

## ADDENDA

Cet ajout au présent *Guide* est destiné à faire état d'ajustements des dispositions de codage qu'il contient. Ils résultent de décisions prises entre les partenaires conventionnels pour l'usage particulier de la CCAM pour la tarification. Ces choix peuvent avoir un impact sur les recommandations d'utilisation de la CCAM dans son objectif prioritaire de description de l'activité des professionnels de santé. Les précisions et rectifications exposées ci-dessous ont ainsi pour but de permettre d'employer la CCAM dans sa version actuelle, tout en veillant à ce que les recommandations d'usage soient conformes à ce principe fondamental, et indépendantes de la finalité du traitement de l'information recueillie.

### **Principes de classification de la CCAM** (pages 9–11)

Le chapitre 19 a été introduit par l'assurance maladie pour des considérations tarifaires ; il est réputé ne pas faire partie de la classification commune. En conséquence, les explications de cet article restent valables.

### **Règles et conventions de rédaction** (pages 11–20)

Pour la même raison, les choix rédactionnels adoptés dans le chapitre 19 sont assurés par l'assurance maladie. Les informations fournies dans l'article du *Guide* consacré à ce sujet ne concernent que les libellés des chapitres 1 à 18. Les conséquences de leur application s'imposent pour l'utilisation de la CCAM dans le cadre d'un recueil à visée descriptive de l'activité des praticiens.

### **Notes d'utilisation des libellés** (pages 20–23)

Les *Autres notes* visées par l'article de la page 23 sont exclusivement celles qui fournissent des informations pour le codage. Les notes pour la tarification introduites dans certaines versions de la CCAM ne sont pas concernées ici et ne doivent pas être prises en compte pour le codage des actes dans un objectif de description.

### **Le code « *Modificateur* »** (page 29)

La subdivision de la CCAM (souschapitre 18.03) qui doit recueillir les informations de cette nature est actuellement vide. Dans la version présente, les libellés *ad hoc* sont intégrés dans le chapitre 19 et n'ont d'autre usage que tarifaire. En conséquence, les explications données dans cet article sont sans objet. Les conséquences de leur absence pour le codage descriptif sont exposées plus loin.

### **Le code « *Association* »** (page 30)

#### **Le code « *Remboursement exceptionnel* »** (page 30)

Dans cette version de la CCAM, l'une comme l'autre de ces informations sont exclusivement à usage tarifaire. Le *Guide de lecture et de codage* ne peut donc pas fournir de recommandation d'emploi à leur sujet.

### **Les principes du codage** (pages 31–35)

L'ensemble des recommandations exposées dans ces pages est intégralement applicable pour le codage des actes à visée descriptive. On insistera en particulier sur la portée de la définition du terme *intervention* pour apprécier la compatibilité des codes en cas d'actes multiples.

## Règles modifiées

❶ Les principaux changements dans les règles exposées au chapitre 4 du présent Guide sont liés à l'absence des modificateurs dans cette version de la CCAM. Les explications du paragraphe qui leur est consacré (page 9) sont donc actuellement invalides.

Devient ainsi sans objet le cas particulier 3 de codage d'**acte réalisé dans des conditions particulières** (page 38). L'absence de modificateur rend inopérantes les recommandations fournies ici.

De même il est temporairement nécessaire d'adopter une modalité de codage des **actes bilatéraux** (Situation 4) différente de celle fournie pages 40–41, pour les actes dont le libellé fait explicitement et exclusivement référence à un organe ou un site anatomique pair et symétrique, sans préciser son caractère unilatéral ou bilatéral. La recommandation de codage avec la version actuelle de la CCAM doit alors s'écrire ainsi :

- ♦ Il n'existe qu'un libellé, sans précision de latéralité.

