide de lecture de la CCAM v0bis p43*).

C- ss § 14.03.03.07. Le terme "Repose" est défini en tête de chapitre (14). La repose ne convient que lorsque l'ablation a été réalisée lors d'une intervention précédente.

D- Idem B et C. Si l'anesthésie avait été possible comme acte complémentaire, elle n'aurait pas pu prendre le code "Activité"=4, on ne peut jamais associer une anesthésie décrite par une activité 4 et une anesthésie décrite par un geste complémentaire d'anesthésie (*cf. Guide de lecture de la CCAM V0bis p.44*).

E- Idem B et C. De plus le code ZZLF012 ne concerne que les anesthésistes et n'accepterait que l'activité 1.

27. Suture du tendon d'Achille après rupture, par abord ouvert

A- ss § 14.04.03.01. Bonne réponse.

B- ss § 14.04.03.01. Attention au mode d'accès. En cas de doute, regarder la dernière lettre du code : A=abord ouvert.

C- par 15.03.02. Il ne s'agit pas d'une suture musculaire.

D- par 15.03.02. Noter que, mis à part les quelques localisations citées dans les notes d'exclusions, toutes les autres sutures tendineuses se codent avec cet acte, et qu'il n'est pas besoin de les rechercher dans les chapitres spécifiques de leur localisation.

E- ss § 14.04.03.01. Il ne s'agit pas d'une réinsertion.

28. Biopsie du trophoblaste au 2^{ème} trimestre de grossesse

A- § 09.01.06. Il s'agit d'un acte à plusieurs activités.

B- § 09.01.06. Il faut coder l'ensemble des activités.

C- § 09.01.06. Bonne réponse. Il s'agit de la règle de l'art, définie par les professionnels, contrairement à l'amniocentèse où d'un deuxième intervenant n'est pas obligatoire, ici il est de règle et donc codé en activité 2. (*cf. Guide de lecture de la CCAM V0bis, p.35*) *l'anesthésie est obligatoire pour cet acte et est codée avec activité 4*

D- § 09.01.06. Il ne s'agit pas d'un acte à plusieurs phases.

E- § 09.01.06 et 09.01.02. L'échographie est une activité de l'acte, et ne doit donc pas être codée comme un acte en plus.

29. Scanner de la face avec injection de produit de contraste et reconstruction tridimensionnelle

A- §11.01.04. La reconstruction tridimensionnelle est facultative avec cet acte. Elle n'est ni explicite, ni implicite, et doit donc être codée par le geste complémentaire correspondant.

B- §11.01.04 et 18.01.17.01. Bonne réponse. Voir A.

C- Un geste complémentaire est codé avec un code "Activité" =1.

D- Il ne s'agit pas d'une seconde phase.

E- coder une Ass NP n'est pas nécessaire pour les **AC11-4 et 18-8. Il s'agit d'un acte complémentaire. Le code "Association non prévue" est donc inutile.**