*Exemple :*        **NBQK001     Radiographie de la cuisse**

Par convention, rédigé ainsi, ce libellé concerne toujours un acte unilatéral. Pour coder la réalisation bilatérale de ce même acte - si elle est médicalement possible -, **il convient de porter 2 fois le code de l'acte réalisé.**

**Cette répétition de code pour signaler la réalisation d'un acte bilatéral n'est jamais permise dans les cas suivants :**

- quand une mention de latéralité figure explicitement dans le libellé, quelle qu'en soit la formulation ;
- lorsque le libellé ne fait pas référence explicitement à une localisation paire. Ainsi, par exemple, une biopsie de peau qui porterait sur les deux cuisses serait décrite par le seul libellé de *biopsie dermoépidermique* (QZHA001) sans ajout de modificateur « Acte bilatéral » ; son intitulé ne citant pas une partie de l'organisme paire et symétrique, ce libellé a bien le sens de biopsie dermoépidermique, quel que soit le nombre de prélèvements et quelle qu'en soit la topographie ;
- quand le libellé mentionne à la fois une structure paire et une structure impaire ; la *suture de plaie de la veine brachiocéphalique ou de la veine cave supérieure, par thoracotomie* est dans ce cas,
- lorsque les experts ont estimé que, dans les règles de l'art, l'acte concerné ne devait pas être réalisé de façon bilatérale simultanément.

(modification 01 mars 2006)

Cette consigne constitue une dérogation supplémentaire à l'interdiction de répétition d'un code pour signaler la réalisation d'actes multiples (cf **Les exceptions à la règle générale**, page 42).

Pour le même motif, les dispositions sur l'emploi des modificateurs pour les gestes d'anesthésie (page 45) sont sans objet.

② La consigne de codage des actes portant sur une topographie paire et décrits par un libellé de procédures a été explicitée et réécrite (page 39).

- ◆ Cette association est décrite par un libellé de procédure

Si cette association est fréquente et bien codifiée, elle donne lieu à rédaction d'un libellé de procédure dont il convient de porter uniquement son code, à l'exclusion de l'association des codes des actes isolés la composant. Les modalités d'utilisation des codes supplémentaires avec le code d'un libellé de procédure sont identiques à celles exposées *supra* pour un code d'acte isolé.

**Exemple :** **DZQJ008 Échographie-doppler transthoracique et échographie-doppler par voie œsophagienne du cœur et des vaisseaux intrathoraciques**

Seul le code **DZQJ008** est à porter en cas de réalisation de cet acte, quelles qu'en soient les conditions, en particulier quel que soit le nombre d'exécutants ; l'association du code d'échographie-doppler transthoracique (**DZQM006**) et d'échographie-doppler par voie œsophagienne (**DZQJ001**) est interdite, et contrôlée par les listes d'exclusion.

Dans le cas d'acte sur une localisation paire (cf Situation 4 : actes bilatéraux), cette interdiction n'est opposable que si les actes composant la procédure sont homolatéraux. Ainsi, en cas d'extraction de la grande veine et de la petite veine saphènes portant sur le même membre, il faut porter le code de la procédure **EJGA003 (Extraction [Stripping] de la grande veine saphène et de la petite veine saphène, par abord direct)** ; si l'éveinage porte sur une saphène droite et une saphène gauche, on doit coder **EJGA002 (Extraction [Stripping] de la grande veine saphène, par abord direct)** et **EJGA001 (Extraction [Stripping] de la petite veine saphène, par abord direct)**.

(modification 01 mars 2006)

③ L'article sur les **actes avec anesthésie complémentaire** (page 44) est remanié et s'écrit désormais ainsi :

#### ❖ Actes avec anesthésie complémentaire

Pour ceux des actes effectués facultativement sous anesthésie, ce geste est repéré par la mention de l'un des codes d'anesthésie figurant dans la liste des gestes complémentaires du souschapitre 18.01 :

**ZZLP025 Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire, niveau 1**  
**ZZLP030 Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire, niveau 2**  
**ZZLP054 Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire, niveau 3**  
**ZZLP042 Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire, niveau 4**  
**ZZLP008 Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire, niveau 5**  
**ZZLP012 Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire, niveau 6**  
**AFLB010 Anesthésie rachidienne au cours d'un accouchement par voie basse**

Un code d'anesthésie complémentaire ne peut bien sûr être utilisé ni avec un code d'acte autorisant le code « *Activité* » 4, ni avec les actes considérés comme ne nécessitant jamais d'anesthésie. Un acte donné ne permet la mention que d'un des 5 codes d'anesthésie complémentaire cité ci-dessus : la combinaison autorisée est fixée dans une table.

Le code « *Phase* » de ces gestes complémentaires est toujours **0**, le code « *Activité* » à utiliser toujours **4**.

(modification 01 mars 2006)